

EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DE LA COMUNICACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

TRABAJO DE FIN DE GRADO CURSO 2022/2023 – GRADO EN MEDICINA

AUTORA - ANA PORTERO CABRIADA

TUTOR - PEDRO JOSÉ LORENTE GARCÍA

**SERVICIO - UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN**



ÍNDICE:

1. LISTA DE ABREVIATURAS	página 3
2. RESUMEN	página 4
3. ABSTRACT	página 5
4. EXTENDED SUMMARY	página 6
5. INTRODUCCIÓN	página 9
6. OBJETIVOS	página 12
7. HIPÓTESIS	página 13
8. METODOLOGÍA	página 13
9. RESULTADOS	página 22
10. DISCUSIÓN	página 31
11. CONCLUSIONES	página 37
12. AGRADECIMIENTOS	página 38
13. BIBLIOGRAFÍA	página 39
14. ANEXOS	página 45

1. LISTA DE ABREVIATURAS:

CEIm: Comité de ética de la investigación con medicamentos

DAFO: Debilidades, amenazas, fortalezas, y oportunidades

HGUCS: Hospital General Universitario de Castellón

HU-CI: movimiento de humanización de los cuidados intensivos

IC: intervalo de confianza

PDCA: planear, hacer, comprobar, y actuar

PPF: profesional paciente familiares

RI: Rango intercuartílico

SEMICYUC: Sociedad Española de medicina intensiva, crítica y unidades coronarias

SPSS: Statistical package for the social science.

SWOT: Strengths, weaknesses, opportunities, and threats

UCI: Unidad de cuidados intensivos

V(n): variable número

2. RESUMEN:

Antecedentes: La comunicación adecuada interdisciplinar y con el paciente y familiares es fundamental para garantizar la calidad y seguridad asistencial en el paciente crítico. Ha demostrado una mejoría en el bienestar, evolución, adherencia al tratamiento, y pronóstico en ellos, así como mayor bienestar de los profesionales.

Objetivos: Evaluar la implantación de medidas relacionadas con la comunicación conforme al plan de humanización de las UCIs de la Comunidad Valenciana, e identificar y priorizar los factores que impiden su implantación.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, y transversal, análisis cualitativo de Pareto y DAFO priorizado, en la UCI del HGUCS en el año 2023. Se analizaron variables clínicas, demográficas, y relacionadas con la comunicación.

Resultados: Un 66% refirió inadecuada comunicación entre profesionales-paciente-familiares, un 41% desconocen los protocolos de comunicación, y un 67% indica formación en comunicación desfavorable. Los incumplimientos identificados fueron las simulaciones de habilidades comunicativas, la flexibilidad horaria para visitar, la comunicación interdisciplinar con el paciente y familiares, y los espacios adecuados para informar. Un 22,5% priorizó el Burnout como debilidad, y un 20,8% la saturación sanitaria como amenaza.

Conclusiones: la implantación de las medidas de comunicación del Plan de humanización fue insuficiente. Los principales factores identificados con la falta de comunicación en la UCI fueron la falta de simulaciones en habilidades comunicativas, la escasa flexibilidad horaria, la falta de comunicación interdisciplinar con el paciente y familiares, la inexistencia de espacios adecuados para informar, la falta de formación en habilidades comunicativas, el déficit de seguridad clínica, el síndrome de Burn-out, y la saturación sanitaria.

Palabras clave: calidad asistencial, seguridad asistencial, humanización, comunicación, cuidados intensivos, plan de mejora.

3. ABSTRACT:

Introduction: Proper interdisciplinary communication with patients and their families is fundamental to ensure quality and safety of care for critically ill patients. It has been shown to improve well-being, progression, treatment adherence, and prognosis in patients, as well as enhance the well-being of healthcare professionals.

Objectives: To evaluate the implementation of measures related to communication according to the humanization plan in the ICUs of the Valencian Community and to identify and prioritize the factors hindering their implementation.

Methods: Observational, descriptive, cross-sectional study, Pareto and prioritized SWOT qualitative analysis, in the ICU of the HGUCS in the year 2023. Clinical, demographic, and communication-related variables were analyzed.

Results: 66% reported inadequate communication among professionals, patients, and their families, 41% were unaware of communication protocols, and 67% indicated unfavorable communication training. The non-compliances identified were simulations of communication skills, flexible hours to visit, interdisciplinary communication with patients and families, and adequate spaces for information sharing. 22.5% prioritized Burnout as a weakness, and 20.8% identified healthcare system overload as a threat.

Conclusions: The implementation of communication measures from the humanization plan was insufficient. The main factors identified as contributing to the lack of communication in the ICU were the lack of simulations of communication skills, limited flexibility in visiting hours, inadequate interdisciplinary communication with patients and families, lack of suitable spaces for information sharing, insufficient communication training, deficits in clinical safety, Burnout, and healthcare system overload.

Key words: quality of care, patient safety, humanization, communication, intensive care, improvement plan.

4. EXTENDED SUMMARY:

- **INTRODUCTION:**

Communication is the foundation of human relationships, in which individuals consciously transmit and receive information, ideas, or emotions through verbal and non-verbal language. The daily clinical practice of healthcare professionals is based on communication, and only optimal interdisciplinary communication with patients and their families, based on empathy, shared responsibility, therapeutic alliance, and humanized care, can guarantee quality and safe healthcare. This is reflected in the fact that when this type of communication is applied, there is greater well-being, improved treatment adherence, better outcomes, and a favorable prognosis for patients and their families, as well as increased satisfaction of the healthcare staff.

However, currently, there are various factors that hinder the implementation of optimal communication in intensive care units. These aspects include scientific advancement and technological sophistication in medicine, lack of training of healthcare professionals in communication skills, workload burden, Burnout syndrome, use of technical language when transmitting information, biases among healthcare staff, and the SARS-CoV-2 pandemic.

These difficulties have been reflected in numerous publications, and as a solution to them, plans for humanizing intensive care units have emerged. Specifically, in the Valencian Community, the plan for improving humanization in critical care units has been introduced with the aim of proposing a series of objectives in different areas, including communication, to guarantee quality, safe, and humanized care.

- **OBJECTIVES:**

To evaluate the implementation of measures related to improving communication in critically ill patients in accordance with the plan for improving humanization in critical care units in the Valencian Community.

Identifying and prioritizing the factors that hinder the implementation of the measures in accordance with the plan for improving humanization in critical care units in the Valencian Community.

- **METHODOLOGY:**

Observational, descriptive, and cross-sectional study, combined with qualitative methodology; Pareto analysis and a SWOT matrix, carried out in an ICU of a tertiary hospital. The study included healthcare professionals, specifically doctors, nurses, and nursing assistants, who had received training in humanization and were actively involved in the ICU of the HGUCS from the implementation of the humanization plan of the Valencian Community until the present. Data for the study were collected through online questionnaires completed by the selected sample in february and march 2023.

The study examined both clinical and demographic variables, such as gender, professional category, and years of experience. Additionally, variables related to evaluating the implementation of the humanization plan were assessed, including flexible visiting hours, appropriate spaces for information sharing, interdisciplinary communication, family involvement in care, specific communication protocol upon admission, specific communication protocol upon discharge, follow-up protocol upon discharge, information transfer protocol, training courses in communication skills, teamwork training sessions, simulation sessions for communication skills, sessions for discussing communication difficulties, daily visits with the multidisciplinary team, and computerized record of visits. After collecting the data, a database was created for statistical analysis. A Pareto chart was generated to identify the main non-compliances with the plan, and a SWOT matrix was used to prioritize areas for improvement.

- **RESULTS:**

The data were obtained from 8 experts in humanization during the study period. 87.5% of the participants were women, and the most prevalent professional category was nursing assistants (50%). 87.5% of the respondents indicated that there is no flexibility in visiting hours, 75% mentioned that there are no adequate spaces for information sharing, 50% stated that family involvement in care is not allowed, 87.5% responded that there is no interdisciplinary communication with patients and their families, and

50% were unsure if daily multidisciplinary visits are carried out or documented. Regarding protocols, 87.5% mentioned the existence of a specific protocol for communicating information to patients and their families upon admission, while 50% were unfamiliar with other protocols. In terms of communication training, 62.5% responded that there are no training courses in communication skills, all professionals indicated that there are no simulation sessions for communication skills, and 75% stated that there are no sessions to discuss communication difficulties.

The Pareto analysis highlights the main non-compliant variables as simulation sessions for communication skills, flexibility in visiting hours, interdisciplinary communication with patients and their families, and adequate spaces for information sharing. The SWOT analysis prioritizes Burnout as a weakness with 22,5% and lack of communication training with 21,7%. The threats identified are healthcare system saturation with 20,5% and lack of clinical safety with 20,1%.

- **DISCUSSION:**

This study has proven the implementation of the humanization plan measures is insufficient. Furthermore, it has identified the most significant non-compliances, including the simulation sessions for communication skills, flexibility in visiting hours, interdisciplinary communication with patients and their families, and adequate spaces for information sharing. It has also identified the main weakness, such as Burnout and the lack of training in communication skills, as well as threats, including system overload and a lack of clinical safety, which also hinder the implementation of the measures. Based on these findings, new measures tailored to this ICU can be proposed to improve compliance with the plan.

- **CONCLUSIONS:**

The implementation of the communication measures from the humanization plan is insufficient. The main factors identified through Pareto and SWOT analysis as responsible for non-compliance are the lack of simulation sessions for communication skills, inflexibility in visiting hours, inadequate communication interdisciplinary with the patient and their families, inadequate spaces for information sharing, Burnout, lack of communication skills training, system overload, and a lack of clinical safety.

5. INTRODUCCIÓN:

La calidad asistencial tiene definiciones diferentes en función del enfoque considerado, aunque globalmente se puede considerar como: “El grado con el que los servicios sanitarios ofrecidos a los individuos y a los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar el resultado sanitario deseado teniendo en cuenta los recursos existentes y siempre en congruencia con los conocimientos profesionales actuales y los valores y las preferencias del paciente” (1,2). Dentro de la calidad asistencial, se pueden encontrar diversos niveles, entendiendo la seguridad asistencial como: “Las actuaciones orientadas a eliminar, reducir y mitigar los resultados adversos evitables, generados como consecuencia del proceso de atención a la salud, además de promocionar aquellas prácticas que han resultado más seguras, al tiempo que se propicia un cambio cultural que elimine la culpabilización a los profesionales por sus errores” (3,4). Una comunicación óptima interdisciplinar y con el paciente y sus familiares, es uno de los aspectos fundamentales para garantizar la calidad y seguridad asistencial a largo plazo (5,6).

La comunicación se puede entender como la base de las relaciones humanas, en la que dos o más participantes, de forma consciente y a través del lenguaje, transmiten o reciben información (7). Sin embargo, la comunicación va más allá, también busca expresar ideas, opiniones, sentimientos, y emociones (8), además de que no sólo es hablar, sino también aplicar la comunicación no verbal a través del silencio, la expresión facial, el tacto, o la proximidad física, potenciando así la escucha activa, y por ende la empatía (9).

En la práctica clínica diaria, la labor de los profesionales sanitarios se basa en la comunicación; la comunicación asistencial en los servicios de salud con el paciente y sus familiares, la comunicación con el resto del equipo sanitario, y también la comunicación con finalidad formativa y educativa (10). Se considera una comunicación óptima cuando se incluyen aspectos como la perspectiva biopsicosocial, el poder y la responsabilidad compartida, la alianza terapéutica, el paciente como persona, o el médico como persona (11), además de elementos no verbales como el contacto visual, una postura y tono de voz adecuados, movimientos cefálicos, o gesticulación (9,12).

La importancia de realizar una buena comunicación en la práctica clínica queda reflejada en una mayor satisfacción y confianza del paciente y sus familiares con el personal sanitario, una superior adherencia al tratamiento (13,14), una mejora de la evolución de los pacientes, y un aumento del bienestar de los mismos y sus familiares con los servicios sanitarios y su estancia en ellos, sintiéndose una parte activa del proceso (15,16). También favorece la propia satisfacción de los sanitarios y fomenta el trabajo conjunto evitando llegar a situaciones de desgaste que puedan influir negativamente en los cuidados (17). Una buena comunicación entre pacientes, profesionales, y familiares, implica la mitad de un buen tratamiento, y en aquellos casos en los que ya no hay indicación de tratar, una herramienta disponible para proporcionar confort a todas las partes es la palabra (18).

