

ADHERENCIA AL PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE PEREIRA RISARALDA 2018

Daniela Bedoya Quintero, Valentina Cortés López, Angie Viviana Salazar Álzate, Ángela Viviana Vélez Bedoya.^{1,2}

¹Enfermeras profesionales de la Fundación Universitaria Del Área Andina.

²Estudiantes de segundo semestre del programa de especialización de auditoría en instituciones de salud Fundación Universitaria Del Área Andina.

Resumen: La adhesión a programas en las entidades prestadoras de salud, forman parte de un pilar fundamental en todos los temas referentes a la calidad en la prestación de servicio, y a su vez sirven para auditar los subprocesos que se llevan a cabo en dichas instituciones y son reglamentados desde el gobierno nacional, en aras de mejorar la calidad en la atención a las pacientes, en este sentido la presente investigación tiene como objetivo, caracterizar la adherencia al programa de humanización del personal asistencial de una unidad de Cuidados intensivos en una institución en Pereira Risaralda 2018, con el fin de diagnosticar dicha área y proponer acciones de mejora que impacten en la prestación del servicio en dicha área, referente a la humanización del paciente. Para la realización de dicha investigación se inició un estudio con un enfoque cuantitativo observacional descriptivo de corte transversal, aplicando un censo a los 38 pacientes del área de cuidados intensivos, donde se obtuvo como resultado que una de las mayores falencias esta la socialización de los deberes y derechos de los pacientes con un 46% y la comunicación tanto con este como con sus familiares con un 70%, en conclusión, el personal obtuvo una buena adhesión al programa de humanización del paciente.

Palabras clave: Humanización de la atención, seguridad del paciente, unidad de cuidados intensivos (UCI).

Abstract: Adherence to protocols in health providers is part of a fundamental pillar in all matters relating to quality in the provision of service. At the same time, it helps to audit the sub processes that are carried out in these institutions and are regulated from the national government with the purpose of improving the quality of care for patients, in this sense the present research aims to characterize the adherence to the humanization protocol of the care staff of an intensive care unit in an institution in Pereira Risaralda 2018, in order to diagnose this area and propose improvement actions that impact on the provision of the service in this area, referring to the humanization of the patient, for the realization of this research a study was conducted with a quantitative observational descriptive approach cross-section, applying a census to the 38 people belonging to the body of the intensive care area, which resulted showing that one of the biggest shortcomings is the socialization of the duties and rights of patients with 46% and communication with both the patient and his/her families with 70%, in conclusion , the staff obtained a good adherence to the patient's humanization protocol.

Key words: Humanization of care, patient safety, intensive care unit (ICU).

Introducción

Actualmente, la humanización en salud es un tema vigente en el país, dado que el Ministerio de Protección Social implementó el Programa de Acreditación en Salud como una estrategia para mejorar la calidad de la atención a los usuarios. Por lo anterior, son muchos los centros médicos que están mostrando interés en saber más sobre este tema y diseñar estrategias de intervención para el fortalecimiento de la humanización. En este sentido, la humanización surge como respuesta a la atención deshumanizada que pueden recibir algunos usuarios en las instituciones de salud por parte del personal asistencial y administrativo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su constitución afirma que “toda persona tiene derecho al más alto nivel de salud alcanzable y ha incluido la calidad de atención como un objetivo del macroproyecto de salud para todos, dentro del cual se tiene en cuenta la percepción y la satisfacción de los pacientes” (1).

Para la OMS la opinión del usuario está relacionada con el principio de participación del consumidor, donde conocer su opinión y el grado de satisfacción para ajustar el servicio ofertado a las necesidades reales y expectativas es el objetivo principal. La satisfacción del beneficiario en relación con la atención recibida ha sido conceptualizada de diferentes maneras que han ido evolucionando a lo largo del tiempo. En este sentido, algunos autores afirman que tradicionalmente los profesionales en salud han asumido que lograban satisfacer las necesidades de los enfermos sobre una base de estándares y valoraciones profesionales que podían o no coincidir con las prioridades del paciente. De esta manera, la opinión del enfermo sobre lo que realmente compensaba su condición clínica y emocional fue desconocida y poco considerada durante muchos años (2).

Hoy en día, el concepto de humanización se refiere al abordaje integral de cada paciente donde interactúan las dimensiones biológica, psicológica, social y conductual. Desde esta perspectiva se debe otorgar igual importancia a la patología que al compromiso psicológico generado en el paciente, con el fin de promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual (3).

En este sentido, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la humanización es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida. En este proceso se busca generar un enlace entre la enfermera, el paciente y su familia con el fin de crear soluciones oportunas, rápidas y de calidad (4). De esta forma el tratamiento desde el personal de salud con el paciente y sus familiares es un tema argüido, y que en la medida de lo posible se dificulta generar un estándar en la atención dado que se trata de personas.

