

DESAFÍOS QUE ENFRENTA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DURANTE LA IMPLEMENTACIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO EN SERVICIOS CRÍTICOS

CHALLENGES FACED BY NURSING STAFF DURING THE IMPLEMENTATION OF HUMANIZED CARE IN CRITICAL SERVICES

DESAFIOS ENFRENTADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA IMPLEMENTAÇÃO DO CUIDADO HUMANIZADO EM SERVIÇOS CRÍTICOS

Jimmy Geovanny Reyes-Pincay¹  Email: jgreyesp@pucesd.edu.ec

Josselyn Maribel Macias-García²  Email: jmmacias@pucesd.edu.ec

Jorge Leodan Cabrera-Olvera³  Email: jlcabrerao@pucesd.edu.ec

ISSN 0717-9553

CIENCIA Y ENFERMERIA (2025) 31:17

DOI

<https://doi.org/10.29393/CE31-17EDJJ30017>



Autor de correspondencia
Jimmy Geovanny Reyes-Pincay

Palabras clave

Cuidados críticos; Humanización de la atención; Percepción; Personal de enfermería; Estrés psicológico.

Key words

Critical care; Humanization of care; Perception; Nursing staff; Psychological stress.

Palavras-chave

Cuidados críticos; Humanização do atendimento; Percepção; Equipe de enfermagem; Estresse psicológico.

Fecha de recepción
06/04/2025

Fecha de aceptación
24/07/2025

Editora

Dra. Sara Mendoza-Parra 

RESUMEN

Objetivo: Analizar los desafíos que enfrenta el personal de enfermería durante la implementación del cuidado humanizado en servicios críticos. Material y Método: Estudio realizado el 2024,

con enfoque cualitativo, fenomenológico de tipo descriptivo, con una muestra de 14 profesionales de enfermería de unidades de cuidados intensivos adultos y pediátricos de hospitales del Ecuador, seleccionados mediante muestreo por conveniencia y saturación de la información, Se aplicó entrevista semiestructurada validada por prueba piloto, procesadas con el método de Colaizzi y criterios COREQ para garantizar la calidad del análisis.

Resultados: Se identificaron seis categorías: 1) Dificultades para la implementación del modelo de puertas abiertas en área críticas; 2) Influencia del modelo de puertas abiertas en las UCI; 3) Calidad de atención en los servicios de cuidados críticos bajo el modelo de puertas abiertas; 4) Modelo de puertas abiertas una necesidad para el bienestar emocional de las personas; 5) Estrategias para humanizar el cuidado en UCI; y 6) Desarrollo del modelo en UCI.

Conclusión: La implementación del modelo de puertas abiertas mejora el bienestar emocional de pacientes y familiares, pero enfrenta barreras estructurales y organizativas. La formación continua y el diseño de protocolos claros son esenciales para optimizar la atención.

¹Magíster en Gestión del Cuidado con Mención en Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Santo Domingo, Ecuador.

²Magíster en Gestión del Cuidado con Mención en Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Santo Domingo, Ecuador.

³Magíster en Gestión del Cuidado con Mención en Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Santo Domingo, Ecuador.

ABSTRACT

Objective: To analyze the challenges faced by nursing staff during the implementation of humanized care in critical services. Material and Method: A qualitative, descriptive, phenomenological study was conducted in 2024 with a sample of 14 nursing professionals from adult and pediatric intensive care units (ICU) in Ecuadorian hospitals. The sample was selected using convenience sampling until information saturation was reached. A semi-structured interview, validated by a pilot test, was administered and processed using the Colaizzi's method and the COREQ criteria to guarantee the quality of the analysis. Results: Six categories were identified: 1) Difficulties in implementing the open-door model in critical areas, 2) Influence of the open-door model in ICUs, 3) Quality of care in critical care services under the open-door model, 4) Necessity of the open-door model for emotional well-being, 5) Strategies to humanize care in ICUs, and 6) Development of the model in ICUs. Conclusion: Implementing the open-door model improves the emotional well-being of patients and families but faces structural and organizational barriers. Continuing education and clear protocol design are essential to optimizing care.

RESUMO

Objetivo: Analisar os desafios enfrentados pela equipe de enfermagem durante a implementação do cuidado humanizado em serviços críticos. Material e Método: Um estudo qualitativo, descritivo e fenomenológico foi realizado em 2024 com uma amostra de 14 profissionais de enfermagem de unidades de terapia intensiva (UTI) para adultos e crianças em hospitais equatorianos. A amostra foi selecionada por meio de amostragem por conveniência até atingir a saturação das informações. Para garantir a qualidade da análise, foi aplicada e processada uma entrevista semiestruturada, validada por um teste piloto, utilizando o método de Colaizzi e os critérios COREQ. Resultados: Foram identificadas seis categorias: 1) Dificuldades para a implantação do modelo de portas abertas em áreas críticas; 2) Influência do modelo de portas abertas nas UTIs; 3) Qualidade do atendimento nos serviços de cuidados críticos sob o modelo de portas abertas; 4) Necessidade do modelo para o bem-estar emocional; 5) Estratégias para humanizar o atendimento nas UTIs; e 6) Desenvolvimento do modelo nas UTIs. Conclusão: A implementação do modelo de porta aberta melhora o bem-estar emocional dos doentes e das famílias, mas enfrenta barreiras estruturais e organizacionais. A formação contínua e a elaboração de protocolos claros são essenciais para otimizar os cuidados.

INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) constituyen unas de las áreas críticas dentro de los hospitales, diseñadas para proporcionar atención especializada a pacientes graves y potencialmente críticos. En estas unidades se admiten pacientes con el objetivo principal de estabilizar su condición médica, preservar la función orgánica y minimizar las secuelas derivadas de su enfermedad o estado de salud⁽¹⁾. Al ser un área de atención especializada y compleja, la presencia de familiares es restringida, lo cual representa un obstáculo significativo para promover un entorno más humano y accesible.