Sin embargo, el avance científico y la mayor sofisticación tecnológica que ha acontecido durante las últimas décadas en el ámbito de la medicina (19), que se centra en el conocimiento técnico, resta importancia a la calidad y seguridad asistencial, y, a su vez, hace que, aspectos como la comunicación, que buscan reivindicar y dar importancia a la dimensión humana y emocional de los pacientes, familias, y profesionales de la salud, sean relegadas a un segundo plano (18). Además, en la actualidad existen otra serie de factores que dificultan e imposibilitan que se desarrolle una buena comunicación en el ámbito sanitario (18). Se encuentra, en primer lugar, la falta de habilidades comunicativas de los profesionales (18). Hoy en día, en la formación universitaria de los sanitarios, se prima mucho más la adquisición de competencias técnicas que el aprendizaje de habilidades relacionales, por lo que estas no suelen considerarse relevantes por gran parte de los sanitarios (20). Otro aspecto importante a tener en cuenta, son los altos niveles de agotamiento grave o síndrome de burn-out en aproximadamente la mitad de los sanitarios debido a la gran cantidad de factores estresantes en su entorno de trabajo y la desmesurada carga asistencial (21). Este estrés prolongado se traduce en un agotamiento emocional, despersonalización, y falta de realización social, que bloquea a los profesionales entre ellos y con el propio paciente y familiares, creando situaciones de desmotivación, tensión, o evitación (22,23,24,25).

Un impedimento a destacar es también la utilización de lenguaje técnico en el momento de la comunicación, que lleva a que el paciente y sus familiares no comprendan información clave en el proceso, y, por lo tanto, no puedan formar parte de él (26). Por otro lado, en la comunicación también influye la tendencia del ser humano a etiquetar o juzgar, sobre todo cuando existen diferencias socioculturales. Este hecho crea disparidades entre los profesionales, el paciente, y su familia, que influyen negativamente en todo el proceso de cuidados (27). Además, en 2019, aparece un nuevo reto que influye directamente en la comunicación, la dificulta, y la debilita, el SARS-COV 2 (28, 29).

Algunas de estas dificultades quedan patentes por primera vez con la publicación del artículo “El herrar es humano” en el año 2000 en Estados Unidos, donde se demanda una mejora de la seguridad del paciente, no sólo en el ámbito de la comunicación, sino en todas sus dimensiones (30). A este acontecimiento, le sigue en la misma línea la creación de planes de humanización (18). La humanización consiste en proporcionar cuidados a la persona de manera solidaria, digna, con respeto, empatía, y teniendo en cuenta sus decisiones y sus valores (31). En España, el plan pionero de humanización de la asistencia sanitaria fue el de la Comunidad de Madrid en el año 2016 (32). A su vez, dentro del ámbito de los cuidados intensivos, surgió el proyecto HU-CI que, a través de la medicina basada en la evidencia, busca un modelo de cuidados más centrado en la faceta humana a través de la colaboración de enfermos, familiares, y profesionales (33). En la Comunidad Valenciana, con el mismo objetivo, se desarrolla en el año 2017 el plan de mejora de la humanización en las unidades asistenciales de pacientes críticos (18). Dentro de las líneas de estrategia en las que trabajan todos estos planes, cabe destacar como pilar indiscutible la comunicación (18,30,32,33).

El plan de mejora de la humanización en las unidades asistenciales de pacientes críticos en la Comunidad Valenciana expone que la información al paciente y familiares sólo se transmite de forma conjunta por los profesionales sanitarios en un 3.33%. Además, indica que tanto pacientes como familiares valoran de forma muy positiva la competencia técnica de los profesionales, mientras que apuntan que la comunicación es distante, protocolizada, y no personalizada o adaptada (18).

Ello deriva en unas relaciones médico-familia-profesional distantes, en las que el conocimiento técnico lo ocupa todo, y aparece desconfianza, aumento del estrés, baja adhesión y cumplimiento del plan terapéutico, percepción de insatisfacción con el proceso, reclamaciones, etc. (18). Esto influye significativamente en el estado psicológico del paciente y profesionales, y, a su vez, en el pronóstico, expresado como esperanza de vida (34). Para solventar estas dificultades en el ámbito de la comunicación, este plan propone una serie de objetivos a alcanzar dentro de las unidades de cuidados intensivos (anexo 1).

Por lo tanto, existe evidencia sobre todos los aspectos positivos que tiene para los pacientes, familiares, y profesionales una buena comunicación. Sin embargo, durante las últimas décadas ha sido una debilidad en el ámbito médico, y, en concreto dentro de las unidades de cuidados intensivos, debido a múltiples factores. Por ello, es necesario evaluar cómo se están llevando a cabo las medidas propuestas por el plan de mejora de la humanización en las unidades asistenciales de pacientes críticos en la Comunidad Valenciana para potenciar esta habilidad, y detectar si continúan existiendo conflictos, ya que a pesar de que la gran capacidad técnica de los sanitarios siga avanzando, sólo una buena comunicación permitirá que en la tríada paciente-profesional-familia se establezca un clima de ayuda, confianza, satisfacción, calidad, y seguridad, que beneficie a todas las partes.

6. **OBJETIVOS:**

- **OBJETIVO PRIMARIO:** Evaluar la implantación de medidas relacionadas con la mejora de la comunicación en el paciente crítico conforme al Plan de mejora de la humanización en las unidades de críticos de la Comunidad Valenciana.
- **OBJETIVO SECUNDARIO:** Identificar y priorizar los factores que impiden la implantación de las medidas del plan de mejora de la humanización en las unidades de críticos de la Comunidad Valenciana.

7. HIPÓTESIS:

La comunicación es un aspecto a mejorar en las unidades de cuidados intensivos.

8. METODOLOGÍA:

- **DISEÑO DEL ESTUDIO:** En primer lugar, se plantea un **diseño observacional descriptivo transversal** que pretende evaluar la implantación de las medidas relacionadas con la mejora de la comunicación en el paciente crítico conforme al plan de mejora de la humanización de la Comunidad Valenciana en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General Universitario de Castellón. A continuación, para detectar los incumplimientos más importantes del plan se lleva a cabo un **análisis de Pareto**. Finalmente, se realiza un **análisis cualitativo priorizado con la herramienta de la matriz DAFO** para identificar los puntos de mejora con respecto a la implantación de las medidas del plan de humanización.

- **POBLACIÓN DE ESTUDIO:**
 - **POBLACIÓN DIANA:** profesionales de la salud (personal médico, personal de enfermería, y personal auxiliar de enfermería) de ambos sexos que se encuentren en activo en una unidad de cuidados críticos de un hospital de tercer nivel asistencial.

 - **POBLACIÓN ACCESIBLE:** profesionales de la salud (personal médico, personal de enfermería, y personal auxiliar de enfermería) de ambos sexos que se encuentren en activo en la unidad de cuidados críticos del Hospital General Universitario de Castellón desde la implantación del plan de mejora de la humanización de la Comunidad Valenciana (enero de 2018) hasta la actualidad (febrero de 2023).

- **MUESTRA:** se han recogido las respuestas de un grupo de expertos en humanización y comunicación. En concreto son 8 profesionales de la salud (personal médico, personal de enfermería, y personal auxiliar de enfermería) de ambos sexos, que se encuentran en activo en la unidad de cuidados críticos del Hospital General Universitario de Castellón desde la implantación del plan de mejora de la humanización de la Comunidad Valenciana en las unidades de críticos (enero de 2018) hasta la actualidad (febrero de 2023), que forman parte del grupo de humanización y comunicación de esta unidad, y que cumplen los criterios de inclusión y ninguno de exclusión.

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**
 - Personal sanitario con formación en humanización y comunicación e implicación en proyectos de mejora de humanización de UCI.
 - Personal sanitario que forme parte de alguna de las siguientes categorías profesionales: personal médico, personal de enfermería, o personal auxiliar de enfermería.
 - Personal sanitario en activo en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General Universitario de Castellón desde la implantación del plan de humanización de la Comunidad Valenciana (enero de 2018) hasta la actualidad (febrero de 2023).

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**
 - Personal sanitario sin formación en humanización y comunicación, o sin implicación en proyectos de mejora de humanización de UCI.
 - Categoría profesional no sanitaria.
 - Periodo de actividad que se haya desarrollado antes o después de la implantación del plan de mejora de humanización de la Comunidad Valenciana (enero de 2018) o que, aunque estuviera en activo cuando se inició el plan, no se encuentre actualmente (febrero 2023) trabajando en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General Universitario de Castellón.

- **VARIABLES:**
 - **VARIABLES CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS:**
 - **SEXO: definición:** género que presenta el profesional. **Descripción:** variable cualitativa nominal dicotómica. Consta de dos categorías: femenino, masculino.
 - **AÑOS EN ACTIVO: definición:** tiempo que el profesional de la salud (personal médico, personal de enfermería, y personal auxiliar de enfermería) se encuentra desempeñando su puesto de trabajo. **Descripción:** variable cuantitativa continua expresada en años.
 - **CATEGORÍA PROFESIONAL: definición:** grupo general que recoge el puesto de trabajo asistencial del profesional de la salud. **Descripción:** variable cualitativa nominal no dicotómica. Consta de tres categorías: medicina, enfermería, y auxiliar de enfermería.
 - **VARIABLES PARA VALORAR LA IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE HUMANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD VALENCIANA:**
 - **FLEXIBILIDAD HORARIA: definición:** presencia de diferentes periodos de visita en la unidad de cuidados intensivos. **Descripción:** variable cualitativa nominal no dicotómica. Consta de tres categorías: si, no, no sabe.
 - **ESPACIOS ADECUADOS PARA INFORMAR: definición:** existencia y utilización de lugares habilitados dentro de la unidad de cuidados intensivos que respeten la intimidad y privacidad del paciente y sus familiares. **Descripción:** variable cualitativa nominal no dicotómica. Consta de tres categorías: si, no, no sabe.

- **COMUNICACIÓN CONJUNTA MEDICINA-ENFERMERÍA:** **definición:** presencia de una transmisión de la información de manera simultánea por parte de medicina y enfermería al paciente y sus familiares. **Descripción:** variable cualitativa nominal no dicotómica. Consta de tres categorías: si, no, no sabe.
- **COMUNICACIÓN CONJUNTA ENFERMERÍA-AUXILIAR DE ENFERMERÍA:** **definición:** existencia de una transmisión de la información de manera simultánea por parte de enfermería y auxiliar de enfermería al paciente y sus familiares. **Descripción:** variable cualitativa nominal no dicotómica. Consta de tres categorías: si, no, no sabe.
- **IMPLICACIÓN DE LAS FAMILIAS EN LOS CUIDADOS:** **definición:** participación de los familiares en los cuidados del paciente durante su ingreso en la unidad de cuidados intensivos. **Descripción:** variable cualitativa nominal no dicotómica. Consta de tres categorías: si, no, no sabe.
- **PROTOCOLO ESPECÍFICO DE COMUNICACIÓN AL INGRESO:** **definición:** presencia y utilización de una serie de recomendaciones con respecto a la comunicación, previamente estipuladas dentro de la unidad de cuidados intensivos, al paciente y sus familiares cuando este es aceptado de manera formal en la unidad de cuidados intensivos. **Descripción:** variable cualitativa nominal no dicotómica. Consta de tres categorías: si, no, no sabe.
- **PROTOCOLO ESPECÍFICO DE COMUNICACIÓN AL ALTA:** **definición:** existencia y utilización de una serie de recomendaciones con respecto a la comunicación, previamente estipuladas dentro de la unidad de cuidados intensivos, al paciente y sus familiares cuando este deja de ocupar una cama de hospitalización en la unidad de cuidados intensivos. **Descripción:** variable cualitativa nominal no dicotómica. Consta de tres categorías: si, no, no sabe.

- **POTOCOLO DE SEGUIMIENTO AL ALTA:** **definición:** presencia y utilización de una serie de recomendaciones de control, previamente estipuladas dentro de la unidad de cuidados intensivos, al paciente y sus familiares durante el tiempo después de su estancia en la unidad de cuidados intensivos. **Descripción:** variable cualitativa nominal no dicotómica. Consta de tres categorías: si, no, no sabe.

- **CURSOS DE FORMACIÓN EN HABILIDADES COMUNICATIVAS:** **definición:** realización o asistencia de los profesionales de la salud de la unidad de cuidados intensivos a actividades orientadas a la ampliación y actualización de conocimientos en el ámbito de la comunicación. **Descripción:** variable cualitativa nominal no dicotómica. Consta de tres categorías: si, no, no sabe.

- **SESIONES DE FORMACIÓN DE TRABAJO EN EQUIPO:** **definición:** realización o asistencia de los profesionales de la salud de la unidad de cuidados intensivos a actividades orientadas a promover la capacidad de perseguir activamente una meta común entre todos los miembros de la unidad de cuidados intensivos, subordinando los intereses personales. **Descripción:** variable cualitativa nominal no dicotómica. Consta de tres categorías: si, no, no sabe.

- **SESIONES DE SIMULACIÓN DE HABILIDADES COMUNICATIVAS:** **definición:** ejecución de recreaciones de escenarios con la finalidad de practicar, aprender, evaluar, o adquirir conocimientos en el ámbito de la comunicación dentro del servicio de la unidad de cuidados intensivos. **Descripción:** variable cualitativa nominal no dicotómica. Consta de tres categorías: si, no, no sabe.