La necesidad de humanización surge hoy en día en múltiples ámbitos, tanto de la vida profesional como de las relaciones personales, y no solo en el campo de la salud, sino en muchas otras profesiones. No obstante, es en sanidad donde cobra mayor relevancia su aplicación, lo cual ha generado numerosos debates relacionados con la humanización en la atención de la persona enferma y sus familiares, puesto que, su definición y aplicación, a pesar de considerarse intrínseca en las profesiones

relacionadas a la salud, suele ser relegada a últimas instancias, lo cual configura una importante controversia médica (5)

Los pacientes que ingresan a la unidad de cuidados intensivos se encuentran en un ambiente extraño, hostil, privado del contacto con sus familiares (en un momento que suelen ser tan necesarios). No tienen recursos ni conocimientos suficientes para hacer frente a la incertidumbre que supone la posibilidad de muerte. Además, tienen que abandonar los roles que previamente desempeñaban (familia, trabajo) y adoptar un papel pasivo y dependiente de los profesionales y los dispositivos médicos que les rodean (recordándoles todo el tiempo la gravedad de su condición). Todo ello supone un gran impacto emocional para el enfermo que le lleva a experimentar múltiples sensaciones de miedo, ansiedad, incertidumbre, impotencia, frustración, estrés, soledad, pérdida de dignidad y dependencia, entre otras. Esto conlleva a reflejar las principales dificultades de la medicina moderna: deshumanización, tecnificación, pérdida de la relación médico-paciente, entre otras. Por esta razón, no debemos olvidar que los enfermos críticos necesitan, además de su manejo médico, un enfoque holístico de su condición donde se busque la satisfacción de sus diferentes necesidades, e incluso, las de sus familiares. Conocer estas necesidades y entender sus experiencias facilita su cumplimiento, genera una estancia menos traumática y agiliza su recuperación, proceso establecido desde el 2001 como "Medicina Centrada en el Paciente (MCP)" (6,7).

La humanización en sanidad no es una ideología, es una alianza con la persona y su forma de vivir, la cual constituye un compromiso ético donde se enmarca al individuo en su globalidad. Para humanizar en salud, hay que respetar que cada persona es única e irrepetible, y responde de manera diferente a las crisis vitales. Por tanto, es necesario englobar numerosos ámbitos: asistencial (cuidado y cuidador), ético, cultural, el ámbito de las competencias profesionales (comunicación, habilidades), el ambiente (espacios, bienestar, calidez), y, cómo no, el de los recursos humanos; Por el contrario, la deshumanización significa despersonalización, y pone al proceso patológico como único objetivo de actuación sanitaria. (5,8,9)

Por las características especiales de los enfermos críticos (frecuentemente sedados y sin capacidad para comunicarse), cobra vital importancia la participación activa de sus familiares, quienes son considerados como "representantes" o "interlocutores válidos" ante los profesionales sanitarios para la recepción de noticias sobre la evolución del enfermo, pues son quienes en muchos casos, tienen la responsabilidad de tomar decisiones con respecto a la salud del paciente (6,7) Igualmente, los familiares se enfrentan a una compleja situación, pues súbitamente, un ser querido se encuentra gravemente enfermo, lo que les lleva a la incertidumbre de su supervivencia o el desarrollo de secuelas de su enfermedad. Esta situación suele desestructurar el entorno que les rodea, obligándoles a adaptarse a una nueva realidad, anteponiendo ante todo el tratamiento intensivo, y relegando sus propias necesidades (7).

Cada vez son más los pacientes que sobreviven a su estancia en UCI, sin embargo, un importante porcentaje se convertirán en consultadores frecuentes. El síndrome post-cuidados intensivos (PICS-P) descrito recientemente afecta a un número importante de pacientes (30-50%). Este síndrome engloba secuelas físicas (principalmente respiratorias y neuromusculares), cognitivas (alteraciones de la

memoria y de la atención) y psíquicas (depresión, ansiedad, estrés y/o síndrome de estrés postraumático) posterior a su egreso hospitalario, las cuales impactan de forma negativa en su calidad de vida. Este síndrome afecta también a los familiares (PICS-F), convirtiéndolos en una población vulnerable, en muchas ocasiones olvidada, que sufre consecuencias negativas a nivel físico, psicológico y social (10).

La realización de este proyecto, permitirá proponer acciones de mejora y brindar recomendaciones, por medio de los resultados obtenidos en la identificación de la adherencia al programa de humanización por parte del personal asistencial con el fin de evidenciar el funcionamiento de éste, dar cumplimiento al objetivo del programa de humanización, y mantener los estándares de calidad, como también trabajar bajo los lineamientos de la política de seguridad del paciente en una unidad de cuidados intensivos, teniendo en cuenta que esto favorecerá los actores fundamentales en la atención asistencial.

Para realizar la evaluación, se aplicará un instrumento con los ítems establecidos en el programa de humanización de la institución los cuales tendrán un porcentaje que nos llevarán al análisis de dichos resultados y finalmente se brindaran estrategias y las recomendaciones que van a contribuir a un plan de mejora al programa de humanización en la institución para el fortalecimiento de la institución, destacando la prestación de servicios y de atención con calidad y pertinencia, además de que se disminuirán a largo plazo los costos relacionados con la aparición de eventos adversos durante la estadía en la institución.

Por tal motivo el presente estudio, tiene como objetivo central, caracterizar la adherencia al programa de humanización del personal asistencial de la unidad de cuidados intensivos de la Clínica los Rosales de la ciudad de Pereira Risaralda 2018.

Marco teórico

Calidad y política de seguridad del paciente

En la actualidad Colombia cuenta con una política Nacional de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir, y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. Así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente.

Como parte de ésta el Ministerio de la Protección Social, por medio de la Unidad Sectorial de Normalización, desarrolló un documento que recoge las prácticas más relevantes desarrolladas en el ámbito de la Seguridad del Paciente (Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud), cuya orientación es brindar a las instituciones directrices técnicas para la operativización e implementación práctica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales.