En este contexto, con la aparición de la pandemia COVID-19, se impusieron severas restricciones en las salas de cuidados intensivos para mitigar la propagación del virus⁽²⁾. Estas medidas, aunque esenciales para la salud pública, tuvieron repercusiones relevantes en el ám-

bito emocional, tanto para los pacientes como para sus familiares. La limitación en las visitas no solo redujo el crucial apoyo emocional, sino que también afectó la participación de los familiares en el cuidado de sus seres queridos, un aspecto vital para el bienestar durante situaciones críticas de salud. Antes de la pandemia las unidades críticas habían adoptado directrices más flexibles, reemplazando horarios restringidos por otros de acceso más abierto, a pesar de los obstáculos que esto ocasionaba, promoviendo una política de entornos hospitalarios más compasivos y solidarios⁽³⁾.

La implementación de políticas de visitas abiertas en las áreas de cuidados críticos enfrenta un reto considerable, siendo esencial identificar y abordar las necesidades tanto potenciales como reales de pacientes, familiares y personal médico. Para integrar a la familia en estos cuidados, se deben ajustar aquellas condiciones clínicas específicas que le permitan

brindar un apoyo crucial para aquellos que están separados de su entorno habitual. La cercanía del cuidador o familiar no solo promueve la recuperación del paciente, sino también su reintegración exitosa en la sociedad⁽⁴⁾.

Según Jungestrang et al.⁽⁵⁾, restringir las horas de visita en la UCI aumenta el riesgo de malestar psicológico entre los familiares, siendo necesario la realización de más estudios que determinen el entendimiento del impacto de las políticas y tecnologías de visita, e identificar métodos óptimos que mejoren el bienestar de los familiares.

La necesidad de humanizar los cuidados intensivos es evidente en múltiples ámbitos, involucra tanto a los profesionales de la salud como a los pacientes, dada la constante presencia de relaciones interpersonales y es prioridad no solo en la atención intensiva, sino también en otras áreas de la salud. En el contexto hospitalario, en particular, se observan situaciones delicadas debido a la vulnerabilidad inherente y al sufrimiento que acompaña el proceso de enfermedad⁽⁶⁾.

Para Maloh et al.⁽⁷⁾, la implementación de políticas de visitas abiertas también genera tanto ventajas como desventajas que varían según el paciente, la familia o los trabajadores de las salas de cuidados intensivos, sobre todo cuando no se imponen restricciones en cuanto al tiempo o la duración de la visita. Hay fatiga física y mental en las familias, al mismo tiempo que un incremento del estrés físico de profesionales e interferencia en los cuidados de enfermería.

Por ello, Rojas⁽⁸⁾ menciona que las políticas restrictivas en la unidad de terapia intensiva, respecto al acceso de familiares, se fundamentan en percepciones médicas que temen complicaciones para el paciente, porque esta práctica podría prolongar la estadía hospitalaria y aumentar el estrés del paciente especialmente grave dada su condición médica crítica; subrayando la importancia de reconsiderar las políticas de humanizar el entorno.

Con todo, para abordar este desafío de las áreas críticas de puertas abiertas es primordial que el personal de salud se encuentre capacitado para integrar efectivamente a los acompañantes en el cuidado del paciente crítico. Esto implica que el personal debe recibir formación

integral en aspectos cognitivos, de actitudes y procedimientos, con el propósito de satisfacer las diversas necesidades emocionales tanto del paciente como de su entorno familiar⁽⁴⁾.

Según lo descrito, y teniendo presente que es de vital importancia explorar las experiencias y percepciones de los profesionales de enfermería que laboran en áreas críticas sobre la implementación de un modelo de puertas abiertas^(9, 10), el presente estudio tuvo como objetivo analizar los desafíos que enfrenta el personal de enfermería durante la implementación del cuidado humanizado en servicios críticos.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: Este estudio, realizado durante el segundo semestre del año 2024, adoptó una metodología cualitativa con un diseño fenomenológico de alcance descriptivo que incorporó los Criterios Consolidados para la Elaboración de Informes de Investigación Cualitativa (COREQ), para consolidar aspectos claves sobre la metodología, la recolección de la información y la credibilidad del análisis⁽¹¹⁾.

Participantes: El estudio estuvo conformado por 14 profesionales de enfermería procedente de unidades de cuidados intensivos de adultos y pediátricas de hospitales públicos del Ecuador. La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia y saturación de la información⁽¹²⁾.

Recolección de datos: Se aplicó la técnica de entrevista semiestructurada, un método flexible que permite obtener respuestas abiertas y facilita un análisis detallado de la información⁽¹³⁾. La guía de entrevista fue elaborada siguiendo las pautas de Useche et al.⁽¹⁴⁾ garantizando su alineación con el objetivo del estudio, una vez validado a través de una prueba piloto. Las entrevistas fueron realizadas presencialmente en la cafetería de la institución sanitaria, así como encuentros virtuales a través de la plataforma Zoom, que fueron grabadas con un promedio de una duración de 20 minutos⁽¹⁵⁾.

Los entrevistados, además de proporcionar información sociodemográfica en relación al sexo, edad, nivel de formación y área de trabajo

respondieron a preguntas norteadoras: ¿Cuáles son los desafíos que el personal de enfermería enfrenta en la implementación del cuidado humanizado en servicios críticos?, ¿Qué factores son percibidos por las enfermeras que dificultan el implementar el modelo de puertas abiertas en unidades de cuidados intensivos?, ¿Cuál es el impacto de las políticas de visita de puertas abiertas en los familiares, pacientes y el equipo de enfermería?, ¿Cómo influye en la calidad de atención la implementación de políticas de puertas abiertas en la terapia intensiva en el estado de salud y bienestar emocional de las personas?, ¿Qué estrategia y recomendaciones percibe el personal de enfermería que se deben desarrollar para garantizar el cuidado humanizado?

Las entrevistas fueron realizadas por dos Licenciados en Enfermería (1 hombre y 1 mujer), estos bajo la monitorización y supervisión de 1 Magíster en Gestión del Cuidado (hombre) respaldado por su gran compromiso con la ciencia y el enfoque humanístico, centrado en el acto de cuidar a pacientes vulnerables hospitalizados en servicios de cuidados críticos.