- **SESIONES DE DISCUSIÓN DE DIFICULTADES EN LA COMUNICACIÓN:** **definición:** realización de reuniones dentro del servicio de la unidad de cuidados intensivos en las que se debaten las debilidades de los profesionales de la salud del mismo en cuanto al ámbito de la comunicación entre profesionales, y con el paciente y sus familiares. **Descripción:** variable cualitativa nominal no dicotómica. Consta de tres categorías: si, no, no sabe.

- **PROTOCOLO DE TRASLADO DE INFORMACIÓN EN CAMBIOS DE TURNO/GUARDIA/VACACIONES:** **definición:** existencia y utilización de una serie de recomendaciones para la comunicación entre los diferentes profesionales de la unidad de cuidados intensivos en el momento de variación de los mismos dentro del servicio. **Descripción:** variable cualitativa nominal no dicotómica. Consta de tres categorías: si, no, no sabe.

- **VISITAS DIARIAS CON EQUIPO MULTIDISCIPLINAR:** **definición:** atención diaria al paciente de forma conjunta por parte de un miembro de cada categoría profesional de la unidad de cuidados intensivos. **Descripción:** variable cualitativa nominal no dicotómica. Consta de tres categorías: si, no, no sabe.

- **REGISTRO INFORMÁTICO DE LAS VISITAS:** **definición:** computación diaria de toda la información relacionada con la atención al paciente. **Descripción:** variable cualitativa nominal no dicotómica. Consta de 3 categorías: si, no, no sabe.

- **MÉTODOLÓGIA:** Tras seleccionar a los profesionales de la salud que cumplían todos los criterios de inclusión y ninguno de exclusión, se recogió toda la información correspondiente a las variables de estudio en base al Plan de mejora de la humanización de las unidades de críticos de la Comunidad Valenciana. Para ello, en febrero de 2023, se realizó un primer cuestionario online (anexo 2) a través de la plataforma “Google Forms” el cual se envió a dichos profesionales a través de la aplicación “WhatsApp”. Los profesionales de la salud respondieron al cuestionario de forma anónima, y de esta forma se recogió cuál era su percepción sobre la implantación de las medidas relacionadas con la mejora de la comunicación en el paciente crítico conforme al plan de mejora de la humanización de la Comunidad Valenciana en ese momento en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General Universitario de Castellón. Posteriormente, los datos se agruparon en una base de datos del programa “Microsoft Excel” para su análisis.

Después de dicho análisis, para determinar que variables tenían un mayor incumplimiento, y, por lo tanto, eran las más relevantes con respecto a la falta de implantación del plan de mejora de la humanización, se realizó un análisis de Pareto. Esta metodología realiza una comparación ordenada de los elementos y los clasifica como importantes en cuanto a su contribución al evento (vitales), o como elementos poco importantes (triviales), pudiendo así determinar los principales factores de un evento (35). Se basa en el principio de Pareto o del 60/40 o 80/20, el cual afirma que, en todo grupo de elementos, son sólo unos pocos los responsables de la mayor parte de dicho evento; el 60% o 80% de las consecuencias, se deben a un 40% o 20% de las causas (36). Para la realización de este análisis, mediante el programa “Microsoft Excel” se elaboró una tabla con las variables ordenadas de mayor a menor en función de su número de incumplimientos, y con sus respectivos porcentajes y frecuencia acumulada. A continuación, se llevó a cabo el gráfico correspondiente, añadiendo la curva de Pareto o de porcentaje acumulado. De este modo, se pudo apreciar que variables eran las que se correspondían con el 60% del porcentaje acumulado, y, por lo tanto, eran las responsables del 60% del incumplimiento del plan.

Finalmente, para identificar los puntos de mejora con respecto a la implantación de las variables de estudio, se realizó un análisis DAFO priorizado. Este análisis permite describir las características internas (debilidades y fortalezas) y la situación externa (amenazas y oportunidades) de un ámbito. De esta forma, se puede conocer su situación real y planificar una estrategia de futuro (36, 37). Una vez seleccionado el contenido del DAFO, se realizó un segundo cuestionario online (anexo 3), en marzo de 2023, a través de la plataforma “Google Forms”. En este cuestionario la muestra realizó una priorización simple de forma numérica, del 1 al 4, siendo 1 no relevante, 2 poco relevante, 3 relevante, y 4 muy relevante, indicando cuales de las debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades consideradas eran las más relevantes en ese momento con respecto a la falta de implantación de las medidas del plan de mejora de la humanización en el servicio de Cuidados Intensivos del Hospital General de Castellón, además de añadir alguna más si creían conveniente siguiendo el mismo sistema de puntuación.

El cuestionario se envió a los profesionales a través de la aplicación “WhatsApp” y lo respondieron de forma anónima. Los datos de dicha encuesta se agruparon en una base de datos del programa “Microsoft Excel” para su análisis. La construcción final de la matriz se realizó utilizando el sumatorio total de las puntuaciones de cada ítem, para discriminar entre aquellos aspectos de cada apartado percibidos como más relevantes por la muestra. De este modo, dentro de cada apartado, se ordenaron los ítems de mayor a menor relevancia para tener una percepción global de que debilidades, fortalezas, amenazas, y oportunidades eran las percibidas como más relevantes en ese momento por la muestra en la UCI del Hospital General Universitario de Castellón.

- **RECOGIDA DE DATOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN:** Las fuentes de información fueron los formularios de recogida de información on-line que se crearon. De este modo, los datos se recogieron de forma transversal a través de la respuesta a estos formularios. Estos datos se recogieron por un único observador, alumna del grado de medicina de la UJI, bajo la supervisión del tutor del trabajo, miembro del equipo asistencial de la UCI del Hospital General Universitario de Castellón, además de miembro del grupo de humanización y comunicación de dicha sección.
- **ANÁLISIS DE DATOS:** El análisis estadístico de los datos se realizó mediante “Google Forms”, “Microsoft Excel”, y el paquete IBM SPSS Statistics 21.0. Se realizó un análisis descriptivo sobre la implantación de las variables de estudio, un análisis cualitativo de Pareto para determinar las principales variables incumplidas, y, posteriormente, un análisis cualitativo DAFO con priorización simple. Dado que todas las variables son cualitativas, estas se presentan en frecuencia absoluta (n) y frecuencia relativa (%), además del intervalo de confianza de una proporción al 95%. La variable “años en activo” se trata de una variable cuantitativa continua que mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov demostró no seguir una distribución normal, por lo que se expresa mediante la mediana y el rango intercuartílico.

- **ASPECTOS ÉTICOS:** El estudio fue enviado al CEIm del Hospital General de Castellón, y obtuvo una valoración preliminar positiva, estando pendiente la resolución oficial definitiva (anexo 4). En todo momento se ha garantizado la máxima confidencialidad de los datos personales de los profesionales sanitarios que han participado en el estudio de acuerdo con la ley orgánica 3/2018 del 5 de diciembre de protección de datos y garantía de los derechos digitales (38). Para garantizar la confidencialidad y protección de datos personales, el tutor se encargó de facilitar el cuestionario a los profesionales, que ya lo respondieron de forma anónima, y a la estudiante sólo le llegaron los datos anónimos del cuestionario sin ser conocedora de quienes son los profesionales que lo han respondido.

La muestra aceptó participar en el estudio a través del siguiente escrito (anexo 5).

9. RESULTADOS:

- **ANÁLISIS DESCRIPTIVO:**

- **DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:**

Se recogieron las respuestas entre febrero y marzo de 2023 de 8 profesionales que cumplían los criterios de inclusión del estudio.

- **VARIABLES CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS**

En esta muestra, se encuentran 7 mujeres (87,5%; IC95%: 54,6-98,6%) y 1 hombre (12,5%; IC95%: 1,4-45,4%). La mediana de años en activo en el puesto de trabajo fue de 9,5 años (RI 3-14 años). La categoría profesional más prevalente en esta muestra es la de auxiliar de enfermería con 4 profesionales (50%; IC95%:19,9-80,1%) seguida de enfermería con 2 (25%; IC95%: 5,6-59,2%) y medicina con otros 2 (25%; IC95%: 5,6-59,2%).

CATEGORÍA PROFESIONAL	HOMBRE	MUJER
	n-%	n-%
MEDICINA	1 (12,5%)	1 (12,5%)
ENFERMERÍA	0	2 (25%)
AUXILIAR ENFERMERÍA	0	4 (50%)
TOTAL	1 (12,5%)	7 (87,5%)

Tabla 1. Distribución de la muestra por categoría profesional y sexo.

○ **VARIABLES PARA VALORAR LA IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE HUMANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD VALENCIANA:**

Siete profesionales (87,5%; IC: 54,6-98,6%) contestaron que no existe flexibilidad horaria en la UCI. Seis profesionales (75%; IC:40,8-94,4%) respondieron que no existen espacios adecuados para informar a los familiares. Cuatro profesionales (50%; IC95%: 19,9-80,1%) contestaron que no se permite la implicación familiar en los cuidados. Sobre la comunicación conjunta por parte de los equipos de medicina, enfermería, y auxiliar de enfermería al paciente y sus familiares, 7 profesionales (87,5%; IC95%: 54,6-98,6%) respondieron que este tipo de comunicación no se realiza. Cuatro profesionales (50%; IC95%: 19,9-80,1%) desconocen si se llevan a cabo visitas diarias multidisciplinares. En lo referido a si se efectua un registro informático de estas visitas diarias, 4 profesionales (50%; IC95%: 19,9-80,1%) contestaron que no, y los 4 restantes (50%; IC95%: 19,9-80,1%) lo desconocen

El resto de resultados de las variables descritas en el párrafo superior se expresan en el gráfico 1.

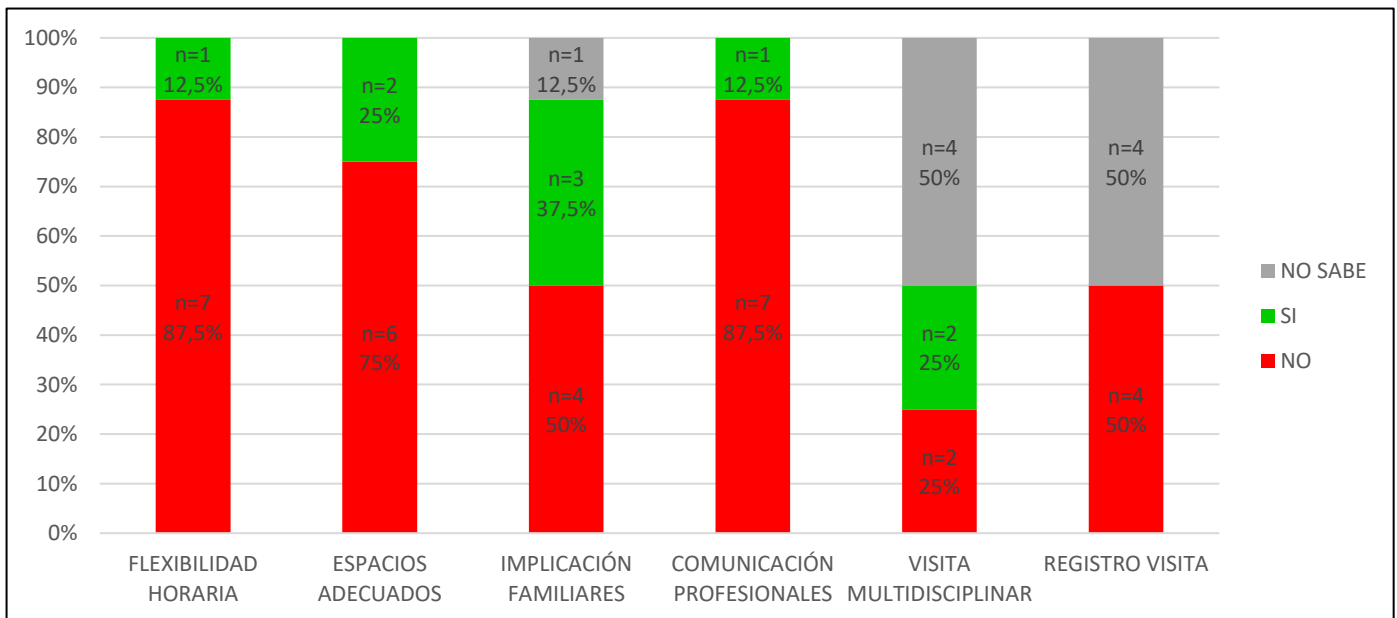


Gráfico 1. Varibales de valoración de la implantación del plan de de mejora de la humanización de la comunidad valenciana en el ámbito de la comunicación entre profesionales, paciente, y familiares.