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta acerca de la

existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de la calidad de esa actividad; y sirven de insumo para poder investigar cuales son las causas que los generan, cuales las disposiciones de las instituciones para que estos aparezcan, y una vez identificadas las causas y los condicionantes, nos permite identificar las barreras que podrían desarrollarse para evitar la reincidencia de este evento adverso. Lo importante es no dejar que suceda el evento adverso, sin investigar las causas que lo provocaron y sin proponer acciones para evitar que siga presentándose. La política de seguridad debe buscar que los profesionales de la salud desarrollen un comportamiento seguro deseado. Este se caracteriza por:

- Permitir que sea el experto quien haga las cosas
- Confiar cada vez menos en la memoria
- Gestionar el riesgo de cada actividad
- Alertar sin miedo sobre el error - Compartir el aprendizaje
- Ante la duda, pedir ayuda
- Adhesión a las guías de práctica clínica
- Adhesión a las guías de procedimientos de enfermería
- Adhesión a las listas de chequeo que verifican la adherencia a las practicas seguras.

La OMS considera que en el concepto de calidad en servicios de salud deben estar presentes los siguientes atributos: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción por parte del paciente lo que redundo en un impacto final de la salud (11).

Bienestar del paciente

Son muchos los factores que causan sufrimiento y disconfort a los pacientes críticos. Los pacientes sufren dolor, sed, frío y calor, dificultad para descansar por exceso de ruido o iluminación y se ven limitados en la movilización, muchas veces por el uso de contenciones innecesarias, o en la comunicación (12). La valoración y control del dolor, la sedación dinámica adecuada a la condición del paciente y la prevención y el manejo del delirium agudo son piezas imprescindibles para mejorar el confort de los pacientes. Además de las causas físicas el sufrimiento psicológico y emocional puede ser muy elevado. Los pacientes experimentan sentimientos de soledad, aislamiento, miedo, pérdida de identidad, intimidad y dignidad, sensación de dependencia, incertidumbre por falta de información, e incomprensión, entre otras. La evaluación y soporte a estas necesidades debe contemplarse como un elemento clave de la calidad asistencial.(13) Asegurar una adecuada formación de los profesionales y promover medidas encaminadas a tratar o mitigar estos síntomas asegurando el bienestar de los pacientes constituye un objetivo principal en la atención del enfermo crítico.

Flexibilización de los horarios de visita

Históricamente, la política de visitas de familiares a los pacientes ingresados en la UCI ha seguido un modelo restrictivo al considerar que este enfoque favorece el cuidado y facilita el trabajo de los profesionales. Pero su fundamento real, ha sido más la costumbre y la falta de reflexión crítica sobre sus inconvenientes.(14) Las familias reclaman más tiempo y la posibilidad de compaginar las visitas con sus

obligaciones personales y laborales.(15) La experiencia de algunas unidades, como por ejemplo las UCI pediátricas y neonatales, donde la familia se considera fundamental en el cuidado integral del paciente, ha llevado a la necesidad de considerar otros modelos.(16)En la actualidad la flexibilización de horarios o la instauración de “puertas abiertas” en la UCI es posible y beneficioso para pacientes, familiares y profesionales.(17) Conseguir extender el modelo, requiere aprender de las experiencias positivas de algunas unidades, participación de los profesionales, formación y cambios en las actitudes y hábitos que permitan una modificación aperturista de la política de visitas, adaptada a la idiosincrasia de cada Unidad. La figura de “cuidador principal” puede favorecer la presencia de los familiares adaptado a las necesidades individuales de cada paciente y de su entorno.

Presencia y participación familiar en los cuidados

Los miembros del entorno familiar presentan una alta prevalencia de estrés postraumático, ansiedad y depresión. Aunque en general los familiares desean participar en el cuidado, y muchos considerarían permanecer junto a sus seres queridos, especialmente en momentos de alta vulnerabilidad, la presencia y participación de los familiares en la UCI es muy limitada. Las barreras se han centrado en el posible trauma psicológico y ansiedad que puede generar a la familia, la interferencia en los procedimientos, la distracción y el posible impacto sobre el equipo sanitario.

Si las condiciones clínicas lo permiten, las familias que lo desean, podrían colaborar en algunos cuidados básicos (el aseo personal, la administración de comidas o la rehabilitación), bajo el entrenamiento y la supervisión de los profesionales sanitarios. Dar a la familia la oportunidad de contribuir a la recuperación del paciente puede tener efectos positivos sobre el paciente, ellos mismos y sobre el profesional, al reducir el estrés emocional y facilitar la cercanía y comunicación de las partes implicadas.

Aunque los estudios no son concluyentes la presencia de los familiares durante determinados procedimientos no se ha relacionado con consecuencias negativas, y se acompaña de cambios de actitud de los profesionales, como una mayor preocupación de los éstos en relación a la privacidad, dignidad y manejo del dolor durante los procedimientos presenciados así como una mayor satisfacción de las familias y una mayor aceptación de la situación favoreciendo el proceso del duelo. (18)

Cuidados al profesional

El “síndrome de burnout” o “síndrome del desgaste profesional”, es una enfermedad profesional que se caracteriza por 3 síntomas clásicos: agotamiento emocional, despersonalización y sentimientos de baja autoestima profesional.(19, 20) Este síndrome impacta a nivel personal y profesional, pudiendo derivar a un síndrome de estrés postraumático y a otros trastornos psicológicos graves, e incluso al suicidio. Además influye en la calidad de los cuidados, los resultados sobre el paciente, y la satisfacción del paciente, y se relaciona con el recambio de profesionales en las organizaciones.

