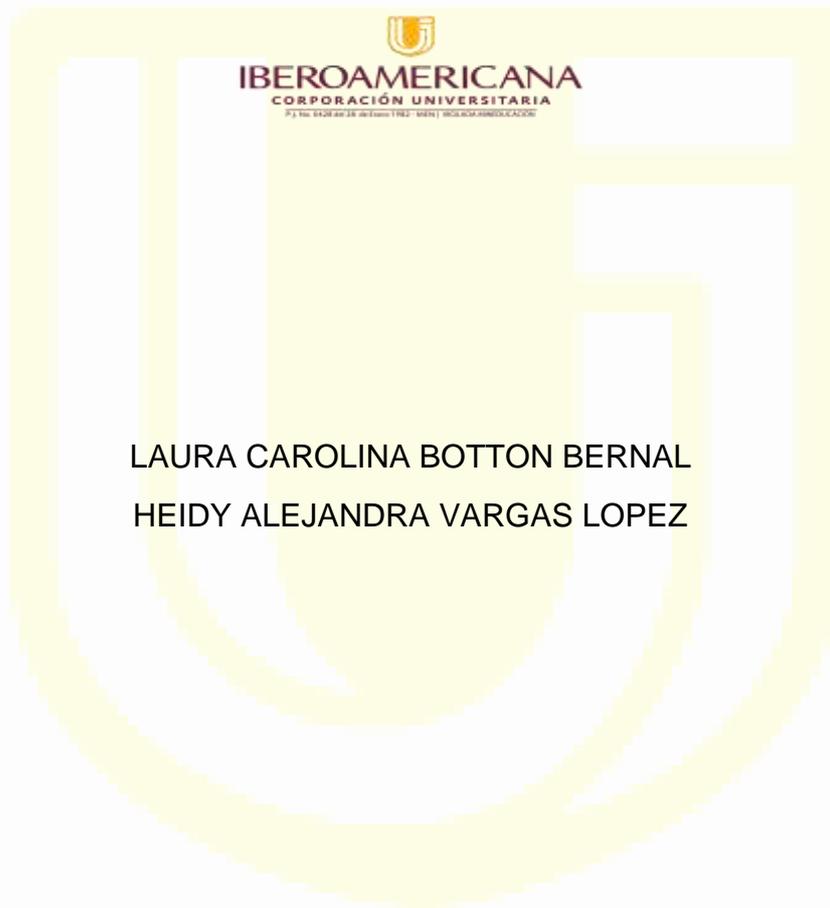


LAURA CAROLINA BOTTON BERNAL
HEIDY ALEJANDRA VARGAS LOPEZ



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
FACULTAD CIENCIAS EMPRESARIALES
PROGRAMA DE ESP. GERENCIA DE LA CALIDAD EN SALUD
BOGOTÁ D.C
JUNIO - 2023

CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EN UCI MEDIANTE PRESTACIÓN
DE SERVICIOS DE TERAPIA RESPIRATORIA HUMANIZADOS, UNA
REVISIÓN SISTEMÁTICA CON METAANÁLISIS.



LAURA CAROLINA BOTTON BERNAL
HEIDY ALEJANDRA VARGAS LOPEZ

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
FACULTAD CIENCIAS EMPRESARIALES
PROGRAMA DE ESP. GERENCIA DE LA CALIDAD EN SALUD
BOGOTÁ D.C
JUNIO - 2023

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	3
2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
3. OBJETIVO GENERAL	4
4. JUSTIFICACIÓN.	5
5. MARCO DE REFERENCIA	6
6. MARCO METODOLÓGICO.	18
7. RESULTADOS	23
8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	56
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

1. INTRODUCCIÓN

La humanización es una necesidad fundamental de la atención en salud, desde el área de terapia respiratoria se permite la atención individualizada de cada paciente de acuerdo a su necesidad, de esta manera se brinda una mejor calidad de vida, donde surge la necesidad de establecer una “relación de confianza” entre los profesionales especialmente los terapeutas en términos de bienestar respiratorio para lograr buenos resultados, su función es incluir al paciente para mejorar su situación a través del acompañamiento y poner a su alcance el autocuidado, de esta manera el paciente pasa de ser un elemento pasivo a uno activo con participación y toma de decisiones sobre su salud (12). En Colombia, se encuentra poca evidencia en materia de humanización y principalmente en terapia respiratoria en donde se trabaja en la recuperación y funcionalidad del paciente con las intervenciones por parte del equipo interdisciplinar que se deben realizar en competencia y colaboración. Todo ello implica la necesidad de la inclusión de las ciencias humanas en la formación del personal sanitario, y, por supuesto, esto, supone proteger el derecho a mantener el control sobre la propia vida, como eje central orientador de políticas de mejoramiento y calidad de la atención, así como en la promoción de prácticas que faciliten el trabajo colaborativo, la comunicación y el desarrollo humano con una salud humanizada.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Actualmente las entidades de salud han visto la necesidad de fortalecer el servicio de atención al usuario con una visión integral del ser humano y la dignificación de sus derechos en salud, dado que es la entrada principal a cada una de las dependencias de las instituciones. Con el fin de fortalecer una atención de calidad y humanizada en el servicio de las entidades prestadoras de servicios de salud, se hace necesario dignificar y fortalecer el acceso a los servicios en salud basados en los derechos fundamentales en la misma.