Para una mejor comprensión, se unificaron las variables descritas en una nueva variable denominada “Comunicación profesionales-paciente-familiares”. El resultado de esta se expresa en el gráfico 2.

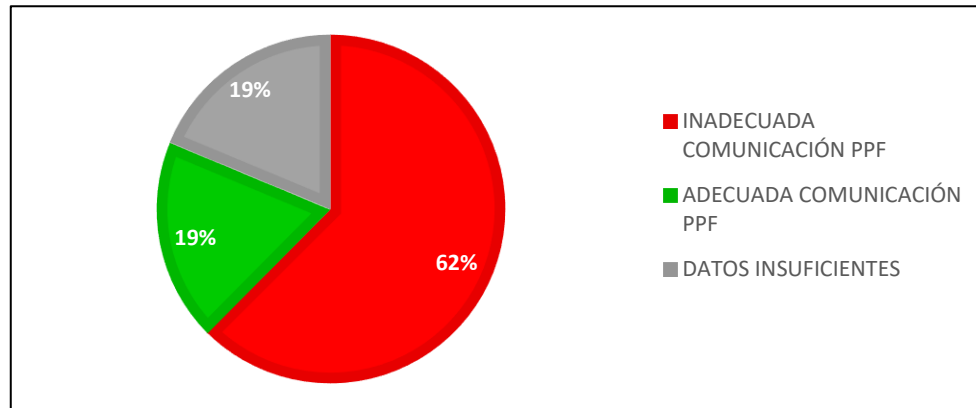


Gráfico 2. Variable Comunicación PPF.

En el ámbito de los protocolos de comunicación, 7 profesionales (87,5%; IC: 54,6-98,6%) respondieron que existe y se aplica un protocolo específico de comunicación de información al paciente y sus familiares al ingreso del paciente en la unidad. Cuatro profesionales (50%; IC95%: 19,9-80,1%) desconocen si existe un protocolo específico de comunicación de información al paciente y sus familiares al alta del paciente de la unidad. Cuatro profesionales respondieron que desconocen si existe un protocolo específico de seguimiento al paciente y sus familiares al alta del paciente de la UCI. En referencia al protocolo de traslado de información, cuatro profesionales (50%; IC95%: 19,9-80,1%) lo desconocen, y los 4 restantes (50%; IC95%: 19,9-80,1%) respondieron que si existe y si se aplica.

El resto de resultados de las variables descritas se muestra en el gráfico 3.

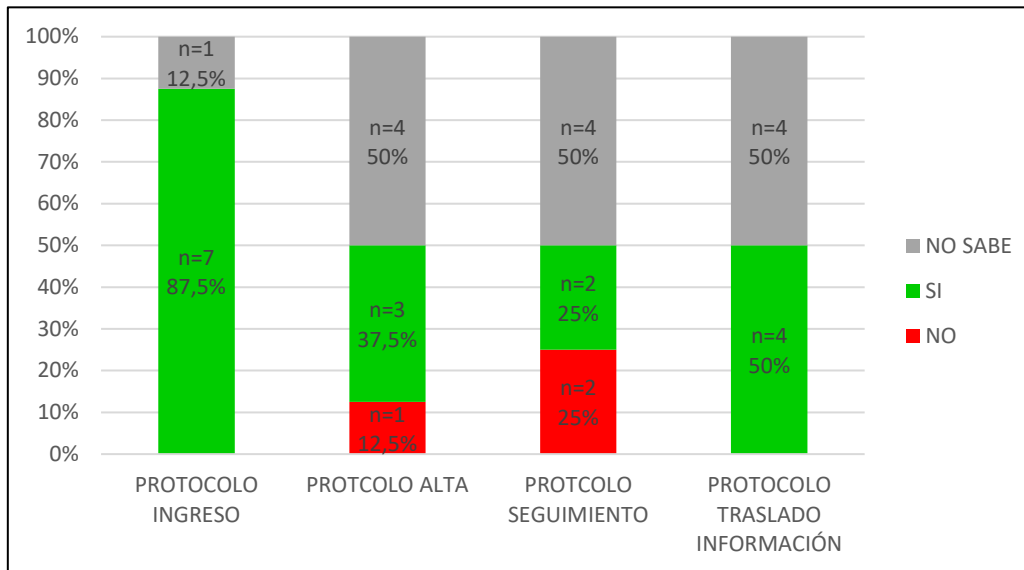


Gráfico 3. Variables de valoración de la implantación del plan de humanización de la Comunidad Valenciana en el ámbito de los protocolos.

Para una mejor comprensión, se unificaron las variables descritas en la página anterior en una nueva variable denominada “Protocolos de comunicación”. El resultado de esta se expresa en el gráfico 4.

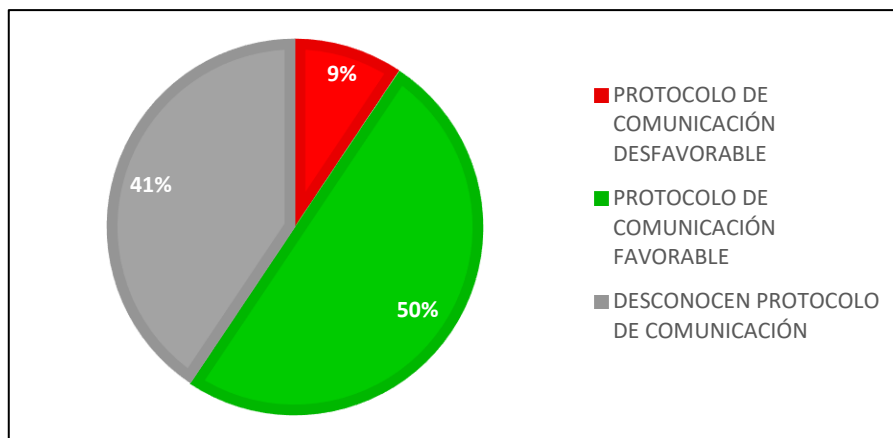


Gráfico 4. Variable Protocolos de comunicación.

En cuanto a la formación en comunicación, 5 profesionales (62,5%; IC95%: 29,5-88,1%) respondieron que no se realizan ni se asiste a cursos de formación en habilidades comunicativas, comunicación de malas noticias, o apoyo emocional. Cuatro profesionales (50%; IC95%: 19,9-80,1) contestaron que se realizan o se asiste a sesiones de formación de trabajo en equipo. Los 8 profesionales respondieron que no se realizan simulaciones de habilidades comunicativas. Seis profesionales (75%; IC95%: 40,8-94,4%) contestaron que no se llevan a cabo dentro del servicio sesiones de discusión de dificultades en la comunicación entre las diferentes categorías profesionales, con el paciente, o sus familiares.

El resto de resultados de las variables descritas se expresan en el gráfico 5.

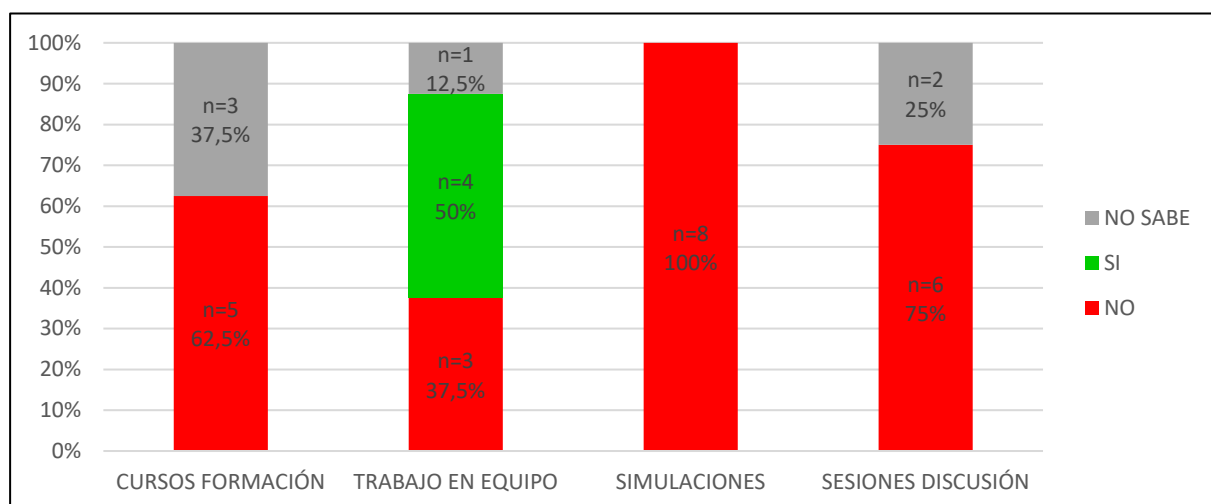


Gráfico 5. Variables de valoración de la implantación del plan de humanización de la Comunidad Valenciana en el ámbito de la formación en comunicación.

Para una mejor comprensión, se unificaron las variables descritas en una nueva variable denominada “Formación en comunicación”. El resultado de esta se expresa en el gráfico 6.

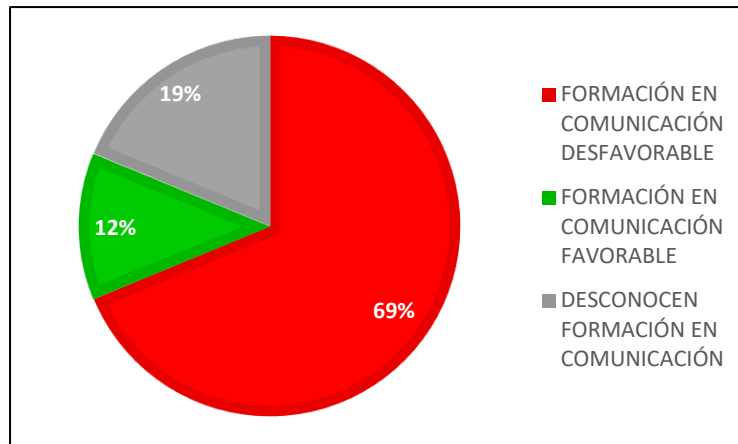


Gráfico 6. Variable formación en comunicación.

- **ANÁLISIS PARETO:**

Se identifican como variables vitales, cuyo incumplimiento supone la falta de implantación del plan de humanización de la Comunidad Valenciana, por orden de relevancia, las sesiones de simulación de habilidades comunicativas, la flexibilidad horaria, la comunicación conjunta entre las diferentes categorías profesionales con el paciente y sus familiares, los espacios adecuados para informar, las sesiones de discusión de dificultades en la comunicación, los cursos de formación en habilidades comunicativas, y la implicación familiar en los cuidados. El resto de las variables se consideran como poco importantes en su contribución al evento.

VARIABLE	N.º de incumplimientos (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia acumulada (%)
Sesiones de simulación de habilidades comunicativas (v1)	8	13%	13%
Flexibilidad horaria (v2)	7	11,3%	24,3%
Comunicación conjunta medicina-enfermería (v3)	7	11,3%	35,6%
Comunicación conjunta enfermería-aux. enfermería (v4)	7	11,3%	46,9%
Espacios adecuados para informar (v5)	6	9,7%	56,6%
Sesiones de discusión de dificultades en la comunicación (v6)	6	9,7%	66,3%
Cursos formación en habilidades comunicativas (v7)	5	8,1%	74,4%
Implicación familiar en los cuidados (v8)	4	6,5%	80,9%
Registro informático de las visitas (v9)	4	6,5%	87,4%
Sesiones formación de trabajo en equipo (v10)	3	4,8%	92,2%
Protocolo de seguimiento al alta (v11)	2	3,2%	95,4%
Visitas diarias con equipo multidisciplinar (v12)	2	3,2%	98,6%
Protocolo comunicación al alta (v13)	1	1,4%	100%
Protocolo comunicación al ingreso	0	0%	
Protocolo de traslado de información en cambios de turno/guardia/vacaciones	0	0%	
	62	100%	

Tabla 2. Tabla de frecuencia acumulada del análisis de Pareto.