Entre los factores contribuyentes destacan las características personales individuales, los factores ambientales y organizacionales. Estos, de forma directa o a través de síndromes intermedios, como el “distrés moral”, la percepción de ofrecer cuidados inapropiados o la “fatiga por compasión” pueden derivar en un síndrome de desgaste profesional.(21)

Recientemente diferentes sociedades científicas han buscado la difusión y visibilidad de este síndrome ofreciendo recomendaciones para reducir su aparición y mitigar sus consecuencias, estableciendo estrategias específicas que permitan dar una respuesta adecuada a las necesidades físicas, emocionales y psicológicas de los profesionales de intensivas derivadas de su dedicación y esfuerzo en el desempeño de su trabajo.(22)

Comunicación

El trabajo en equipo en la UCI, imprescindible en cualquier ámbito sanitario, requiere, entre otros elementos, de una comunicación efectiva.(23) El traspaso de información (cambios de turno, cambios de guardia, traslado de pacientes a otras unidades o servicios, etc.), en los que no solo se intercambia información sino también responsabilidad, son frecuentes y exigen procedimientos estructurados que los hagan más efectivos y seguros. Dar relevancia a este proceso, un liderazgo adecuado y el uso de herramientas que faciliten la participación multidisciplinar son elementos clave en la mejora de la comunicación.(24)

Los conflictos entre los profesionales que integran los equipos de UCI son frecuentes, causados en muchas ocasiones por fallos en la comunicación. Estos conflictos amenazan el concepto de equipo e influyen directamente en el bienestar del paciente y la familia, generan desgaste profesional e impactan de forma negativa en los resultados.(25) El entrenamiento en habilidades no técnicas y las estrategias de soporte pueden favorecer la cohesión de los equipos.

La información es una de las principales necesidades expresadas por pacientes y familiares en las UCI.(26) En el paciente crítico, muchas veces incompetente, el derecho a la información se transfiere con frecuencia a sus familiares. Informar de forma adecuada en situaciones de gran carga emocional requiere habilidades comunicativas, para las que muchos profesionales no han recibido formación específica. Una correcta comunicación con pacientes y familiares favorece un clima de confianza y respeto, y facilita la toma conjunta de decisiones.

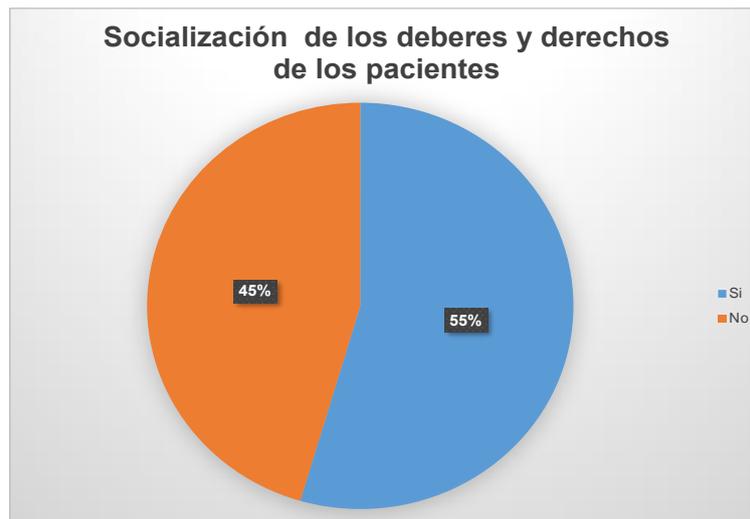
Materiales y Métodos

La presente investigación tendrá un enfoque cuantitativo observacional descriptivo de corte transversal, la población definida para la realización del estudio está constituida por los 38 pacientes internados en el servicio de cuidados intensivos de la Clínica los Rosales de la ciudad de Pereira en el mes de agosto de 2018. La unidad de análisis estuvo constituida por cada uno de los pacientes o en su defecto el acompañante que hacen parte de la Unidad de Cuidados Intensivos en la Clínica los Rosales de la ciudad de Pereira.

La información se recolectó en una lista de chequeo, la cual constaba de 38 aspectos a evaluar desde la atención por parte del personal asistencial (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) y las condiciones de ingreso a la unidad de cuidados intensivos, cabe resaltar que el instrumento fue previamente validado por expertos y que fui suministrada por la clínica. Los datos fueron tabulados en una base de datos de Excel, donde se utilizó estadística descriptiva para un análisis más adecuado.