Análisis de la información: Las entrevistas fueron transcritas utilizando el programa Microsoft Word 2016; se realizó una codificación abierta posterior, teniendo en cuenta el método de Colaizzi⁽¹⁶⁾, que mediante una lectura crítica reflexiva permite examinar sus nexos, que a través de un proceso de convergencia y divergencia de las narrativas, utilizando un lenguaje EMIC y ETIC⁽¹⁷⁾. Esto permitió establecer códigos colorimétricos para su codificación, a los que se les dio un significado para su agrupación según su relación con los objetivos planteados, así como la semejanzas y diferencias encontradas. Posteriormente fueron comparados entre los

investigadores para verificar, validar y evitar discrepancia, permitiendo la codificación de categorías y subcategorías⁽¹⁸⁾. Cada entrevistado fue identificado con la E (Enfermera/o) y un valor numérico que correspondía al número de participante.

Criterios de rigor y calidad: La investigación incorporó la credibilidad, esto mediante la implementación de técnicas como la triangulación de datos en relación con las entrevistas a profundidad, la revisión por los investigadores de forma independiente y la devolución de resultados preliminares a algunos participantes con el fin de comprobar la coherencia entre lo expresado, lo transcripto e interpretado por los investigadores.

Aspectos éticos: El estudio estuvo enmarcado en criterios éticos como la autonomía y aceptación a través del consentimiento informado, previo a la explicación de la finalidad de la investigación⁽¹⁹⁾. Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética en Santo Domingo, Ecuador; el 10 de junio de 2024 con el código DIVI-PUCESD-202402.

RESULTADOS

Características sociodemográficas de los profesionales de salud: La mayoría (11) eran de sexo femenino, con edades entre 26 y 47 años, que trabajaban en las UCI adultos (7) y pediátricas (7), 10 con formación de tercer nivel (licenciatura) y 4 de cuarto nivel (maestría) (Tabla 1).

Categorías y subcategorías: Se obtuvieron 6 categorías: 2 unidades temáticas declaradas como categorías que agrupan las convergencias de los códigos o emergentes y 5 categorías directas procedentes de las narrativas (Tabla 2).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud de los hospitales públicos, Ecuador, 2024 (n= 14).

Participantes	Sexo	Edad (años)	Nivel de formación	Área de trabajo
E1	F	29	CUARTO NIVEL	UCIA
E2	F	32	TERCER NIVEL	UCIA
E3	F	28	TERCER NIVEL	UCIP
E4	F	34	TERCER NIVEL	UCIP
E5	F	29	CUARTO NIVEL	UCIP
E6	F	40	TERCER NIVEL	UCIA
E7	F	47	TERCER NIVEL	UCIP
E8	M	28	CUARTO NIVEL	UCIP
E9	F	26	TERCER NIVEL	UCIA
E10	M	31	TERCER NIVEL	UCIA
E11	F	32	TERCER NIVEL	UCIP
E12	F	32	CUARTO NIVEL	UCIP
E13	M	38	TERCER NIVEL	UCIA
E14	F	30	TERCER NIVEL	UCIA

UCIA: Unidad de Cuidados Intensivos Adulto / UCIP: Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Tabla 2. Matriz de codificación de categorías y subcategorías, Ecuador, 2024 (n=14).

Categoría	Subcategoría
1. Dificultades para la implementación del modelo de puertas abiertas en área de cuidados intensivos.	
2. Influencia del modelo de puertas abiertas en las unidades de cuidados intensivos.	<ol style="list-style-type: none"> Impacto de las políticas de visita de familiares bajo el marco de puertas abiertas. Transcendencia del modelo de puertas abiertas en los pacientes. Implicaciones de las políticas de puertas abiertas en los profesionales de enfermería.
3. Calidad de atención en los servicios de cuidados críticos bajo el modelo de puertas abiertas.	
4. Modelo de puertas abiertas una necesidad para el bienestar emocional de las personas.	
5. Estrategias y recomendaciones para un cuidado humanizado en unidades de atención crítica.	
6. Desarrollo del modelo de puertas abiertas en los servicios de cuidados críticos.	<ol style="list-style-type: none"> Aspectos positivos que sobresalen en la implementación del modelo de puertas abiertas en áreas críticas. Aspectos negativos que sobresalen en la implementación del modelo de puertas abiertas en áreas críticas.

Categoría 1: Dificultades para la implementación del modelo de puertas abiertas en área de cuidados intensivos: Esta categoría destaca las principales dificultades y retos para implementar el modelo de puertas abiertas en las UCI, enfocándose en barreras relacionadas con la infraestructura, los recursos humanos y materiales, y aspectos educativos. Las áreas de cuidados críticos suelen presentar limitaciones espaciales que dificultan el flujo adecuado de personas y el control de acceso, junto con preocupaciones sobre la privacidad del paciente y la prevención de infecciones. Además, la carencia de personal especializado y la falta de programas de capacitación continua, dirigidos a familiares o acompañantes, representan desafíos importantes para la viabilidad de este modelo. Estas problemáticas reflejan la necesidad de realizar ajustes estructurales, organizativos y culturales en los servicios de salud:

"Dentro de lo que es la unidad de cuidados intensivos, existen muchos factores, entre estos, el espacio limitado, a veces por ser unas áreas donde seguramente existe un estricto control de ingresos y salida tanto de usuarios como de familiares" E1.

"La falta de recursos, la preocupación por la privacidad del paciente, el control de infecciones, también la infraestructura de la unidad, la falta de personal suficiente" E3.

"Falta de personal suficiente para implementar programa de capacitación continuo para los familiares o acompañantes" E6.