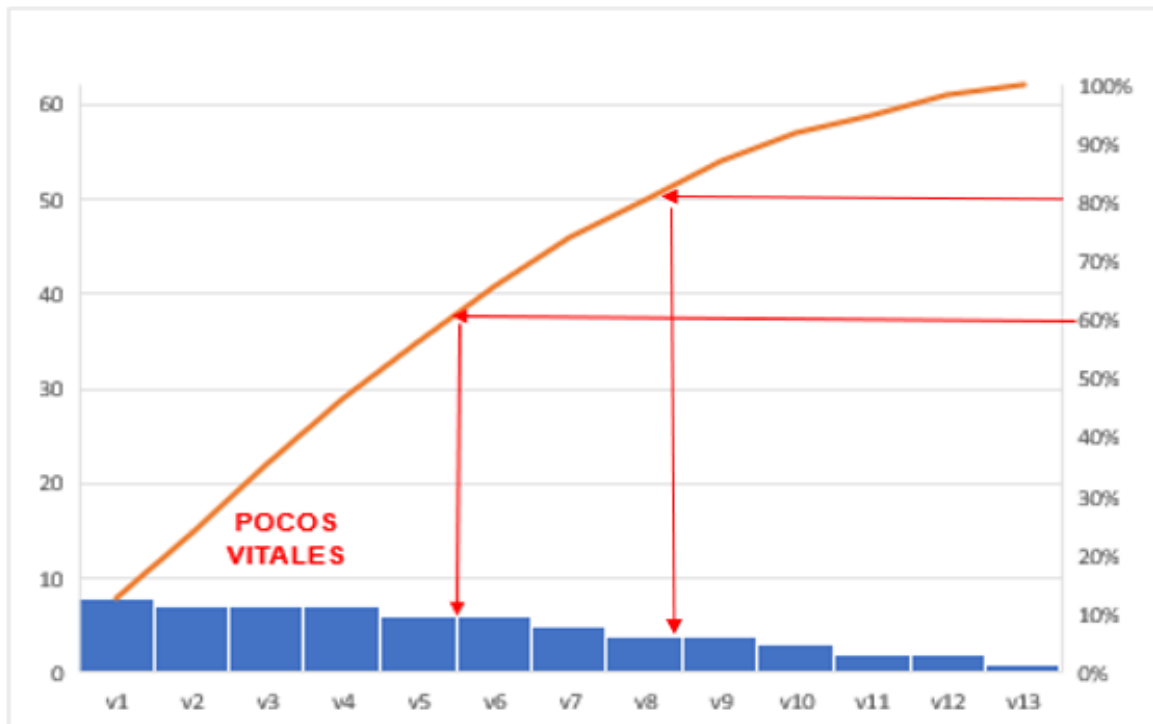


Gráfico 7. Diagrama de Pareto ajustado al 60% y al 80%.

- **ANÁLISIS CUALITATIVO DAFO:**

En cuanto a las **debilidades**, los profesionales otorgaron 29 puntos (22,5%; IC95%: 15,9-30,2) al síndrome de Burn-out. La falta de formación de los profesionales sanitarios en comunicación obtuvo 28 puntos (21,7%; IC95%: 15,3-29,4), y la falta de trabajo en equipo alcanzó los 25 puntos (19,4%; IC95%: 13,3-26,8).

Dentro de las **fortalezas**, la profesionalidad y la vocación de los profesionales sanitarios obtuvieron 28 puntos respectivamente (20,4%; IC95%: 14,3-27,8). Los profesionales sanitarios otorgaron 26 puntos (19%; IC95%: 13,1-26,2) a la ambición de los profesionales sanitarios por continuar formándose y a la utilización de la evidencia científica en la práctica clínica por parte de los profesionales sanitarios.

Hablando de las **amenazas**, el personal sanitario calificó con 28 puntos (20,5%; IC95%: 14,7-27,8) la saturación del sistema sanitario. La falta de seguridad clínica alcanzó una puntuación de 27 (20,1%; IC95%: 14-27,5), y la excesiva tecnificación de los cuidados de 25 (18,7%; IC95%: 12,8-25,9).

Por último, en cuanto a las **oportunidades**, reivindicar la humanización, mejorar la calidad asistencial y aumentar el desarrollo profesional del personal sanitario, obtuvieron una puntuación de 29 (19,2%; IC95%: 13,5-26).

El resto de resultados obtenidos se muestran en el gráfico 8.

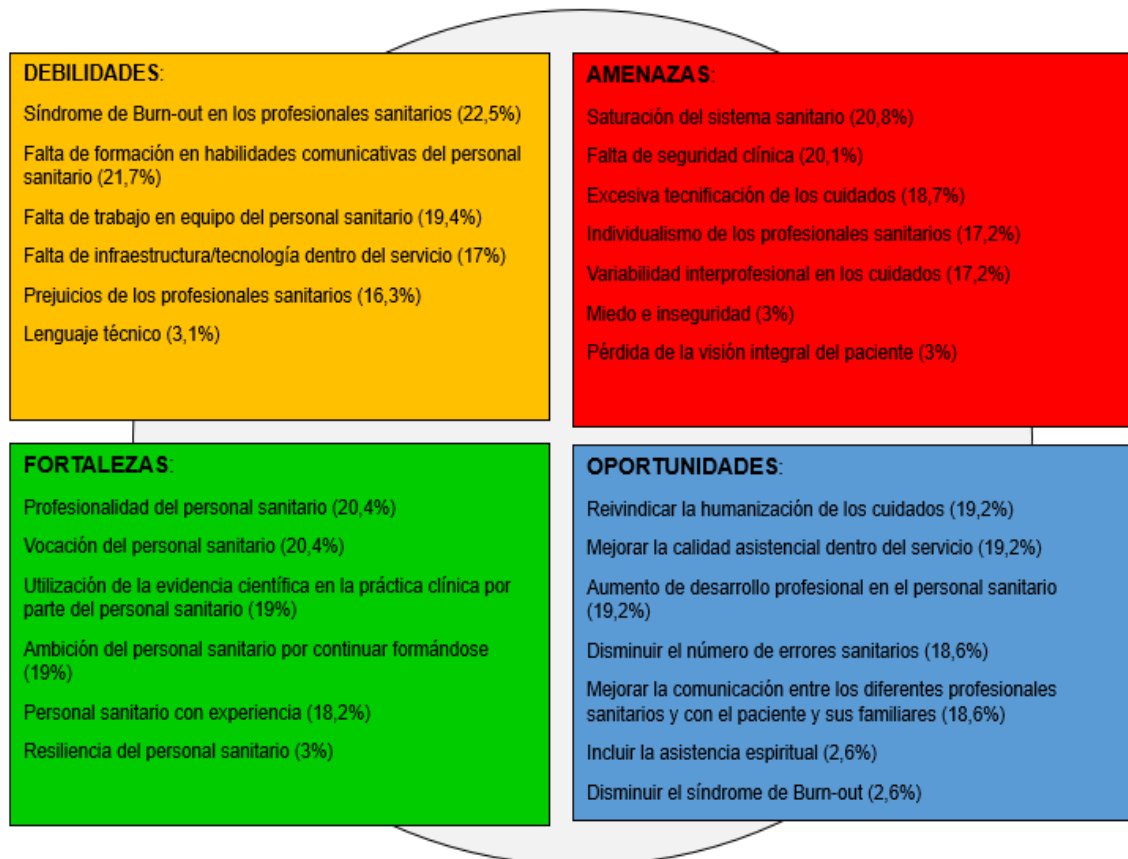


Gráfico 8. Matriz DAFO.

10. DISCUSIÓN:

Los resultados de este estudio evalúan el grado de implantación de la comunicación en la práctica clínica de la UCI del Hospital General Universitario de Castellón en relación al Plan de mejora de la humanización en las unidades de críticos de la Comunidad Valenciana. Tal estudio precisa de técnicas cualitativas para obtener conocimiento en los límites de las técnicas cuantitativas. En la medicina hay cuestiones valiosas pero difíciles de cuantificar, pero no por ello debemos renunciar al conocimiento, hay que ir más allá, y buscar herramientas adecuadas que aproximen la respuesta a la realidad sanitaria.

Cuantitativamente destaca que en la muestra de este estudio la mayoría del personal sanitario son mujeres (87,5%). Esto es debido a una importante feminización del sector sanitario como apunta el Plan de igualdad de género de la Comunidad Valenciana, donde se indica que más del 70% del personal sanitario son mujeres (39). Es llamativo que la categoría profesional más prevalente en este estudio ha sido la de auxiliar de enfermería (50%), hecho que puede deberse a que en la formación de los profesionales de enfermería y auxiliar de enfermería existe un auge de las habilidades comunicativas y puede ser reflejo de un especial interés en aplicar unos cuidados humanizados que identifiquen los problemas de salud y las necesidades reales de la persona y la familia (40,41). No se quiere decir con esto que otras categorías profesionales carezcan de interés al respecto, sino que esta dimensión comunicativa y próxima al paciente se relaciona más con la parte de cuidados de calidad que desarrolla el personal citado.

En cuanto a las variables para valorar la implantación del plan de comunicación de la Comunidad Valenciana, en primer lugar, con respecto a las variables de comunicación entre profesionales-paciente-familiares, parece no existir implicación de los familiares en los cuidados (50% de coincidencias), así como tampoco flexibilidad horaria para las visitas de estos (87,5% de coincidencias), ni espacios adecuados para transmitirles la información (75% de coincidencias). En este sentido, como indican otros estudios, la falta de una mayor implicación familiar en los cuidados a través de horarios más flexibles y espacios adecuados para comunicarse con ellos, puede deberse a la falta de infraestructura y medios dentro de la UCI, de lenguaje no adaptado a la hora de

transmitir la información, y a los prejuicios de los profesionales sanitarios (18,26,27,30,32,33). Algunos estudios postulan como posible solución a estos problemas el régimen abierto de visitas en la UCI, en el que se garantiza al menos un tiempo de visita superior a una hora al día, ampliando los periodos de visita y el número de personas en cada una de ellas, además de proporcionar espacios habilitados para la estancia de familiares (42,43).

Por otro lado, este estudio refleja que se desconoce si se realiza y se registra la visita diaria multidisciplinar (50% de coincidencias), y que cuando esta se lleva a cabo no hay una comunicación conjunta por parte de los diferentes equipos de profesionales al paciente y los familiares (87,5% de coincidencias). El hecho de que no se realicen visitas diarias multidisciplinarias con una comunicación conjunta por parte de profesionales de los diferentes equipos, se ha relacionado en otros estudios con la sobrecarga asistencial y el Síndrome de Burn-out que sufre el personal sanitario de las unidades de cuidados críticos. Este agotamiento crea situaciones de conflicto en el propio profesional y con sus compañeros, que impiden dedicar un tiempo suficiente y de calidad, y, por ende, una óptima comunicación, a la hora de atender a cada paciente y a sus familiares (18,21,22,23,24,25,30,32,33). Para lidiar con la sobrecarga asistencial y paliar el síndrome de Burn-out, un estudio propone formar al personal sanitario en la práctica de estrategias cognitivo-conductuales para aprender a manejar las fuentes de estrés y las consecuencias negativas que estas tienen, pero sobre todo se incide en fomentar el apoyo interprofesional entre el personal sanitario (25). Además, como ya indica el plan de humanización de la Comunidad Valenciana, para resolver estos problemas asistenciales es fundamental aumentar el número de profesionales sanitarios en las unidades de cuidados intensivos, así como facilitar los recursos necesarios para que se puedan llevar a cabo las medidas propuestas (18).

Respecto a la aplicación de protocolos en la comunicación interdisciplinar y con el paciente y los familiares, los profesionales sanitarios desconocen la existencia de estos protocolos (50% de coincidencias), o no saben si se aplican (50% de coincidencias). Tan sólo existe un protocolo de comunicación al ingreso (87,5% de coincidencias). Estos protocolos de comunicación tienen como finalidad garantizar que se cumplan los requisitos necesarios para una buena comunicación, respetando

las necesidades de los profesionales, pacientes, y familiares como personas, además de establecer un clima de trabajo en equipo, toma de decisiones compartidas, y confianza, como apuntan algunos autores (18). El desconocimiento y la falta de aplicación de los mismos puede atribuirse a una deficiente comunicación entre los diferentes profesionales del equipo sanitario (18). Otros factores relacionados con el déficit de transferencia organizada de información son de nuevo la alta carga asistencial y el síndrome de Burn-out, que suponen una dificultad para disponer de tiempo suficiente para aplicar los protocolos estandarizados de comunicación (18,21,22,23,24,25,30,32,33). Además, como se comentará más adelante, estos resultados probablemente estén influenciados por la reciente pandemia de Covid-19, donde no se consiguió a nivel local realizar una adecuada acogida a los profesionales noveles por las circunstancias de la pandemia, lo cual se ha traducido en una falta de formación en un momento importante, que ha afectado a la cultura de seguridad de la unidad. Como ya proponen los diferentes planes de humanización de las unidades de cuidados intensivos, para una correcta implementación de los protocolos de comunicación es necesario que dentro de la UCI se establezca la figura de un responsable de comunicación, el cual se encargue de hacer llegar a todos los miembros del equipo los objetivos a alcanzar, y a través de que herramientas alcanzarlos (18,30,32,33).