Resultados

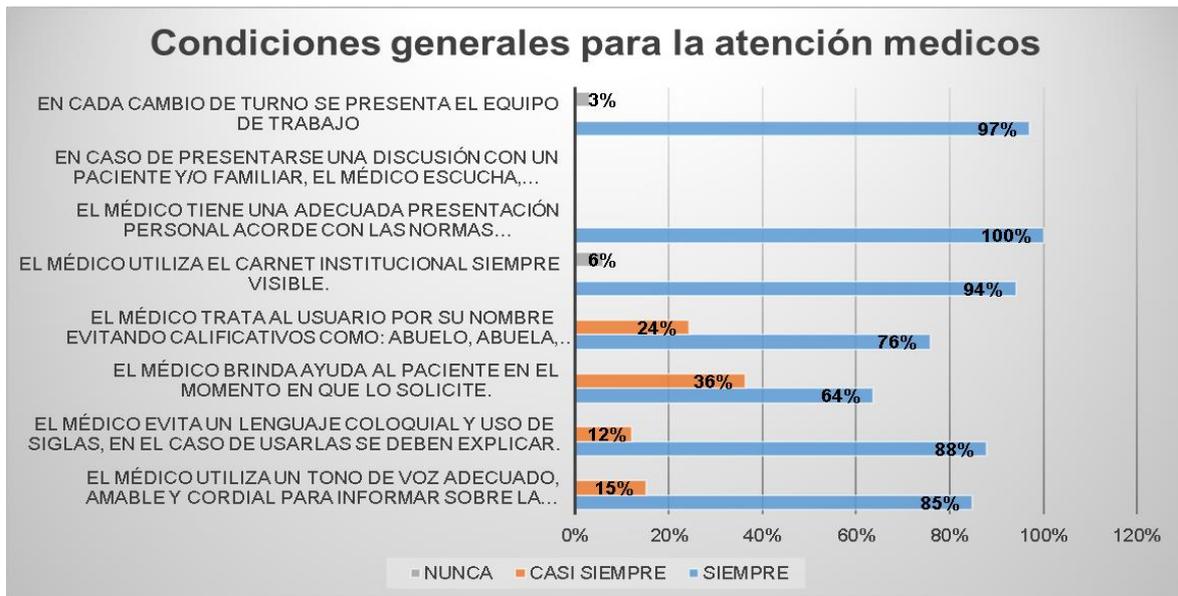
Gráfica 1.



Fuente: elaboración propia

En la presente gráfica, se observa como la socialización de los deberes y derechos de los pacientes por parte del personal asistencial, evidencia falencias, las cuales se traducen en quejas, demoras en la atención y malestar por parte de los usuarios, ya que estos al no conocer tanto sus derechos como deberes, son ignorantes de sus obligaciones como pacientes de la IPS en cuestión y en el área específica de cuidados intensivos, la cual forma parte de un área crítica de la clínica, dado que mantiene a una capacidad máxima en algunos periodos y el tratamiento de los pacientes, se debe enfocar desde la ética profesional, el buen trato y la seguridad del paciente como un conjunto, en aras de una mejor prestación del servicio.

Gráfica 2.



Fuente: elaboración propia

En este punto, se evaluaron a los médicos del área de cuidados intensivos que interviene e interactúan directamente con los paciente en su día a día, evaluando las condiciones generales de atención hacia estos, donde se evidencia a grandes rasgos que en su totalidad la mayoría de los médicos llevan a cabo las prácticas de humanización correctamente, con un cumplimiento desde el 74%, 85%, 94% y 100% la presentación de su equipo de trabajo, en cuanto a su presentación personal, su identificación visible, el trato objetivo con el paciente, la ayuda que brinda cuando se le es solicitado, el lenguaje que usa teniendo en cuenta la jerga médica y su tono de voz para con el paciente, son el conjunto de requisitos que se buscaron identificar con esta lista de chequeo, y donde se logró observar que existen falencias en el suministro de ayuda cuando se le solicita al médico, el trato de este con los pacientes así como el uso del lenguaje y su tono de voz.

Gráfica 3.



Fuente: elaboración propia

En la anterior gráfica, se evaluaron las condiciones generales para la atención de enfermeras en el área de cuidados intensivos, donde se estudiaron ítems similares a la atención de los médicos, pero teniendo en cuenta que sus funciones varían, destacándose el cumplimiento con los horarios establecidos para las visitas, la ubicación del paciente al ingresar a la unidad, lográndose evidenciar que, en la mayoría de los puntos evaluados, el personal de enfermería obtuvo un mejor porcentaje pasando de un 85%, 91% hasta un 100%, pero evidenciándose como en el punto de la atención pertinente al paciente, tuvieron una percepción dividida la cual arrojó un 52% siempre y un casi siempre 48%.

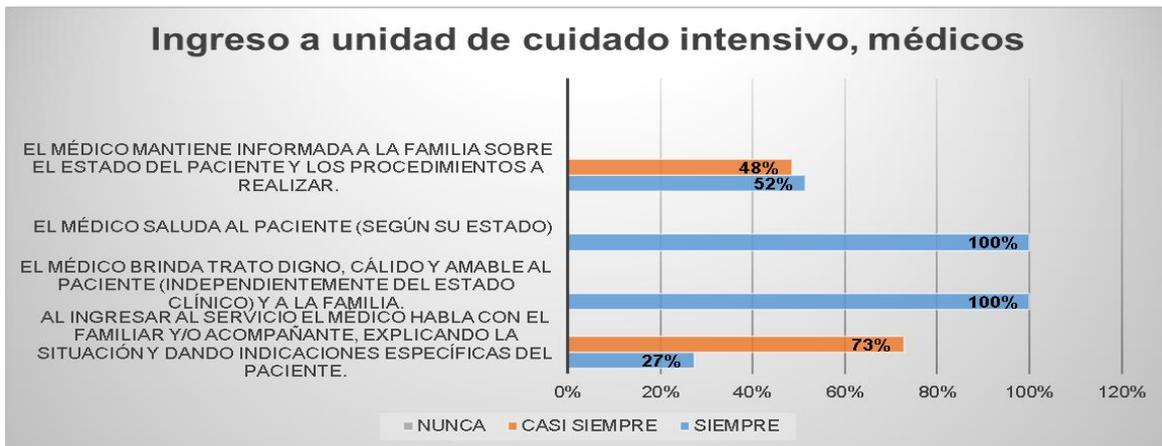
Gráfica 4.