La finalidad del presente documento es realizar una revisión sistemática de metaanálisis y concluir la importancia de una propuesta de protocolo de humanización en atención al paciente crítico en terapia respiratoria y Atención al Usuario (SIAU) basado en estándares de calidad enfocado en la atención humanizada. Con el fin de considerar a la humanización de la atención en salud como un eje orientador de políticas de mejoramiento y calidad de la atención, así como en la promoción de prácticas que faciliten el trabajo colaborativo, la comunicación y el desarrollo humano.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En Colombia y a nivel mundial han evidenciado la importancia de la estructuración de un sistema de salud sólido que permita brindar una óptima atención en todos los servicios y adicionalmente un servicio de salud humanizado actualmente las entidades de salud han visto la necesidad de fortalecer el servicio de atención al usuario con una visión integral del ser humano y la dignificación de sus derechos en salud, dado que es la entrada principal a cada una de las dependencias de las instituciones para esto se hace necesario dignificar y fortalecer el acceso a los servicios en salud basados en los derechos fundamentales en la misma.

Es por ello que se busca analizar el respaldo científico que se encuentra en diferentes bases de datos acerca de la humanización desde el área de terapia respiratoria y el impacto que tiene con el paciente en uci, con el fin de responder a nuestra pregunta ¿Cómo se puede mejorar la calidad de vida de un paciente desde la humanización en terapia respiratoria?

3. OBJETIVO GENERAL

*Proponer un programa con base a los hallazgos bibliográficos, que incluya las

buenas prácticas de humanización en el área de terapia respiratoria, con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes desde la rehabilitación integral con y sin soporte ventilatorio.

Objetivos específicos:

1. Realizar una búsqueda bibliográfica sobre la humanización en terapia respiratoria y cuáles son los principales factores influyentes en un programa de humanización.
2. Identificar cuáles son las prácticas que debe incluir un programa de humanización desde el área de terapia respiratoria propuestas para la unidad de cuidado intensivo
3. Estandarizar y proponer un programa de humanización aplicable para el área de terapia respiratoria con el fin de favorecer el alta temprana del paciente en unidad de cuidado intensivo

4. JUSTIFICACIÓN.

La presente investigación se enfocará en el estudio de la humanización en salud desde el área de terapia respiratoria partiendo de la información encontrada en las diferentes bases de datos ya que desde el ámbito de terapia respiratoria no se encuentra evidencia suficiente para respaldar los servicios de atención al usuario específicamente en el servicio de unidad de cuidado intensivo, ya que, debido a los recientes cambios en los sistemas de salud surge la necesidad de establecer protocolos de humanización globales aplicables en las instituciones para

fortalecer una atención de calidad humanizada para el servicio de las entidades prestadoras de servicios de salud, sin embargo, se busca reconocer el rol de terapeuta respiratorio en los servicios humanizados dentro de los cuidados intensivos de tal manera que permita un abordaje integral de las patologías del paciente donde se de como resultado la mejora de la calidad de vida y de la percepción de la salud en Colombia por sus habitantes, es por ello que, por medio de la evidencia científica se busca un respaldo científico que sustente la importancia de la humanización y que permita desarrollar un protocolo de humanización aplicable para el área de terapia respiratoria, desde la cultura de la educación al personal de salud, profundizando los conocimientos teórico-científicos que estandarizan las medidas de atención humanizada que permita la mejora continua de la calidad en salud teniendo un enfoque humanitario con el fin de favorecer la alta temprana del paciente en unidad de cuidado intensivo.