Por último, en cuanto a las variables con respecto a la formación del personal sanitario de la UCI en comunicación, parece no existir una formación activa de los profesionales de la unidad en habilidades comunicativas, ya que sólo un 50% refiere que se realicen sesiones de formación de trabajo en equipo, siendo el resto de objetivos desconocidos o no realizados. Como indican otros estudios, en la práctica asistencial diaria, debido al avance científico de las últimas décadas y la mayor sofisticación tecnológica de las unidades de cuidados intensivos, se resta importancia a la humanización (18,19, 20). Los planes de mejora de humanización de las unidades de cuidados intensivos proponen, a través de la figura del responsable en comunicación de la unidad de críticos, insistir en la organización de charlas y sesiones de discusión sobre la comunicación interdisciplinar y con el paciente y los familiares en el servicio, para acercar el ámbito de la comunicación a todos los profesionales, además de establecer

un calendario formativo con actividades y cursos centrados en la formación de habilidades comunicativas para el personal sanitario de la unidad, facilitando siempre su asistencia (18,30,32,33).

Dentro del incumplimiento generalizado de las medidas para mejorar la comunicación conforme al plan de mejora de la humanización de las unidades de cuidados intensivos de la Comunidad Valenciana, el análisis de Pareto realizado en este estudio ha permitido detectar los principales incumplimientos del plan, y, por lo tanto, responsables en gran medida de que la comunicación no sea óptima en este servicio. Las medidas más incumplidas han sido las sesiones de simulación de habilidades comunicativas, la flexibilidad horaria, la comunicación conjunta entre las diferentes categorías profesionales con el paciente y sus familiares, y los espacios adecuados para informar. El resto de variables incumplidas se consideran menos importantes al respecto. En cuanto a la falta de sesiones de simulación de habilidades comunicativas, que influyen directamente en que se realice una óptima comunicación interdisciplinar con el paciente y sus familiares, es fácil que este hecho se relacione con una falta de infraestructura y medios dentro de la unidad de cuidados intensivos, y de personal cualificado capaz de formar a otros, que permitan desarrollar este tipo de actividades (18). Sin embargo, una comunicación óptima con el paciente y sus familiares se relaciona con un mayor bienestar, superior adherencia al tratamiento, y mejor evolución de los pacientes (13,14,15,16), así como también tiene efectos positivos en los sanitarios, aumentando su propia satisfacción y evitando situaciones de desgaste o síndrome de Burnout (17). Hablando de la flexibilidad horaria y la falta de espacios adecuados para informar a los familiares, otros estudios indican que las UCIs se perciben como un lugar con regímenes de visitas muy limitados, y con protocolos muy restrictivos, demandando los familiares más tiempo y flexibilidad horaria en las visitas, además de facilidades a la hora de tratar con los profesionales sanitarios y obtener información (42,45), ya que, existe evidencia de que en UCIs con régimen abierto de visitas, se han apreciado desde mejoras en las cifras de constantes vitales y evolución de los pacientes, hasta una reducción del impacto emocional y estrés de los familiares, permitiendo su mayor inclusión en los cuidados (44).

Posteriormente, a través del análisis DAFO, con sus variables propuestas en base a la revisión bibliográfica realizada al inicio del trabajo, se ha identificado como principal debilidad dentro de la unidad a la hora de implementar el plan de mejora de la humanización el síndrome de Burnout. Un estudio realizado por parte de la SEMICYUC sobre el síndrome de Burnout en varias unidades de cuidados intensivos, muestra una prevalencia de este en el 14% de los profesionales, detectando niveles elevados de despersonalización, cansancio emocional, y baja autoestima en los profesionales sanitarios (24). Las variables relacionadas con el síndrome de desgaste profesional fueron la satisfacción profesional baja, la relación con compañeros regular, el reconocimiento laboral bajo, y un cansancio emocional elevado en el personal más experto (24). Otro estudio llega a postular que aproximadamente la mitad de los sanitarios que trabajan en una unidad de cuidados intensivos sufren síndrome de Burnout debido a la gran cantidad de factores estresantes en su entorno de trabajo (21). Las consecuencias de este agotamiento físico y mental en el personal sanitario van desde alteraciones psicosomáticas como la fatiga crónica o los trastornos del sueño, hasta el distanciamiento con enfermos y compañeros, los conflictos interpersonales en el ámbito de trabajo, la falta de concentración, el deterioro del rendimiento, las negligencias, y los sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, baja autoestima, y pobre realización personal (26). Otra debilidad detectada como importante ha sido la de la falta de formación del personal sanitario en habilidades comunicativas. Como indican otros autores esto puede deberse a que en la formación universitaria de los sanitarios no se atiende suficientemente a las habilidades comunicativas y el mayor peso lo tiene la adquisición de conocimientos teóricos y de competencias técnicas, impidiendo así una correcta formación de los sanitarios en habilidades relacionales (18,19,20).

Las principales amenazas señaladas por los profesionales han sido la saturación del sistema sanitario, y la falta de seguridad clínica. Las unidades de cuidados intensivos son servicios con una elevada carga asistencial, donde los profesionales están aún más expuestos que otros sanitarios a situaciones límite (21). No obstante, el plan de humanización surgió en el año 2017, y, dos años más tarde de que comenzara su implantación en esta unidad, apareció la pandemia por SARS-COV2, que puso al

límite a todos los servicios sanitarios, y sobre todo a las unidades de cuidados intensivos, debilitando la comunicación en base a la aplicación restricciones (28,29). Además, este hecho saturó el sistema sanitario y aumentó la carga asistencial. Por ello, puede que este acontecimiento sea el responsable de la sobrecarga asistencial y la falta de seguridad clínica, como también indican otros estudios en diferentes unidades de cuidados intensivos (28,29).

Como fortalezas, en este estudio los profesionales sanitarios han resaltado la profesionalidad y vocación de los sanitarios. Estos son unos de los valores que más se ponen en alza y se reconocen del personal sanitario por parte de la sociedad (46).

Como oportunidades, se han indicado la reivindicación de la humanización de los cuidados, la mejora de la calidad asistencial, y el aumento del desarrollo profesional del personal sanitario. De estos resultados se puede extrapolar que, a pesar de existir una situación desfavorable, los sanitarios tienen una gran capacidad de resiliencia y afán por dar su lugar a la calidad y seguridad asistencial, y, en consecuencia, a la humanización de los cuidados. En otros estudios se resalta la necesidad de no obviar la parte ética y humanista de la medicina para poder progresar en esta (46, 47).

A través del análisis de Pareto, que pone de manifiesto los principales incumplimientos sobre los que actuar, y el análisis DAFO, que identifica los principales factores internos y externos que imposibilitan la cumplimentación de las medidas del plan de mejora de la humanización de las unidades de cuidados intensivos de la Comunidad Valenciana con respecto a la comunicación, se puede establecer un punto de partida en esta unidad de cuidados intensivos para diseñar nuevas medidas que permitan implementar una buena comunicación. Estas medidas se pueden proponer en base a un plan de mejora de la calidad asistencial con metodología PDCA (anexo 6). Así pues, queda abierta una nueva línea de investigación para futuros trabajos en la que crear una serie de medidas orientadas a esta unidad de cuidados intensivos para implantar un plan de mejora de la comunicación, y, por ende, de humanización de los cuidados. Por lo tanto, es relevante destacar que este estudio puede haber mostrado un importante punto de mejora en cuanto al enfermo crítico, especialmente en cuestiones de calidad y seguridad asistencial.

Además, otra de los puntos positivos de este estudio ha sido la aplicación de metodología cualitativa en su realización, ya que esta permite explorar la experiencia real de la práctica clínica diaria tal y como es percibida por los profesionales sanitarios, y atender cuestiones que no se puede cuantificar como la humanización y la comunicación. Sin embargo, el estudio ha presentado algunas limitaciones como el pequeño tamaño muestral, que ha impedido obtener resultados significativos, aunque es cierto que este trabajo busca evaluar la implantación de las medidas del Plan de mejora de la humanización, y para ello se requería de personal seleccionado formado en humanización y comunicación y familiarizado con este plan. Sin embargo, para evaluar de forma global la comunicación dentro de la UCI del HGUCS se podría ampliar la muestra a un mayor número de profesionales sanitarios en estudios posteriores.

Finalmente, en base a lo anteriormente expuesto, se puede afirmar que este estudio ha permitido conocer el grado de implantación de las medidas relacionadas con la mejora de la comunicación en el paciente crítico en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General Universitario de Castellón conforme al plan de mejora de la humanización de la Comunidad Valenciana, respondiendo así al objetivo primario del estudio. Además, ha conseguido detectar cuáles son los principales incumplimientos que no permiten que el plan de humanización se establezca, y también ha permitido priorizar los motivos por los cuales los profesionales sanitarios de la unidad de cuidados críticos de este hospital consideran que no se cumplen dichas recomendaciones, completando así el segundo objetivo propuesto.

11. CONCLUSIONES:

- La implantación de las medidas de comunicación del plan de mejora de la humanización de las unidades de cuidados intensivos de la comunidad Valenciana en la UCI del Hospital General Universitario de Castellón es insuficiente.

- Los factores principales identificados a través del análisis de Pareto como responsables del incumplimiento del plan son, por orden, la falta de: sesiones de simulación de habilidades comunicativas, flexibilidad horaria, comunicación conjunta entre las diferentes categorías profesionales con el paciente y sus familiares, y espacios adecuados para informar.
- Los factores identificados con el análisis DAFO que impiden el cumplimiento de las medidas son el Síndrome de Burn-out, la falta de formación en habilidades comunicativas del personal sanitario, la saturación del sistema sanitario, así como la falta de seguridad clínica.

12. AGRADECIMIENTOS:

A mi tutor, el Dr. Lorente, por su apoyo y ayuda a la hora de realizar este trabajo, y por su incansable afán en formarme y dar su lugar a la humanización en la medicina. También agradecer al personal sanitario del grupo de humanización de la UCI del HGUCS por hacer posible este trabajo a través de su colaboración.

A mis padres y hermano, por su apoyo constante durante estos 6 años a pesar de la distancia. Todos mis logros son vuestros también.

A Adrián, por acompañarme en este camino de la vida.

13. BIBLIOGRAFÍA:

1. Roberts, R. G. (2007). Evaluación y mejora de la calidad asistencial: las personas no son coches. *Atención primaria*, 39(6), 279.
2. Periñán, M. D. M. V., & Díaz, I. M. R. (2003). La calidad asistencial: concepto y medida. *Dirección y organización*, (29).
3. Miguez, A. M., Muñoz, A. J., Llorente, B. P., García, E. D., & Pérez, M. R. (2007). Seguridad del paciente y calidad asistencial. *Revista clinica espanola*, 207(9), 456-457.
4. Rodríguez, A. M., & Borges, A. H. (2022, October). Quality of care and patient safety, key elements of health care. In *Anales de pediatria* (Vol. 97, No. 4, pp. 227-228).
5. Padilla, E. M., Medina, P. S., & Jaramillo, A. R. (2014). Influencia de la comunicación del profesional de la salud en la calidad de la atención a largo plazo. *Revista de Calidad Asistencial*, 29(3), 135-142.
6. Lee, S. E., Scott, L. D., Dahinten, V. S., Vincent, C., Lopez, K. D., & Park, C. G. (2019). Safety culture, patient safety, and quality of care outcomes: a literature review. *Western journal of nursing research*, 41(2), 279-304.
7. Deveugele, M. (2015). Communication training: Skills and beyond. *Patient education and counseling*, 98(10), 1287-1291.
8. Gómez, Fedor Simón José . (2016). La Comunicación. *Salus*, 20(3), 5-6.
9. Kacperck, L. (1997). Non-verbal communication: the importance of listening. *British Journal of Nursing*, 6(5), 275-279.

10. de Dios Lorente, J. A., & Jiménez Arias, M. E. (2009). La comunicación en salud desde las perspectivas ética, asistencial, docente y gerencial. *Medisan*, 13(1).
11. Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social science & medicine*, 51(7), 1087-1110.
12. Debra, L. R., Richard, M. F., Judith, A., & David, S. (2006). The Expression of Emotion Through Nonverbal Behavior in Medical Visits. Mechanisms and Outcomes. *Journal of general internal medicine*, 21(S1), S28-S34.
13. Buller, M. K., & Buller, D. B. (1987). Physicians' communication style and patient satisfaction. *Journal of health and social behavior*, 375-388.
14. Kiesler, D. J., & Auerbach, S. M. (2003). Integrating measurement of control and affiliation in studies of physician–patient interaction: the interpersonal circumplex. *Social Science & Medicine*, 57(9), 1707-1722.
15. Buhagiar, T. M., Schoenlein, M. H., & Smith, D. S. (2020). Ethical decision making in critical care: Communication, coordination of care, and the practice of the clinical nurse specialist. *Clinical Nurse Specialist*, 34(3), 93-95.
16. The, A. M., Hak, T., Koëter, G., & van der Wal, G. (2001). Collusion in doctor-patient communication about imminent death: an ethnographic study. *Western Journal of Medicine*, 174(4), 247.
17. Vaeza, N. N., Delgado, M. C. M., & La Calle, G. H. (2020). Humanizing intensive care: toward a human-centered care ICU model. *Critical Care Medicine*, 48(3), 385-390.
18. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Publica – Generalitat Valenciana (2017). Plan de mejora de la humanización de las unidades de atención a críticos.