Categoría 2: Influencia del modelo de puertas abiertas en las unidades de cuidados intensivos: Esta analiza los efectos diferenciados que el modelo de puertas abiertas en las UCI genera en familiares, pacientes y personal de enfermería. Para los familiares, su participación en estas áreas puede tener un efecto emocional favorable, fortaleciendo la conexión con el paciente en momentos de alta vulnerabilidad. En cuanto a los pacientes, la proximidad de sus seres queridos suele relacionarse con una evolución clínica más positiva, gracias al apoyo emocional que reciben durante su recuperación. No obstante, para el personal de enfermería, este modelo supone un reto al incrementar su carga laboral, ya que

implica una mayor atención y supervisión tanto hacia los pacientes como a sus familiares. Estos aspectos reflejan el impacto multifacético de este enfoque:

(Familiar) *"Pueden impactar en cierto factor en la manera emocional" E1.*

(Pacientes) *"La evolución puede verse en mejoría por la presencia de sus seres queridos" E5.*

(Personal de Enfermería) *"Se puede aumentar lo que es la carga de trabajo" E4.*

Subcategoría 2.1: Impacto de las políticas de visita de familiares bajo el marco de puertas abiertas: Esta examina los efectos del modelo de puertas abiertas en las UCI, centrándose en el impacto sobre los familiares, las cuales permiten estar más cerca de los pacientes, favoreciendo su bienestar emocional y reduciendo el estrés y la ansiedad, tanto en los pacientes como en los visitantes. La presencia constante de los seres queridos crea un ambiente de apoyo, lo que puede acelerar la recuperación. Sin embargo, la visión de los pacientes conectados a dispositivos médicos invasivos puede generar angustia y ansiedad en los familiares, especialmente si la situación es grave. Aunque estas políticas promueven la conexión emocional, también pueden ser emocionalmente desafiantes para los visitantes debido a la intensidad de la experiencia clínica. Estos aspectos evidencian las múltiples dimensiones del impacto de este modelo:

"Los familiares pueden sentirse más tranquilos y conectados con el paciente" E3.

"Puede disminuir la ansiedad y el estrés" E5.

"Observar a sus seres queridos conectados a dispositivos médicos invasivos puede ser impactante y generar ansiedad" E6.

Subcategoría 2.2: Transcendencia del modelo de puertas abiertas en los pacientes: Esta subcategoría describe la importancia del modelo de puertas abiertas en los pacientes de las UCI, subrayando sus beneficios en el bienestar emocional y la recuperación. La presencia de familiares crea un entorno emocional más positivo, aliviando la ansiedad y el estrés, lo que favorece una recuperación más rápida y estable. Este acompañamiento refuerza el vínculo emocional entre los pacientes y sus seres queridos, brindándoles un apoyo crucial en

momentos difíciles y mejorando su capacidad para afrontar la situación. Además, genera un clima de confianza y calma que contribuye a la estabilidad psicológica de los pacientes. Estos efectos positivos destacan el modelo de puertas abiertas como una herramienta esencial para optimizar la experiencia de los pacientes durante su proceso de recuperación en cuidados intensivos:

"La recuperación de los pacientes es más rápida ejemplo de esto paciente que han estado bajo sedoanalgesia disminuye la probabilidad de delirium, ante la presencia de su familiar" E6.

"El impacto en los pacientes puede ser positivo en términos emocionales si las visitas se manejan adecuadamente, ya que la presencia de la familia puede proporcionarles un sentido de apoyo y tranquilidad" E12.

"Puede tener un efecto tranquilizador y mejorar su bienestar emocional" E14.

Subcategoría 2.3: Implicaciones de las políticas de puertas abiertas en los profesionales de enfermería: Esta resalta los desafíos que enfrentan los profesionales de enfermería con el modelo de puertas abiertas en las UCI. La presencia constante de familiares puede generar una carga adicional, ya que deben gestionar tanto el cuidado del paciente como las necesidades emocionales y educativas de los familiares, afectando su concentración. Además, la mayor necesidad de supervisión y comunicación con los familiares interrumpe el flujo de trabajo habitual, lo que requiere una organización más eficiente. A pesar de estos retos, el modelo fomenta una mayor interacción entre profesionales y familiares, lo que beneficia la recuperación del paciente y apoya tanto a enfermeros como a pacientes a largo plazo:

"Podrían enfrentarse distracciones y pues también podría haber una carga adicional de trabajo afectando la concentración en cuidado del paciente" E3.

"Mejorar la comunicación con los familiares del paciente y otros podrían sentir que interfiere en su trabajo y aumenta su carga laboral, emocional y profesional" E5.

"Los familiares no entienden la gravedad de la situación y pueden generar distracción o incluso tensiones" E10.

Categoría 3: Calidad de atención en los servicios de cuidados críticos bajo el modelo de puertas abiertas: Esta abarca la calidad de atención en las unidades de cuidados críticos bajo el modelo de puertas abiertas; se ve afectada por la interacción entre el personal de salud, los pacientes y sus familiares. Este modelo favorece una comunicación más fluida y crea un ambiente más acogedor, lo que mejora la experiencia de los pacientes al sentirse acompañados. También promueve la colaboración en la atención, permitiendo que los familiares participen activamente en el cuidado del paciente. Sin embargo, puede generar desafíos, como un aumento en la carga de trabajo del personal de enfermería, que debe atender tanto a pacientes como a familiares. Para maximizar los beneficios de este modelo y minimizar los inconvenientes, es fundamental una implementación adecuada que equilibre la atención clínica y el apoyo emocional a las familias:

"La implementación de las políticas de puertas abiertas en las unidades de cuidados intensivos, pues, influye muchísimo de manera significativa en la calidad de atención" E1.

"El modelo de las puertas abiertas puede mejorar la calidad de la atención si se implementa correctamente, ya que esto permite un seguimiento de calidez y comunicación entre los profesionales de salud, los pacientes y en este caso ya con las familiares" E4.

"Participar en algunos cuidados como el aseo personal, administración de comida, la estimulación de ejercicios o fisioterapia, siempre bajo supervisión de enfermería" E9.

"Desde el punto de vista del equipo médico, podría generar frustración o agotamiento emocional" E13.