5. MARCO DE REFERENCIA

SALUD COMO DERECHO HUMANO

El derecho a la salud es entendido como un amplio conjunto de factores que pueden contribuir a una vida sana, denominados "determinantes básicos de la salud"(1), son los siguientes: agua potable y condiciones sanitarias adecuadas, alimentos aptos para el consumo, nutrición y vivienda adecuadas, condiciones de trabajo y un medio ambiente salubres, educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud e igualdad de género, con unas obligaciones del estado y de otras partes como: obligación de respetar, la obligación de proteger y la obligación de realizar , todo ciudadano tiene derecho

a la salud, pero no todos la alcanzan en el mismo grado, más que la técnica y los medios son desiguales. (36).

Los siguientes aspectos son de gran importancia en lograr que el derecho a la salud sea efectivo y se realice de manera integral y humana: Vocación actitudes y aptitudes, formación integral con el desarrollo de cualidades, sociedades sometidas a cambios, preparación del personal de la salud y prestigiar su profesión y ejercicio profesional espíritu de servicio, sentido profesional y gran respeto al enfermo

HISTORIA DE LA HUMANIZACIÓN:

Una de las mayores preocupaciones que enfrentamos los profesionales, gestores y usuarios de los sistemas de salud, es la humanización de los servicios, tal y como lo plantean las diferentes normativas y documentos. Cuando se habla de humanizar la atención en salud, se hace referencia en principio, a todas aquellas acciones que hacen más humano al hombre, por ello es necesario definir el concepto de humanización que tienen los diferentes actores que participan en el proceso de atención en salud: profesionales, paciente y familia. (1).

Por lo anterior describimos que nuestra investigación tiene una función reflexiva acerca de la importancia que tiene humanizar la atención en salud en los servicios, responder a las necesidades de los usuarios y su condición como persona priorizando como una meta a fin. Para comprender estos conceptos nos remontamos a la época antigua en donde hablamos de la historia del cuidado, que se enmarca en los procesos históricos de diferentes civilizaciones, desde la prehistoria se conocen los cuidados de supervivencia, pasando de culturas antiguas, edad media y moderna hasta llegar a la contemporánea, sin embargo, en todas las épocas existe algo en común “cuidar es ayudar a vivir e intentar evitar el sufrimiento y también, ayudar a morir”. (1).

En latín, cuidado significa cura que otrora se escribía coera y se usaba en un contexto relacional de amor y amistad. Hay una derivación del término cuidado

desde cogitare-cogitatus y de su corruptela coyedar, coidas, cuidar. El sentido de cogitare-cogitatus es el mismo de cura y cuidado, y por su propia naturaleza, posee significaciones básicas que están íntimamente ligadas entre sí como: pensar, poner atención, mostrar interés, revelar una actitud de desvelo y hasta de preocupación por el otro en una relación de involucramiento y afectividad. (20).

En una corta revisión histórica y filosófica del humanismo, Jakob Burkhardt contempla en el humanismo “el hombre se convirtió en un individuo espiritual y se reconoció como tal haciéndose creador de su propia vida” (1). En la época renacentista el humanismo fue un tema central, corresponde a cada grupo o individuo el saber más completo según su arte, su estilo o su conciencia; en el ilustrísimo su objetivo era la emancipación y elevar al género humano estrictamente humano, en el saber, educar, formar para la vida ética, política. En el siglo XIX se conceptualizó el humanismo en Alemania y termina de construirse en Italia, se enfocó en el ser humano integralmente con valores, con necesidades, libre de implicaciones religiosas y como epicentro de la vida. Según el Breve diccionario etimológico de Joan Corominas, "Es tomada del latín humanus 'relativo al hombre, humano (del lat. humus 'tierra' y sólo desde más lejos con homo 'hombre')". (12), (14).

La palabra es originaria entre los siglos III y VI, añadiendo el sufijo latín -izare, aunque es muy probable que el término humanizar parta del siglo XV, en pleno apogeo humanista (4). Kant en la formulación del principio categórico evoca como “principio de humanidad” dice así: “Obra como si la máxima de tu acción debiera convertirse, por tu voluntad, en ley universal de la naturaleza” (3). La filóloga M^a Pilar Martínez Barca en su estudio "Humanizar la Dignidad de Ser Hombre", en 1998, refiere algunas características y concreciones del significado de humanizar: “Alude tanto a la encarnación del Dios hecho hombre como a una mayor cercanía, afabilidad y ternura para con nuestros semejantes”. Humanizar es la acción de hacer humano, familiar y afable a alguien o algo, es decir humanizar la relación, la gestión, la institución, los espacios, los tiempos, puede referirse al ser humano, relativo a la especie humana, tener un carácter humano, un defecto humano, connota otros conceptos como solidario, caritativo, digno,

cercano, afectuoso (11) . Humanarse presenta esa doble perspectiva religiosa y plenamente humana, la Real Academia Española lo relacionado con respeto, compasión, cercanía y ternura, se ajusta a la condición humana, responde a la dignidad de la persona (2), (17), (28), (11).