19. Brown, S. M., Talmor, D., & Howell, M. D. (2018). Building communities of respect in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 44, 1339-1341.
20. Popa-Velea, O., & Purcărea, V. L. (2014). Issues of therapeutic communication relevant for improving quality of care. *Journal of medicine and life*, 7(Spec Iss 4), 39.
21. Bogue, T. L., & Bogue, R. L. (2020). Extinguish burnout in critical care nursing. *Critical Care Nursing Clinics*, 32(3), 451-463.
22. Friganović, A., Selič, P., & Ilić, B. (2019). Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: a literature review. *Psychiatria Danubina*, 31(suppl. 1), 21-31.
23. Cabrera, L. S., Medina, E. H., Robaina, P. E., Sánchez-Palacios, M., Sánchez, R. P., & Moreno, R. F. (2009). Síndrome de burnout entre el personal de enfermería y auxiliar de una unidad de cuidados intensivos y el de las plantas de hospitalización. *Enfermería clínica*, 19(1), 31-34.
24. Mera, M. F., Gaspar, R. V., García, I. Z., Sánchez, S. V., Melero, E. A., González, S. Á., & Martín, P. M. (2009). Síndrome de burnout en distintas Unidades de Cuidados Intensivos. *Enfermería intensiva*, 20(4), 131-140.
25. Marrau, M. C. (2004). El síndrome de Burnout y sus posibles consecuencias en el trabajador docente. *Fundamentos en humanidades*, (10), 53-68.
26. Fage-Butler, A. M., & Nisbeth Jensen, M. (2016). Medical terminology in online patient–patient communication: evidence of high health literacy?. *Health expectations*, 19(3), 643-653.
27. Cogburn, C. D. (2019). Culture, race, and health: implications for racial inequities and population health. *The Milbank Quarterly*, 97(3), 736-761.

28. Bambi, S., Iozzo, P., Rasero, L., & Lucchini, A. (2020). COVID-19 in critical care units: rethinking the humanization of nursing care. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 39(5), 239-241.
29. Chew, N. W., Lee, G. K., Tan, B. Y., Jing, M., Goh, Y., Ngiam, N. J., ... & Sharma, V. K. (2020). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 559-565.
30. Kohn, L. T. (2000). Committee on quality of health care in America. *To err is human: building a safer health system*.
31. Rodrigo, G. F. (2017). La humanización de (en) la Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam [Internet]*, 29-38.
32. Morejón, N. F. (2017). Plan de humanización de la asistencia sanitaria 2016-2019. Consejería de Sanidad-Comunidad de Madrid. In *Comunidades sostenibles: dilemas y retos desde el trabajo social* (pp. 1168-1176). Aranzadi Thomson Reuters.
33. Gálvez Herrer, M., Gómez García, J. M., Martín Delgado, M. C., & Ferrero Rodríguez, M. (2017). Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: Implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del Proyecto HU-CI. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 63(247), 103-119.
34. Mazzon, D., Mauri, A., & Rupolo, G. P. (2001). Aspetti critici della comunicazione in terapia intensiva. *Minerva anestesologica*, 67(11), 819-826.
35. Gisbert, F. J. G. (2010). A simple and Efficient (Parametric Conditional) Test for the Pareto Law. *Documentos de trabajo (Fundación BBVA)*, (1), 1.

36. Domínguez, P. M. C., Muro, M. M. R., González-Lama, J., Romero-Rodríguez, E., de Torres, L. Á. P., & Guillén, F. C. (2020). Análisis de la situación, evaluación y propuestas de mejora del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). *Atención Primaria*, 52, 161-172.
37. Solera-Gómez, S., Benedito-Monleón, A., LLinares-Insa, L. I., Sancho-Cantus, D., & Navarro-Illana, E. (2022, December). Educational Needs in Oncology Nursing: A Scoping Review. In *Healthcare* (Vol. 10, No. 12, p. 2494). MDPI.
38. Del Estado, J. Disposición 16673 del BOE núm. 294 de 2018 [Internet]. (2018).
39. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Publica – Generalitat Valenciana – Institut de les Dones (2022). Plan de igualdad de la Generalitat.
40. Rojas Dodino, Y., & Ariza Mendoza, E. A. (2019). Humanización del cuidado y su relación con la formación del técnico auxiliar de enfermería en la ciudad de Cúcuta-Norte de Santander.
41. Bustamante, L. E. Z. (2003). Cuidar de otros: condición humana y esencia de una profesión. *Investigación y educación en enfermería*, 21(2), 154-158.
42. Escudero, D., Vina, L., & Calleja, C. (2014). Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Medicina intensiva*, 38(6), 371-375.
43. Alonso-Rodríguez, A., Martínez-Villamea, S., Sánchez-Vallejo, A., Gallego-Lorenzo, J., & Fernández-Menéndez, M. (2021). Perspectivas de los profesionales de enfermería de cuidados intensivos sobre las visitas abiertas en una UCI. *Enfermería Intensiva*, 32(2), 62-72.
44. Aparicio Díaz, A. (2018). ¿Tiene impacto en los usuarios de las UCI de adultos el régimen de visitas abierto?.

45. Fabrellas, I. H., Pérez, Y. V., & Ribas, E. P. (2007). Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería intensiva*, 18(3), 106-114.
46. Camps, V. (2007). La excelencia en las profesiones sanitarias. *HUMANITAS. Humanidades médicas*, 21, 11-21.
47. Rojas, V. (2019). Humanización de los cuidados intensivos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(2), 120-125.
48. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y unidades coronarias (2017). *Indicadores de calidad del enfermo crítico*, 122-130.

14. ANEXOS:

- **Anexo 1: Objetivos del plan de mejora de la humanización de las UCIs en la Comunidad Valenciana con respecto a la comunicación**

OBJETIVO C.1- Mejorar la comunicación entre profesionales sanitarios, pacientes y familiares.				
ACTIVIDADES	INDICADOR	OBJETIVO	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
Elaboración de un protocolo de flexibilización de horarios de visita adaptados a cada UAC.	% de UCIs con protocolo de horario flexible	50% de UCIs al finalizar el año 2019	Revisar anualmente y evaluar nuevas acciones de mejora	Jefatura de Servicio. Supervisión enfermería. Responsable H+ .
Adecuación de espacios para la información a familiares con privacidad e intimidad.	% de UCIs con espacio adecuado	50% de UCIs al finalizar año 2019	Revisar anualmente. Remover obstáculos	Jefatura de Servicio. Gerencia. Responsable de H+
Comunicación a pacientes y familiares conjuntamente médico-enfermera y enfermera-auxiliar. Facilitar información a demanda de forma puntual.	% de UCIs que realizan información conjunta.	50% de UCIs al finalizar el año 2019	Revisar anualmente. Implementar acciones de mejora.	Jefatura de servicio. Supervisión de enfermería. Responsable H+
Implicación de las familias en los cuidados y recuperación de los pacientes	Entregar documento elaborado para las familias	Registrar el número de familias e incidencias por UCI	Revisar al año su funcionamiento	Supervisión de enfermería. Responsable de H+
Introducción de sistemas electrónicos facilitadores de la comunicación para pacientes incapacitados para el habla.	% de UCIs con sistemas alternativos de comunicación	50% con algún sistema en 2019	Revisar y aumentar cada año el %	Gerencia. Jefatura de Servicio. Responsable H+

OBJETIVO C.2.- Comunicación con pacientes y familiares al ingreso (protocolo de acogida) y al alta (protocolo de alta y seguimiento). Seguimiento de pacientes y familiares: Prevención del síndrome post-UCI.

ACTIVIDADES	INDICADOR	OBJETIVO	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
Protocolo específico de comunicación y acogida del paciente-familiar al ingreso: 1ª comunicación. Proporcionar información escrita.	% de UCIs con protocolo e información escrita a la familia	50% de UCIs al finalizar año 2019	Revisar anualmente	Jefatura de Servicio. Supervisión de enfermería. Responsable H+
Protocolo de comunicación del paciente-familiar, al alta de UCI. Proporcionar información escrita.	% de UCIs con protocolo e información escrita al paciente y familia	50% de UCIs al finalizar año 2019	Revisar anualmente	Jefatura de Servicio. Supervisión de enfermería. Responsable H+
Plan de seguimiento y orientaciones al paciente y familiar para evitar y/o tratar el síndrome post-UCI durante la estancia en el SMI. Intervención por equipo interdisciplinar(interno y externo a UCI).	Elaboración de documento con registro y recomendaciones a pacientes y familiares	50% de UCIs con plan contra el síndrome en funcionamiento año 2019	Revisión anual de las medidas y los obstáculos o deficiencias	Gerencia. Jefatura de servicio. Supervisión de enfermería. Responsable H+
Realización de un registro específico, incorporado a la historia clínica, que recoja la información suministrada y el estado emocional de pacientes y familiares.	% de Ucis que tienen/ cumplimentan el registro	50% de UCIs con registro al final de 2019	Revisar anualmente	Jefatura de servicio. Supervisión enfermería. Responsable H+
Reuniones de seguimiento del paciente y familiar al finalizar la estancia en UCI para evolución y tratamiento del síndrome post-UCI	Nº de seguimientos efectuados	Al menos se atiende al 50% al finalizar 2019	Revisar e incrementar anualmente el porcentaje	Gerencia. Jefatura de Servicio. Supervisión de enfermería Responsable H+

OBJETIVO C.3.- Formación del equipo interdisciplinar (medicina, enfermería, auxiliares) en habilidades de comunicación, comunicación de malas noticias, escucha activa y apoyo emocional (counselling), intervención en crisis y comunicación de trabajo en equipo.

ACTIVIDADES	INDICADOR	OBJETIVO	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
Realización de cursos de formación sobre habilidades de comunicación.	Plan de formación específico. Nº de acciones formativas efectuadas	50% de profesionales en UCI hace al menos una actividad formativa	Anual	Jefatura de Servicio. Supervisión de enfermería. Responsable H+
Realización de cursos de formación sobre comunicación de malas noticias e intervención en crisis.	Plan de formación específico. Nº de acciones formativas efectuadas	50% de profesionales hace al menos una actividad formativa	Anual	Jefatura de Servicio. Supervisión de enfermería. Responsable H+
Realización de cursos de formación en escucha activa, apoyo emocional y relación de ayuda.	Plan de formación específico. Nº acciones formativas efectuadas	50% de profesionales en UCI hace al menos una actividad formativa	Anual	Jefatura de servicio. Supervisión enfermería. Responsable de H+
Realización de sesiones de rol-play y simulación de entrevistas de comunicación del equipo interdisciplinar con paciente-familia	Plan de formación específico. Nº de acciones formativas efectuadas.	50% de profesionales hace al menos una acción	Anual	Jefatura de servicio. Supervisión de enfermería. Responsable de H+
Asistencia a cursos externos sobre esta problemática por el equipo interprofesional de UCI	Plan de formación externo	25% de profesionales asiste al menos una vez	Anual	Jefatura de Servicio. Supervisión de enfermería. Gerencia. Responsable H+

OBJETIVO C.4.- Comunicación entre los profesionales del equipo interdisciplinar de UCI. Comunicación con otros profesionales del hospital y/o fuera del hospital.

ACTIVIDADES	INDICADOR	OBJETIVO	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
Establecimiento de un protocolo de traslado de la información entre todas las personas del equipo en cambios de turno/guardias/vacaciones...	% de UCIs con protocolo.	Al menos 50% de profesionales efectúa anotaciones	Revisión anual. Incrementar %	Jefatura servicio. Supervisión enfermería. Responsable H+
Realización de visitas/rondas diarias del equipo interdisciplinar. Registro escrito de las mismas.	% de visitas/rondas que se hacen anualmente	50% primer año	Revisar anualmente para aumentar %	Jefatura de servicio. Supervisión Enfermería. Responsable H+
Realización de cursos de formación sobre técnicas de comunicación de trabajo en equipo.	Plan de formación específico.	50% de profesionales hace la formación	Anual	Jefatura de servicio. Supervisión enfermería. Responsable de H+
Realización de acciones de puesta en común de la información (encuentros, reuniones, discusiones tematizadas, sesiones de estudio de casos). Evaluación y análisis de las dificultades.	Registro de las sesiones de discusión y análisis de casos/problemas/asuntos.	Al menos con la asistencia del 75% del equipo interprofesional	Al menos 1 vez al trimestre	Jefatura servicio. Supervisión enfermería. Responsable H+
Realización de un protocolo de traspaso de la información con otros profesionales del hospital y/o con profesionales fuera del hospital.	% de UCIs con protocolo al efecto	50% de UCIs con protocolo al finalizar 2019	Revisión anual	Jefatura de servicio. Supervisión Enfermería. Responsable H+
Informatización de todas las comunicaciones, protocolos, historia clínica y registros de las Unidades y Servicios MI. Acceso a dispositivos informáticos por parte de los profesionales, trabajo en red.	Plan de informatización hospitalaria específico de UCI	50% de servicios con informatización y dispositivos informáticos en 2019.	Incremento anual del 10%	Gerencia. Director económico. Jefatura Servicio. Supervisión enfermería. Responsable H+.