Categoría 4: Modelo de puertas abiertas, una necesidad para el bienestar emocional de las personas: El modelo de puertas abiertas en las unidades de cuidados críticos impacta de manera significativa el bienestar emocional de pacientes y familiares. La presencia constante de los seres queridos crea un ambiente de apoyo emocional, lo cual reduce la ansiedad y el estrés de los pacientes, favoreciendo su estabilidad emocional. A su vez, esta cercanía fortalece la capacidad emocional de los

familiares, proporcionándoles consuelo y tranquilidad al saber que pueden estar cerca de sus seres queridos en momentos difíciles. El apoyo emocional de la familia también juega un papel crucial en la recuperación del paciente, ya que este vínculo puede acelerar su proceso de sanación:

"Influye en la capacidad emocional del paciente como del familiar" E2.

"Impacto positivo en el bienestar emocional de los pacientes, pues su familia puede estar cerca, lo que les brinda confort" E10.

"Las políticas de puertas abiertas pueden ser muy positivas para los pacientes, ya que contar con el apoyo emocional de sus seres queridos puede contribuir a su bienestar y acelerar su recuperación" E12.

Categoría 5: Estrategias y recomendaciones para un cuidado humanizado en unidades de atención crítica: Esta aborda las estrategias y recomendaciones empleadas para garantizar un cuidado humanizado en las unidades de atención crítica. Es esencial establecer normas claras para las visitas, especialmente en cuanto a los horarios, asegurando que las puertas permanezcan abiertas dentro de un marco organizado que facilite la presencia de los familiares junto a los pacientes. Además, mantener una comunicación precisa y transparente sobre el estado del paciente y los procedimientos médicos es clave para reducir la ansiedad de los familiares. Asimismo, proporcionar apoyo psicológico a los familiares es crucial para ayudarlos a gestionar emocionalmente la situación y afrontar el estrés y la incertidumbre inherentes al entorno de cuidados intensivos:

"Fomentar la educación, brindar capacitaciones al personal de salud, también que las visitas sean flexibles en la parte del personal de salud y también que existan espacios de apoyo emocional para familiares donde igual ambos puedan interactuar" E5.

"Establecer normas claras para las visitas, los horarios en estos debemos de mantener nuestras puertas abiertas que deben de ser claras y bien definidas" E7.

"Comunicar de una forma clara y precisa todo lo que puede ocurrir o el proceder que se puede dar para el paciente" E8.

Categoría 6: Desarrollo del modelo de puertas abiertas en los servicios de cuidados críticos: La categoría se enfoca en el desarrollo del modelo de puertas abiertas en los servicios de cuidados críticos, teniendo en cuenta diversos aspectos clave para su implementación exitosa. Es esencial evaluar las condiciones específicas de cada unidad, como la capacidad del personal, la disponibilidad de espacio y los protocolos de seguridad, con el fin de garantizar el buen funcionamiento del modelo. Además, la realización de reformas en la infraestructura y ajustes en el personal, incluyendo el aumento de enfermeros y la incorporación de psicólogos, resulta fundamental para crear un entorno que favorezca el bienestar tanto de los pacientes como de sus familiares:

"Evaluar las condiciones específicas de cada unidad, como la capacidad del personal para atender a los pacientes, el espacio disponible y los protocolos de seguridad" E5.

"Está realizando algunas reformas de infraestructura y ajustes de personal como más enfermos y personal de psicología" E6.

Subcategoría 6.4: Aspectos positivos que sobresalen en la implementación del modelo de puertas abiertas en áreas críticas: Esta subcategoría resalta los beneficios de implementar el modelo de puertas abiertas en las áreas críticas, subrayando su potencial para mejorar la experiencia de los pacientes y sus familias. Es esencial adoptar medidas apropiadas que aseguren que la seguridad y el bienestar de los pacientes no se vean comprometidos. Este modelo permite que los familiares participen en determinados procedimientos y cuidados, lo que puede ser un apoyo significativo para su bienestar emocional. Sin embargo, es fundamental llevar a cabo una evaluación continua de su efectividad, garantizando que no se vea afectada la calidad de la atención. La implementación debe estar respaldada por protocolos claros que eviten que los beneficios emocionales se vean eclipsados por inconvenientes logísticos o la sobrecarga del personal de salud:

"Ofrecer la oportunidad a los familiares de tener la posibilidad de que participe en determinados procedimientos y cuidados al paciente" E9.

"Sería importante realizar una evaluación cons-

tante de su efectividad para asegurar que no afecte negativamente la calidad de la atención" E11.

"Debería hacerse bajo protocolos muy claros para que los beneficios emocionales no se vean opacados por problemas logísticos o de sobrecarga del equipo de salud" E12.

"Cuando se implementen medidas adecuadas para garantizar que no afecte la seguridad y el bienestar de los pacientes" E14.

Subcategoría 6.5: Aspectos negativos que sobresalen en la implementación del modelo de puertas abiertas en áreas críticas: Esta destaca los desafíos asociados con la implementación del modelo de puertas abiertas en áreas críticas, con un énfasis particular en la falta de recursos y espacio adecuado. La escasez de insumos y personal representa un obstáculo significativo, ya que puede dificultar la puesta en marcha efectiva de este modelo, lo que genera presión adicional sobre el equipo de salud. Asimismo, la limitación del espacio físico se convierte en un reto, ya que muchas unidades no están preparadas para acomodar a los familiares de manera continua sin que esto afecte la calidad del cuidado brindado a los pacientes. Estos factores deben ser evaluados cuidadosamente para evitar que la implementación del modelo comprometa la atención y el bienestar de los pacientes:

"No se cuenta con muchos insumos, tener el espacio y los insumos para poder brindar este tipo de áreas" E4.

"Analizarse ciertos aspectos como insumos, personal, espacio físico también, entonces se daría su tiempito" E7.

DISCUSIÓN

La implementación de visitas abiertas en las UCI enfrenta diversos desafíos. El estudio identificó barreras culturales y operativas, como la resistencia del personal y la necesidad de políticas claras y capacitación⁽²⁰⁾. Del mismo modo, destacaron la importancia de la atención centrada en la familia, señalando beneficios emocionales para pacientes y familiares, pero también limitaciones debido a recursos y per-

sonal insuficientes⁽²¹⁾.