Fuente: elaboración propia

En este punto se evaluó la atención de las auxiliares de enfermería, las cuales en general obtuvieron una percepción positiva por parte de los pacientes del área de cuidados intensivos, dado que obtuvieron porcentajes que ascendieron desde 73%, 79%, 91% y 97%, encontrándose que los puntos con falencias fueron los asistenciales y la forma en cómo se trata el paciente.

Gráfica 5.



Fuente: elaboración propia

Dentro del ingreso de los pacientes al área de cuidados intensivos, se observa como en dos ítems específicos, el médico presenta falencias como lo es la comunicación con los familiares del paciente con un 48% de casi siempre, lo cual es algo muy importante y hace parte de un punto crítico, además, se observa como con un 73% los médicos casi siempre dan indicaciones y las explicaciones necesarias para que tanto el paciente o el acompañante conozca la gravedad o esté al tanto de la situación.

Gráfica 6.



Fuente: elaboración propia

En cuanto al ingreso a la unidad de cuidados intensivos, el trato por parte de las enfermeras evidenció una tendencia similar al de los médicos, presentando falencias tanto en la comunicación a la familia sobre los procedimientos a realizar con un 61%, como con un 64% casi siempre y un 9% nunca lo cual genera malestar con el acompañante y de igual forma el paciente al no conocer que preparación debe tener ante un procedimiento y el seguimiento de un conducto regular orientado por las enfermeras del área.

Gráfica 7.



Fuente: elaboración propia

Por parte de los auxiliares de enfermería, en su labor se evidencia que para los pacientes y acompañantes, estos realizan de forma adecuada su labor en cuanto al programa de humanización del paciente observándose que con un 100% siempre saluda al paciente y brinda el trato adecuado a este y a su acompañante o familiar.

Tabla 1. Tabla de frecuencia

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	35	92%
CASI SIEMPRE	15	39%
NUNCA	4	11%

Fuente: Clínica los Rosales, 2018, elaboración propia

De acuerdo a la anterior tabla, se evidencia que la mayoría de los participantes atendidos en el área de cuidado intensivo, perciben como “siempre” una relación de cuidado humanizado por el personal asistencial de la Clínica Los Rosales, destacándose dentro de ellos las condiciones de atención por parte de las enfermeras y auxiliares de enfermería, lo cual enmarca aspectos como: el cuidado de enfermería genera un ambiente de confianza, explicación del cuidado y respeto con sus creencias y valores y la presentación personal de cada una de ellas.

Según los resultados encontrados, se evidencia que el factor de comunicación es uno de los problemas críticos en la institución, por tal motivo se generó el plan teniendo en cuenta dicho factor y un nivel de adherencia del 50%.

Tabla 2. Plan de mejora

¿Qué?	¿Por qué?	¿Quién?	¿Dónde?	¿Cuándo?	¿Cómo?
Sensibilizar a los funcionarios en general sobre la importancia de los deberes y	Todos los colaboradores de la institución deben conocer los deberes y	Departamento de seguridad del paciente.	Auditoría de la institución.	Dos meses	-Convocando a los colaboradores a la capacitación continua.

derechos de los usuarios.	derechos de los usuarios.				-Diseñando ayudas didácticas enfatizando en la importancia de los deberes y derechos.
Utilizar ayudas visuales sobre los deberes y derechos en los lugares más concurridos por los usuarios.	Es importante brindar información visual sobre los deberes y derechos	Departamento de seguridad del paciente.	*Salas de espera. *Pasillos comunes.	Seis meses.	Disponiendo información de carácter visual en las salas de espera, consultorios médicos, pasillos relacionando la importancia de los deberes y derechos de los usuarios.
Disponer al ingreso de los usuarios al servicio de cuidados intensivos material didáctico como (folletos) donde se exalte la importancia de los deberes y derechos y otros temas de importación como la humanización.	Es importante que los usuarios conozcan sus deberes y derechos como pacientes.	Departamento de seguridad del paciente.	*Puerta de entrada al servicio de Cuidados Intensivos. *Admisiones. *Estaciones de enfermería.	Dos meses	Folletos realizados con imágenes y temas como deberes y derechos del usuario, temas educativos sobre salud, y humanización.

Fuente: elaboración propia

Discusión

Según Oscar BS (27) en la atención al detalle, un requisito para el cuidado humanizado que manifiesta la mala calidad que tenían los profesionales, el cual iba ligado a la mala administración, a cambios en la legislación que pocas veces son compartidos con los trabajadores, sistemas corruptos en donde los recursos se pierden todos los días y un sistema de justicia que no interfirió para recuperar y regular los recursos de la salud, finalmente comparando con nuestra investigación se busca reforzar en cualquier ámbito y a cualquier edad la importancia del amor y respeto por el otro, de ofrecer apoyo sin distinción alguna, de ser tolerante, de entender al otro como lo que es: un mundo diferente en su forma de actuar, pensar, de ver las cosas y sobre todo con necesidades distintas de los usuarios y del personal, también nos interesamos por medio de los talleres y capacitaciones proveer a su personal profesional, técnico y administrativo las herramientas con el fin de que puedan cumplir sus funciones, fortaleciendo las relaciones interpersonales y los parámetros para realizar una atención con calidad a los usuarios, motivándolos a que actúen con autonomía profesional, calidad y humanización.