Fuente: Plan de mejora de la humanización en las unidades de atención a críticos de la Comunidad Valenciana (18).

- **Anexo 2: Formulario 1**

CUESTIONARIO TFG: EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DE LA COMUNICACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Soy Ana Portero Cabriada, alumna de 6º de medicina de la UJI. Estoy realizando una investigación para mi trabajo de fin de grado, y para ello necesito que responda estas preguntas. Este cuestionario es anónimo, y cumplimentarlo le llevará aproximadamente unos 5 minutos. Muchas gracias por su participación.

- **¿Cuál es su sexo?:** mujer, hombre, otro, prefiere no especificar.
- **¿Cuántos años lleva en activo en su puesto de trabajo?**
- **¿Cuál es su categoría profesional?:** medicina, enfermería, auxiliar de enfermería, o celador.
- **¿Cree usted que existe flexibilidad horaria para las visitas en su UCI?:** Si, no, no sabe.
- **¿Considera que existen en su UCI espacios adecuados para informar a los familiares, respetando la intimidad del paciente?:** Si, no, no sabe. **¿Se hace uso de estos espacios?:** Si, no, no sabe.
- **¿Se lleva a cabo en su UCI una comunicación conjunta entre los servicios de enfermería y medicina al paciente y sus familiares?:** Si, no, no sabe.
- **¿Se lleva a cabo en su UCI una comunicación conjunta entre los servicios de enfermería y auxiliar de enfermería al paciente y sus familiares?:** Si, no, no sabe.
- **¿Considera que en su UCI se permite que los familiares se impliquen en los cuidados del paciente?:** Si, no, no sabe.
- **¿Existe en su UCI un protocolo específico de comunicación de información al paciente y sus familiares al ingreso?:** Si, no, no sabe. **¿Se aplica este protocolo?:** Si, no, no sabe.
- **¿Existe en su UCI un protocolo específico de comunicación de información al paciente y sus familiares al alta?:** Si, no, no sabe. **¿Se aplica este protocolo?:** Si, no, no sabe.
- **¿Existe en su UCI un protocolo específico de seguimiento del paciente y sus familiares al alta?:** Si, no, no sabe. **¿Se aplica este protocolo?:** Si, no, no sabe.
- **¿Se realizan o asisten a cursos de formación en habilidades comunicativas, comunicación de malas noticias, o apoyo emocional los trabajadores de su UCI?:** Si, no, no sabe.

- **¿Se realizan o asisten a sesiones de formación de trabajo en equipo los trabajadores de su UCI?:** Si, no, no sabe.
- **¿Se llevan a cabo dentro del servicio sesiones de simulación de habilidades comunicativas?:** Si, no, no sabe.
- **¿Se llevan a cabo dentro del servicio sesiones de discusión de dificultades en la comunicación entre profesionales?:** Si, no, no sabe. **¿Y con el paciente y sus familiares?:** Si, no, no sabe.
- **¿Existe en su UCI un protocolo de traslado de la información entre todos los miembros del equipo en cambios de turno/guardias/vacaciones?:** Si o no. **¿Se pone en práctica dicho protocolo?:** Si, no, no sabe.
- **¿Se llevan a cabo visitas diarias a los pacientes por parte de un equipo multidisciplinar?:** Si, no, no sabe.
- **¿Se realiza un registro e informatización de dichas visitas?:** Si, no, no sabe.

- **Anexo 3: Formulario 2**

CUESTIONARIO 2 TEG: EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DE LA COMUNICACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Soy Ana Portero Cabriada, alumna de 6º de medicina de la UJI. Como sabe, estoy realizando una investigación para mi trabajo de fin de grado, y para ello necesito que responda de nuevo a una serie de preguntas en relación con el anterior cuestionario. Este segundo cuestionario también es anónimo, y cumplimentarlo le llevará aproximadamente unos 5 minutos. Muchas gracias por su participación.

- Estas son algunas de las posibles **DEBILIDADES** que hemos detectado en su servicio, por las que consideramos que no existe una buena comunicación. Priorice del 1 al 4, siendo 1 no relevante, 2 poco relevante, 3 relevante, y 4 muy relevante, cómo considera usted que influyen los siguientes aspectos en la deficiente comunicación dentro de su servicio:
 - Falta de formación en habilidades comunicativas del personal sanitario: 1,2, 3, o 4.
 - Falta de trabajo en equipo del personal sanitario: 1,2,3, o 4.
 - Síndrome Burn-out en los profesionales sanitarios: 1,2,3, o 4.
 - Falta de infraestructura/tecnología dentro del servicio: 1,2,3, o 4.
 - Prejuicios de los profesionales sanitarios: 1,2,3, o 4.
 - **OTRAS** debilidades que usted considere: (escribir)
- Estas son algunas de las posibles **FORTALEZAS** que hemos detectado en su servicio, por las que consideramos es probable mejorar la comunicación. Priorice del 1 al 4, siendo 1 no relevante, 2 poco relevante, 3 relevante, y 4 muy relevante, cómo considera usted que influyen los siguientes aspectos en la mejora de la comunicación dentro de su servicio:
 - Profesionalidad del personal sanitario: 1,2, 3, o 4.
 - Vocación del personal sanitario: 1,2,3, o 4.
 - Ambición en los profesionales sanitarios por continuar formándose: 1,2,3, o 4.
 - Profesionales sanitarios con experiencia: 1,2,3, o 4.
 - Utilización de la evidencia científica en la práctica clínica por parte del personal sanitario: 1,2,3, o 4.
 - **OTRAS** fortalezas que usted considere: (escribir)
- Estas son algunas de las posibles **AMENAZAS** que hemos detectado fuera de su servicio, por las que consideramos que la comunicación en su servicio puede verse en peligro. Priorice del 1 al 4, siendo 1 no relevante, 2 poco relevante, 3 relevante, y 4 muy relevante, cómo considera usted que influyen los siguientes aspectos en la comunicación dentro de su servicio:
 - Excesiva tecnificación de los cuidados: 1,2, 3, o 4.
 - Variabilidad interprofesional en los cuidados: 1,2,3, o 4.
 - Individualismo de los profesionales sanitarios: 1,2,3, o 4.
 - Saturación del sistema sanitario: 1,2,3, o 4.
 - Resistencia al cambio por parte del personal sanitario: 1,2,3, o 4.
 - **OTRAS** fortalezas que usted considere: (escribir)

- Estas son algunas de las posibles **OPORTUNIDADES** que hemos detectado fuera de su servicio, por las que consideramos que merece la pena trabajar en la comunicación. Priorice del 1 al 4, siendo 1 no relevante, 2 poco relevante, 3 relevante, y 4 muy relevante, cómo considera usted de relevantes las siguientes oportunidades:
 - o Mejorar la asistencia sanitaria: 1,2, 3, o 4.
 - o Disminuir el número de errores sanitarios: 1,2,3, o 4.
 - o Reivindicar la humanización de los cuidados: 1,2,3, o 4.
 - o Mejorar la comunicación entre los diferentes profesionales y con el paciente y sus familiares: 1,2,3, o 4.
 - o Mejorar la calidad asistencial: 1,2,3, o 4.
 - o **OTRAS** oportunidades que usted considere: (escribir)

- **Anexo 4: Valoración preliminar positiva CEIm**



**INFORME COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS (CEIm)
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓ**

Doña Berta Claramonte Clausell, Secretaria del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Hospital General Universitario de Castelló,

CERTIFICA

Que el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) del HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓ en su reunión del día 29 de mayo de 2023, evaluará la propuesta realizada por D^a Ana Portero Cabriada, del Proyecto de Investigación (TFG): Evaluación de la implantación de un plan de mejora de la comunicación en una Unidad de Cuidados intensivos. Protocolo versión 1.1, 8 mayo 2023.

Investigador Principal: Dr. Pedro José Lorente García

Estudiante: D^a Ana Portero Cabriada

Servicio: Unidad de Cuidados Intensivos Hospital General Universitario de Castellón

El Comité tanto en su composición como en los PNT cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95) y con el Real Decreto 223/2004, y su composición actual es:

Presidente:	D. Mario Ferrer Vázquez
Vicepresidente:	D. Raimundo García Boyero
Secretaría Técnica:	D ^a Berta Claramonte Clausell
Vocales:	D ^a Amparo Andrés Prufionosa
	D. Manuel Batalla Sales
	D ^a Amparo Bernat Adell
	D. Hugo Daniel Caballero Arzapalo
	D ^a Amparo Casanova Monroig
	D. José Vicente Castelló Carrascosa
	D. Juan Vicente Esplugues Mota
	D. Raúl Ferrando Piqueres
	D. Jesús Lucas García
	D ^a María Lidón Mateu Campos
	D ^a Nayara Pérez Sánchez
	D ^a María Teresa Pitarch Saborit
	D ^a Rocío Ramos Aparici
	D ^a Anna Sánchez Llopis
	D. Carlos J. Soriano Navarro
	D. Juan Francisco Tosca Flores

Que en dicha reunión del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos se cumplirá el quórum preceptivo legalmente.

Que en el caso de que un miembro del CEIm sea investigador/colaborador del proyecto, éste se ausentará de la reunión durante la discusión del proyecto.

Avgda. Benicàssim, s/n 12004 Castelló - Tel. (+34) 964 725 000 - www.castello-san.gva.es



Lo que firmo en Castellón a,

Firmat per Berta Claramonte Clausell el
25/05/2023 08:23:14



Secretaria Técnica CEIm HGUCS

Avgda. Benicàssim, s/n 12004 Castelló - Tel. (+34) 964 725 000 - www.castello-san.gva.es

CEIm: B8MDU2Z: L96AD66 BDDC30G **URL de validació:** [https://www.tramita.gva.es/ov/verificadorfirma.do?caixa=B8MDU2Z:L96AD66 BDDC30G](https://www.tramita.gva.es/ov/verificadorfirma.do?caixa=B8MDU2Z:L96AD66BDDC30G)

- **Anexo 5: Compromiso de los colaboradores**

COMPROMISO DE LOS COLABORADORES:

Servicio: Unidad de Cuidados Intensivos

Hospital: General Universitario de Castellón

Proyecto: Evaluación de la implantación de un plan de mejora de la comunicación en una unidad de cuidados intensivos

Investigadora principal: Ana Portero Cabriada

Tutor: Pedro José Lorente García

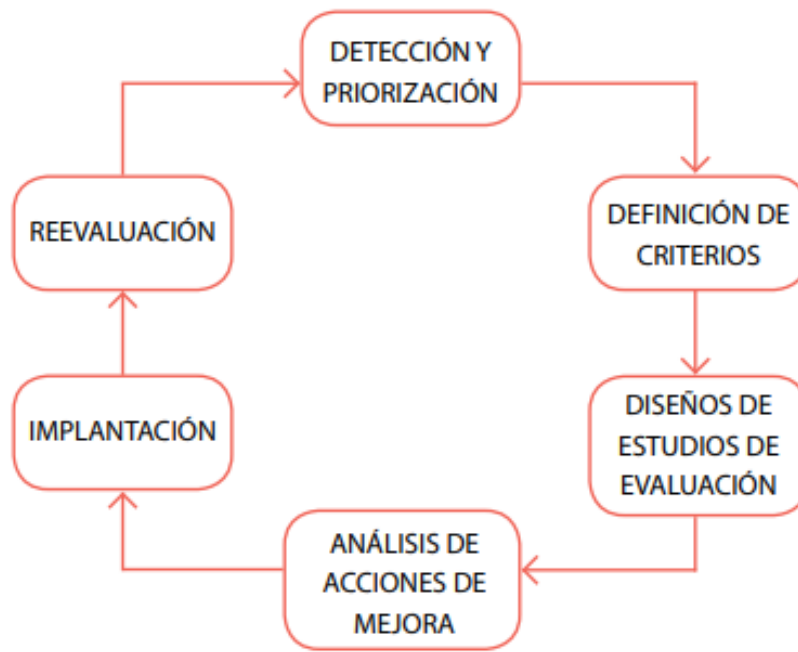
El abajo firmante hace constar:

Que acepta participar como colaborador en este proyecto.

Que da su consentimiento para que los datos que proporcione de forma anónima sean utilizados en este proyecto, respetando siempre su anonimato.

En Castellón a 26 de abril de 2023.

- Anexo 6: Ciclo PDCA



Fuente: Indicadores de calidad SEMYCIUC (48).