Por otro lado, la investigación visualizó que la adopción del modelo de puertas abiertas en las unidades de cuidados intensivos ha sido un paso importante hacia una atención más humanizada. Martínez⁽²²⁾ señala que este modelo mejora la satisfacción de pacientes y familias, al facilitar una comunicación más cercana con el personal sanitario. Sin embargo, otros autores que analizaron las percepciones del personal de enfermería evidencian preocupaciones como la sobrecarga laboral y el estrés, recomendando estrategias como protocolos específicos y comunicación efectiva⁽²³⁾. Por su parte, los resultados destacan la importancia de capacitar al personal para abordar los retos operativos y emocionales⁽²⁴⁾. Todos estos estudios enfatizan la necesidad de protocolos claros que maximicen los beneficios y garanticen la seguridad en las UCI.

A su vez, las políticas de UCI abiertas, como lo mencionan Martínez⁽²²⁾ y Alonso et al.⁽²³⁾, ofrecen tanto beneficios como desafíos para los profesionales de enfermería. Estas políticas fomentan una mayor participación de las familias, lo que mejora el bienestar emocional de los pacientes y favorece una comunicación más fluida. Sin embargo, también presentan riesgos, como las distracciones que pueden afectar al personal y la posible vulneración de la privacidad de otros pacientes. Además, estos estudios señalan que la constante presencia de familiares puede dificultar el control de infecciones y generar una carga emocional para las enfermeras, lo que aumenta el estrés. Coincidieron en que es esencial establecer protocolos claros y brindar formación al personal para maximizar los beneficios de las visitas abiertas sin comprometer la calidad de la atención⁽²⁵⁾.

Este modelo humaniza las UCI al involucrar a pacientes y familiares en el cuidado, flexibilizando visitas y decisiones de tratamiento, y destaca la formación en empatía y comunicación para atender tanto las necesidades físicas como emocionales de los pacientes⁽²⁶⁾. Por ello, la integración de prácticas como el apoyo emocional y el respeto por la dignidad del paciente es fundamental para su bienestar en situaciones críticas⁽²⁷⁾.

En este sentido, el estudio recalca que el cuidado humanizado en las UCI es crucial para mejorar la experiencia tanto de pacientes como de sus familias. Los enfermeros juegan un papel clave en la implementación de estrategias humanizadas, promoviendo la comunicación, la empatía y la participación de las familias en el proceso de atención. Este enfoque no solo reduce la ansiedad, sino que también incrementa la satisfacción de los pacientes y sus allegados⁽²⁸⁾. Por ello la importancia de la integración profesional y mejorar los espacios de trabajo, pues la infraestructura y la tecnología son factores clave para una atención más eficiente y humana⁽²⁹⁾.

La formación continua del personal y la creación de un entorno de trabajo empático son esenciales para asegurar la efectividad de estas estrategias en las UCI. Es por ello, que el desarrollo del modelo de puertas abiertas en los servicios de cuidados críticos ha cobrado relevancia debido a su impacto positivo en el bienestar emocional de los pacientes y sus familias. En este sentido se sabe que la flexibilidad en los horarios de visitas y la participación activa de los familiares contribuyen a una experiencia más humanizada, reduciendo la ansiedad⁽³⁰⁾. Lo anterior no debe desatender que la presencia constante de los familiares puede generar distracciones, lo que afecta la concentración del personal y pone en riesgo la seguridad de los pacientes⁽²⁵⁾. Por ello, integrar estos enfoques optimiza la experiencia tanto de los pacientes como de las familias, pero además mejora la efectividad del equipo de salud en la UCI.

Es fundamental destacar que esta investigación evidenció que este modelo supone un desafío considerable para la humanización del cuidado, debido a múltiples barreras estructurales, organizativas y emocionales. En este sentido, se identificó que la vulneración de los derechos humanos y la pérdida de la dignidad de los pacientes, junto con la sobrecarga laboral del personal de enfermería, afectan directamente la calidad de la atención.

Por ello, la percepción de los participantes reconoce que resulta imprescindible reformular normativas y estrategias que aseguren un cuidado basado en la calidad y la calidez. Además,

el compromiso del personal de enfermería se basa en la promoción de la justicia y el respeto dentro de la prestación de servicios de salud en áreas críticas⁽³¹⁾.

Asimismo, se evidenció que la presencia de familiares en unidades de cuidados intensivos contribuye positivamente al bienestar emocional y la recuperación de los pacientes. No obstante, también genera un aumento en la carga emocional y laboral del personal de salud. A pesar de los beneficios que este modelo puede ofrecer, su implementación continúa enfrentando resistencia y múltiples dificultades operativas. Cabe señalar que este modelo promueve la humanización de la atención y el bienestar integral del paciente al integrar a la familia como apoyo emocional y factor protector en su recuperación⁽³¹⁾.

Con todo, y pese a los avances logrados, persisten vacíos significativos en la investigación sobre este tema. La falta de estudios longitudinales limita la comprensión de sus efectos a largo plazo en la recuperación de los pacientes y en la sostenibilidad emocional de los profesionales de la salud.

Además, no se han desarrollado guías estandarizadas que armonicen las necesidades culturales, sociales y emocionales de los pacientes y sus familias con las demandas operativas de las unidades críticas; así como el impacto de programas de capacitación diseñados específicamente para el personal de salud y los familiares, lo que constituye un obstáculo para garantizar la calidad integral del cuidado⁽³²⁾.

Cabe señalar, que las instituciones de salud deben priorizar investigaciones y políticas que impulsen la implementación efectiva del modelo de puertas abiertas. Las barreras estructurales, como la insuficiencia de recursos físicos, la sobrecarga emocional y operativa del personal sanitario, y la carencia de protocolos claros, comprometen la calidad y seguridad del cuidado crítico. Es imprescindible el diseño de estrategias basadas en evidencia que permitan crear un entorno hospitalario más humanizado, donde la formación integral de profesionales y familiares se oriente hacia una atención centrada en la dignidad, el bienestar y la recuperación del paciente en entornos de alta complejidad⁽³¹⁾.