En este sentido, la calidad del sistema de salud va ligada directamente a las leyes nacionales y a los requerimientos de las diferentes normas que cobijan la salud a nivel nacional, de igual forma las instituciones de salud conforman programas internos y reglamentos de calidad para darle cumplimiento a la legislación vigente, de esta forma en concordancia con la presente investigación, programa de humanización del paciente, forma parte de un pilar fundamental en la prestación del servicio e impacta directamente la calidad de todo el sistema de la Clínica Los Rosales de la ciudad de Pereira.

Según Watson, (28) el personal de enfermería debe asistir o ayudar en las necesidades básicas de manera reverencial y respetuosa, manteniendo una conciencia de cuidado intencional. Plantea que uno de los privilegios de enfermería y de su rol al interactuar con la humanidad es que las enfermeras tienen acceso a la totalidad del ser humano. Las enfermeras tienen el honor íntimo de ayudar a otros, a gratificar sus necesidades humanas más básicas, especialmente cuando se encuentran en estado de vulnerabilidad. En este sentido se concuerda con lo encontrado en la presente investigación realizada en la Clínica Los Rosales de la ciudad de Pereira, donde se evidenció que tanto el personal de enfermería como los auxiliares de enfermería tratan de manera adecuada a los pacientes y sus acompañantes, brindándoles un trato digno y respetuoso.

Desde las teóricas en la profesión, han planteado que el personal en salud debe desarrollar capacidades o habilidades para lograr esa relación con el otro, a través de la comunicación. Wiedenbach, destaca estas habilidades de comunicación y las define como: “Las habilidades reflejan la capacidad de expresión de los pensamientos y los sentimientos de la enfermera, dirigidos a proporcionar cuidados al paciente y a las personas con él relacionadas. Para transmitir un mensaje u obtener una respuesta determinada, puede utilizar la comunicación verbal y no verbal, unidas o por separado” (29). De esta forma concuerda con lo encontrado en la investigación realizada en la Clínica Los Rosales de la ciudad de Pereira, dado que el personal ha sido capacitado para cumplir sus funciones a cabalidad, cumpliendo con el programa de humanización del paciente.

Desde cualquier perspectiva que se aborde, resulta de indudable importancia la comunicación, la cual, es el medio a través del cual la persona establece relaciones; para los enfermeros, esta importancia cobra mayor interés como elemento básico de la relación terapéutica. Para Cherry (30) (King, 1984) la comunicación “es un proceso dinámico, fundamental para la existencia, el crecimiento, el cambio y la conducta de todos los seres vivos, ya sean individuos u organizaciones”. En este sentido se discrepa en lo encontrado en la Clínica Los Rosales de la ciudad de Pereira, dado que el personal asistencial fallaba en la comunicación de los procedimientos a realizar a los pacientes y a sus familiares.

Un estudio realizado en la ciudad de Bogotá, en el Centro Policlínico del Olaya, IPS de tercer nivel en el año 2014, el 87% consideraron que “Siempre” han percibido una relación de cuidado humanizado por parte del personal de enfermería. A través de este estudio, se aporta una 3ª versión del instrumento PCHE creado por Rivera y Triana en el año 2003 y adaptado por Rivera, Triana y Espitia en 2010, y sus pruebas psicométricas permiten afirmar que esta versión es válida y confiable para su aplicación en ámbitos hospitalarios. (31)

La percepción de los comportamientos de cuidado por parte de los pacientes hospitalizados en la Clínica Los Rosales de la ciudad de Pereira, mostró en general una relación de cuidado humanizado por parte del personal de enfermería.

Conclusión

Se evidenció que el nivel de conocimiento de los deberes y derechos de los pacientes son insuficientes y pocos usuarios conoce cuales son, llevando así a un nivel de conocimiento de estos porcentajes elevados siendo el ítem con calificación más alta.

Con esta investigación se da a conocer que el personal asistencial del área de cuidados intensivos de la Clínica los Rosales de la ciudad de Pereira, tiene una adherencia buena al proceso de humanización, teniendo en cuenta que se deben mejorar algunos aspectos para alcanzar una atención integral con calidad no solo en los cuidados médicos y de enfermería sino también en el trato digno y humano.

Agradecimientos

A todo el equipo interdisciplinario, directivos y usuarios de la clínica Los Rosales, como también al centro de posgrados de la universidad del área andina.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés alguno.

Bibliografía

1. Organización mundial de la salud. Estrategias del informe de la OMS "Nuevos conocimientos y nuevas esperanzas". Rev. Panam Salud Pública. 2002.
2. Romero M, de la Cueva L, Jover C, Delgado P, Acosta B, Sola M, et al. La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. Enfermería intensiva. 2013; 24(2): 51-62
3. March J. Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. Revista de Calidad Asistencial. 2017; 32(5): 245-7.
4. Escudero D, Viña L, Calleja C. [For an open-door, more comfortable and humane intensive care unit. It is time for change]. Med Intensiva. 2014; 38(6):371-5.
5. De la fuente C, Rojas M, Gómez MR, Lara P, Morán E, Aguilar E. Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. Medicina Intensiva. 2018; 42(2): 99-109.
6. Peña MH, Talledo NM, Ruiz EO, Gómez JL, Ruiz AR, Miguelez AG, et al. Satisfacción en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): la opinión del paciente como piedra angular. Medicina Intensiva. 2017; 41(2): 78-85.