En este contexto, la investigación aporta un análisis detallado sobre las políticas de puertas

abiertas en cuidados críticos y su impacto en pacientes, familiares y profesionales de la salud; aunque existieron limitaciones, centrado en el ámbito de aplicación de este modelo, considerando que su incorporación puede ser en adultos, pediátricos y neonatos. Se proponen estrategias enfocadas en mejorar la calidad de la atención, incluyendo la capacitación del personal en competencias emocionales y organizativas, con el fin de facilitar la participación de los familiares en el cuidado del paciente. Asimismo, se enfatiza la necesidad de garantizar el respeto a la dignidad humana y la optimización de los recursos hospitalarios, contribuyendo a la consolidación de una atención más humanizada en los servicios críticos de salud.

Cabe destacar que en el estudio existieron limitaciones considerando la carencia de información sobre el modelo de puertas abiertas entre algunos participantes. Frente a esto, hubo necesidad de proporcionar información de lectura para la comprensión del modelo.

CONCLUSIONES

El estudio reveló en sus seis categorías que la implementación del modelo de puertas abiertas en unidades de cuidados intensivos representa un cambio paradigmático que enfrenta importantes dificultades estructurales y organizacionales, especialmente en lo relacionado con políticas institucionales, dinámicas laborales y adaptación del personal sanitario. No obstante, este enfoque contribuye significativamente a la humanización del cuidado, al facilitar la integración activa de los familiares en el proceso asistencial. Este enfoque no solo disminuye la ansiedad y el estrés en pacientes y familiares, sino que también favorece la recuperación clínica y emocional del paciente.

Por tanto, este incide de manera significativa tanto en la calidad de atención como en el bienestar emocional de los pacientes y sus familias, permitiendo una atención más empática y centrada en la persona. Sin embargo, también emergen preocupaciones asociadas a la carga emocional del equipo de salud y a la necesidad de establecer límites claros para mantener la seguridad y el funcionamiento clínico.

Es por ello, que el modelo de puertas abiertas se presenta no solo como una necesidad emergente, sino como un componente esencial en la transformación del cuidado en áreas críticas desde una perspectiva holística y ética.

Estos hallazgos resaltan la importancia de establecer protocolos bien definidos y estrategias de gestión efectivas que permitan maximizar los beneficios emocionales y clínicos de este modelo, mientras se minimizan las dificultades operativas.

Financiamiento: No se tuvo financiamiento para el desarrollo de este artículo.

Conflicto de intereses: No hay conflictos para el desarrollo de este artículo.

Participación de autores:

Jimmy Reyes-Pincay: Concepción y diseño del trabajo, recolección/obtención de datos, análisis e interpretación de los resultados, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito.

Josselyn Macias-García: Concepción y diseño del trabajo, recolección/obtención de datos, análisis e interpretación de los resultados, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito.

Jorge Cabrera-Olvera: Concepción y diseño del trabajo, análisis e interpretación de los resultados, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, aprobación de su versión final, asesoría técnica y metodológica.

REFERENCIAS

1. Gorordo L, Garduño J, Castañón J. Unidad de Cuidados Intensivos de puertas abiertas: la familia dentro de cuidados intensivos. Rev Hosp Jua Mex [Internet]. 2020 [citado 10 jun 2024]; 87(2): 106-108. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24875/RHJM.20000017>
2. Dragoi L, Munshi L, Herridge M. Visitation policies in the ICU and the importance of family presence at the bedside. Intensive Care Med [Internet]. 2022 [citado 16 jun 2024]; 48(2): 1790-1794. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00134-022-06848-1>
3. Mailer J, Ward K, Aspinall C. The impact of visiting restrictions in intensive care units for families during the COVID-19 pandemic: An integrative review. J Adv Nurs [Internet]. 2024 [citado 18 jun 2024]; 80(4): 1355-1369. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jan.15915>

4. Triviño J, Curi S, Jiménez M, Muñoz A, Herrera P. Acompañamiento al paciente en estado crítico percepción del familiar/cuidadores sobre puertas abiertas. *Revis Bionatura* [Internet]. 2023 [citado 5 jul 2024]; 8(3): 1-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21931/RB/2023.08.03.16>
5. Jungestrland L, Holm E, Loise R, Wolf A, Ringdal M. Family member perspectives on intensive care unit in-person visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2023 [citado 10 jul 2024]; 75: 103347. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103347>
6. Salas M, Maldonado T, Cedillo J. Humanización de los cuidados en las unidades de cuidados intensivos. *Dominio de las Cienc* [Internet]. 2023 [citado 15 jul 2024]; 92(2): 1862-1874. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/3381/7614>
7. Maloh H, Jarrah S, Al-Yateem N, Ahmed F, Abu M. Open visitation policy in intensive care units in Jordan: cross-sectional study of nurses' perceptions. *BMC nursing* [Internet]. 2022 [citado 18 jul 2024]; 22(1): 336. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01116-5>
8. Rojas V. Humanización de los cuidados intensivos. *Rev med Clín Las Condes* [Internet]. 2019 [citado 22 jul 2024]; 30(2): 120-125. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.03.005>
9. Luciani M, Jack S, Campbell K, Orr E, Durepos P, Li L, et al. An introduction to qualitative health research. *Professioni Infermieristiche* [Internet]. 2019 [citado 25 jul 2024]; 72(1): 60-68. Disponible en: <https://www.profinf.net/pro3/index.php/IN/article/view/591>
10. Prado M, Souza M, Carraro T. Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales [Internet]. OPS; 2008 [citado 27 jul 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51581>
11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health C* [Internet]. 2007 [citado 29 jul 2024]; 19(6): 349-357. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
12. Otzen T, Monterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int J Morphol* [Internet]. 2017 [citado 2 ago 2024]; 35(1): 227-232. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
13. Lopezosa C. Entrevistas semiestructuradas con NVivo: pasos para un análisis cualitativo eficaz. *Methodos Anuario de Métodos de Investigación en Comunicación Social* [Internet]. 2020 [citado 2 ago 2024]; 1. Disponible en: [10.31009/methodos.2020.i01.08](https://doi.org/10.31009/methodos.2020.i01.08)
14. Useche M, Artigas W, Queipo B, Perozo E. Técnicas e instrumentos de recolección de datos cuali-cuantitativos. Universidad de La Guajira Primera edición, Editorial Gente Nueva. [Internet]. 2019 [citado 2 ago 2024]. Disponible en: <https://repositoryinst.uniguajira.edu.co/handle/uniguajira/467>
15. Díaz L, Torruco U, Martínez M, Varela M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación educ médica* [Internet]. 2013 [citado 5 ago 2024]; 2(7): 162-167. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733228009>
16. Colaizzi P. Psychological research as the phenomenologist views it. In *Existential-phenomenological alternatives for psychology*. En R. S. Valle & M. King (Eds.) ed: Oxford University Press [Internet]. 1978 [citado 2 ago 2024]. Disponible en: <https://philpapers.org/rec/COLPRA-5>
17. Corona J, Maldonado J. *Investigación Cualitativa: Enfoque Emic-Etic*. Rev Cubana de Invest Bioméd [Internet]. 2018 [citado 7 ago 2024]; 37(4): 1-4. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v37n4/ibi22418.pdf>
18. Hernández R, Fernández C, Baptista M. *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill. [Internet]. 2014 [citado 11 ago 2024]. Disponible en: https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf
19. Noreña A, Alcazar N, Rojas J, Rebolledo D. *Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa*. Aquichan [Internet]. 2012 [citado 2 ago 2024]; 12(3): 263-274. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972012000300006&script=sci_arttext
20. Milner K, Marmo A, Goncalves S. Implementation and sustainment strategies for open visitation in the intensive care unit: A multicentre qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2021 [citado 12 ago 2024]; 62(102927). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102927>
21. Azoulay É, Kentish N, Boulanger C, Mistraletti G, Heras G, Cecconi M. Family centeredness of care: a cross-sectional study in intensive care units part of the European society of intensive care medicine. *Ann Intensive Care* [Internet]. 2024 [citado 2 ago 2024]. 14(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13613-024-01307-0>
22. Martínez R. Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Med crít* [Internet]. 2021 [citado 16 ago 2024]; 35(3): 144-147. Disponible en: <https://doi.org/10.35366/100003>
23. Alonso A, Martínez S, Sánchez A, Gallego J,

- Fernández M. Perspectivas de los profesionales de enfermería de cuidados intensivos sobre las visitas abiertas en una UCI. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2021 [citado 19 ago 2024]; 32(2): 62-72. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.02.005>
24. Villacreses K, Bravo G, Zambrano E, Tigse L. Atención humanizada en UCI. RECIMUNDO [Internet]. 2023 [citado 21 ago 2024]; 7(4): 261-271. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.26820/recimundo/7.\(4\).oct.2023.261-271](http://dx.doi.org/10.26820/recimundo/7.(4).oct.2023.261-271)
25. Solanas V, Salazar P, Chincolla A, Pardina S, Cillas M. La importancia de las UCIs abiertas y la percepción de las enfermeras. *Rev sanit investig* [Internet]. 2024 [citado 23 ago 2024]; 4. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-importancia-de-las-ucis-abiertas-y-la-percepcion-de-las-enfermeras/>
26. Baeza I, Quispe L. Proyecto Humanizando los Cuidados Intensivos, nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. *Rev Bioética y Derecho* [Internet]. 2020 [citado 25 ago 2024]; 1(48): 111-126. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1886-58872020000100008&script=sci_abstract&tlang=en
27. Losa J, Campuzano L, Rodríguez J, Cabrera J. Pacientes pediátricos con COVID-19 hospitalizados en Cuidados Intensivos: retos médicos, familia y resiliencia. *Rev Cubana Enfermería* [Internet]. 2024 [citado 28 ago 2024]; 96: 1-8. Disponible en: <https://revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/5376/2929>
28. Ortega M, Morán R, Oviedo R, Apolinario E. Ejes del cuidado humanizado de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos. *Polo del Conocimiento* [Internet]. 2023 [citado 1 sep 2024]; 8(12): 207-222. Disponible en: <https://www.polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/6274>
29. Jardes J, Prado K, Dos Santo M, De Moraes M, Fernandes A, Ferreira E, et al. Política nacional de humanização nas ações do acolhimento dos profissionais de saúde em unidade de terapia intensiva. *Nursing (Brasil)* [Internet]. 2023 [citado 3 sep 2024]; 23(1): 9901-9906. Disponible em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2023v26i304p9901-9906>
30. García P, Albornoz E, González R, Donoso R. Protocolo para una unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas. *Rev Arbitr Interdiscip Cienc Salud* [Internet]. 2023 [citado 5 sep 2024]; 7(1): 423-429. Disponible en: <https://doi.org/10.35381/s.v7i1.3598>
31. Loor K, Cabrera J. Open door model in critical care: challenges, opportunities and intervention strategies. *Nurs depths ser* [Internet]. 2025 [citado 13 sep 2024]; 4(182): 1-8. Disponible en: <https://nds.ageditor.ar/index.php/nds/article/view/182>
32. Franco M, Rivera M, Flores Á, Raygadas R, Arciniega C, Álvarez M. Experiencia en la implementación de un protocolo de humanización de una unidad de cuidados intensivos: informe de un caso y revisión de la bibliografía. *Med crít* [Internet]. 2024 [citado 13 sep 2024]; 38(6): 510-519. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.35366/119241>



Todos los contenidos de la revista **Ciencia y Enfermería** se publican bajo una [Licencia Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) y pueden ser usados gratuitamente, dando los créditos a los autores y a la revista, como lo establece la licencia