7. Alonso A, Álvarez J, Velayos C, García M, Luengo M. Expectativas de los familiares de pacientes críticos respecto a la información médica. Estudio de investigación cualitativa. *Revista de Calidad Asistencial*. 2014; 29(6): 325-33.
8. La Calle GH, Lallemand CZ, del Cotillo M, Matarín JV, Sanz TV, de la Ventana AS, et al. HUCI se escribe con H de HUMANO. *Enfermería Intensiva*. 2014; 25(4): 123-72.
9. Rivera SA, Sánchez M. ¿Es necesario «humanizar» las Unidades de Cuidados Intensivos en España? *Enfermería intensiva*. 2017; 28(1): 1-3.
10. Delgado MCM, de Lorenzo AG. Sobrevivir a las unidades de cuidados intensivos mirando a través de los ojos de la familia. *Medicina intensiva*. 2017; 41(8): 451-3.
11. Social MDLP. Seguridad del paciente y la atención segura [Internet]. Colombia: Ministerio de salud y protección social, 2010. [Citado en 21 de julio de 2018]. p. 101. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
12. Alonso Á, Heras G. ICU: a branch of hell? *Intensive Care Med*. 2016; 42(4): 591-2.
13. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JF, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the Intensive Care Unit: executive summary. *Am J Health Syst Pharm*. American College of Critical Care Medicine. 2013; 70(1): 53-8.
14. Cutler LR, Hayter M, Ryan T. A critical review and synthesis of qualitative research on patient experiences of critical illness. *Intensive Crit Care Nurs*. 2013; 29(3):147-57.
15. Vincent JL, Shehabi Y, Walsh TS, Pandharipande PP, Ball JA, Spronk P, et al. Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept. *Intensive Care Med*. 2016; 42(6): 962-71.
16. Riley BH, White J, Graham S, Alexandrov A. Traditional/restrictive vs patient-centered intensive care unit visitation: perceptions of patients' family members, physicians, and nurses. *Am J Crit Care*. 2014; 23(4): 316-24.
17. Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina MJ, Forcelledo L, et al. Visitation policy, design and comfort in Spanish intensive care units. *Rev Calid Asist*. 2015; 30(5): 243-50.
18. Meert KL, Clark J, Eggly S. Family-centered care in the pediatric intensive care unit. *Pediatr Clin North Am*. 2013; 60(3): 761-72.
19. Cappellini E, Bambi S, Lucchini A, Milanesio E. Open intensive care units: a global challenge for patients, relatives, and critical care teams. *Dimens Crit Care Nurs*. 2014; 33(4): 181-93.

20. Jabre P, Belpomme V, Azoulay E, Jacob L, Bertrand L, Lapostolle F, et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med*. 2013; 368(11): 1008-18.
21. Maslach C, Jackson SE. *MBI: Maslach burnout inventory; manual research edition*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
22. Silva JL, Soares RS, Costa FS, Ramos DS, Lima FB, Teixeira LR. Psychosocial factors and prevalence of burnout syndrome among nursing workers in intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2015; 27(2): 125-33.
23. Van Mol MM, Kompanje EJ, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. *PLoS One*. 2015; 10(8)
24. Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. An Official Critical Care Societies Collaborative Statement-Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals: A Call for Action. *Chest*. 2016; 150(1): 17-26.
25. Alvarez C. Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. *Enferm. univ* [Internet]. 2012 [citado agosto 13 de 2018]; 9(1): 41-51. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000100006&lng=es.
26. Martha LB, María GH, Martha M, Constanza FP. Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana. *Investigación y Educación en Enfermería*, [Internet]. 2010 [citado 2016 Nov 22]; 28(1), 64-72. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072010000100008&lng=en&tlng=es.
27. Esparza Isabel H. Cuidado Invisible: donde los medicamentos no llegan. *Index Enferm* [Internet]. 2013 Jun [citado 2016 Nov 12]; 22(1-2): 5-6. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-2962013001100001&lng=es.
28. Gómez O, Gutiérrez E. La situación de enfermería: fuente y contexto del conocimiento de enfermería: la narrativa como medio para comunicarla. [internet] 2011. Disponible en: <https://www.casadellibro.com/ebook-la-situacion-de-enfermeria-fuente-y-contexto-del-conocimiento-de-enfermeria-la-narrativa-como-medio-para-comunicarla-ebook/9789587617986/2587906>.
- 29, Marriner A, Raile M. *Modelos y Teorías en Enfermería*. 5ª Edición. Editorial Elsevier Science / Mosby. Madrid, 2003. Pág. 87
30. Carbelo B, Romero M, Casas F, Ruíz T, Rodríguez S. Teoría Enfermera: El Cuidado desde una Perspectiva Psicosocial. En: *Cultura de los Cuidados*. Revista de Enfermería y Humanidades, Universidad de Alicante. Año I - No. 2. Madrid, 1997. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5303/1/CC_02_09.pdf

31. Oscar Javier González Hernández. Validez y Confiabilidad del Instrumento “Percepción de Comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE Clinicountry 3ª Versión” Universidad Nacional de Colombia, [Internet]. (2014) [citado 2018 agosto 16]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/46149/1/1110447614.2014.pdf>