Javier Gafo refiere que es un problema biótico, más prevalente que otros, humanizar un proceso complejo, pues comprende todas las dimensiones de la persona y va desde la política hasta cultura, la organización sanitaria y social, formación profesional.

POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN

La propuesta de Política Nacional de Humanización reconoce la humanización en salud como un proceso complejo que comprende necesariamente la integralidad de ser humano, el respeto a su autonomía como persona y el protagonismo de la misma como sujeto de cuidado y familia en la dinámica del sector salud, que va desde la cultura hasta la política, la cual, hace un llamado a los diferentes agentes sociales en la construcción conjunta de la humanización como imperativo del Sector Salud, a concebir la humanización en salud como parte esencial del ser humano integral, en impulsar su actuar desde la expresión artística y genuina para el planteamiento de alternativas en la formación, en las prácticas de atención, servicios asistenciales y administrativos del sector salud, en el aseguramiento, en el mejoramiento de las relaciones de confianza entre los agentes del sector, las entidades intersectoriales relacionadas y la comunidad, que garanticen el derecho fundamental de la salud, la protección de la vida y la dignidad humana, se traduce en garantizar (40):

- El valor y la dignidad del ser humano y el entorno de forma integral y holística, en la promoción de la salud y la protección de la vida, en robustecer las capacidades, mejorar los comportamientos, orientar la gestión y medidas estratégicas que favorezca el goce efectivo del derecho fundamental de la salud sin distinción alguna.

- La satisfacción de las personas habiendo hecho lo correcto, además, traducir y discernir cualquier norma, ley o derecho, en una experiencia que dignifique a cada persona, y en las organizaciones, trascender la obligatoriedad de las normas, centrando sus esfuerzos en las personas, independientemente de la función en el que participen.
- La consolidación de las relaciones entre el talento humano en salud y las personas y familia, entre el diferente personal de las organizaciones de salud, áreas y servicios, entre, entre los distintos agentes y entre los múltiples sectores.
- La inclusión paulatina de diferentes sectores de forma activa-participativa que favorezca la dignidad, la protección de la vida y el goce del derecho fundamental de la salud de la población, además, el empoderamiento de la gerencia y/o las directivas institucionales.
- La participación de los agentes, academia y comunidad que favorezca la ética, el respeto al trato de la persona y la familia en doble vía, la confianza, la corresponsabilidad, el empoderamiento y la cocreación de acciones de mejora de la calidad y condiciones de salud de la población.
- La cultura organizacional de humanización y la transversalización de la humanización en el desarrollo de proyectos, programas, planes de desarrollo, políticas y lineamientos en salud a nivel nacional, territorial, municipal e institucional de salud.
- Las acciones, estrategias, medidas y reorientación de modelos de gestión y atención en salud que se centre en la persona y familia o red de apoyo.

DIMENSIONES DE LAS POLÍTICAS DE HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

- Inclusión: Hacer partícipe al paciente y su cuidador de los procedimientos médicos. •Dignidad: Respetar los espacios del paciente, salvaguardando su pensamiento, religión, raza, ideología y su identidad de género.
- Elección: El paciente y su cuidador deben tener la opción de elegir al profesional de la salud que se ocupará de su tratamiento y/o procedimiento, todo esto respetando los límites y normas de la institución y de la aseguradora a la cual pertenece.

- Comunicación: Brindarle al paciente y a su cuidador información precisa, oportuna y veraz acerca del estado de salud del paciente y de los procedimientos a ejecutarse, generando un espacio donde el paciente y su cuidador puedan aclarar sus dudas.
- Confidencialidad: Garantizar la seguridad, integridad y disponibilidad de la información relacionada con los antecedentes del paciente que se encuentra consignada en la historia clínica.
- Acompañamiento Integral: Garantizar al paciente y al cuidador un acompañamiento interdisciplinario durante todo su proceso dentro y fuera de la institución, esto con el fin de asegurar los derechos del paciente.

HUMANIZACIÓN EN SALUD

Según Bermejo, humanizar es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización (9), Con frecuencia hablamos de la importancia del concepto de calidad de vida, vinculado con el de dignidad de la vida humana. Atender a la calidad de vida es una exigencia moral innegable, si con ello nos referimos a cualquier tipo de acción orientada a crear condiciones más favorables para la expansión y desarrollo de cualquier ser humano .Una comprensión global de calidad de vida que mire a las condiciones de vida que respondan a la dignidad humana para el mayor número posible de personas merece una consideración moral sería.

Por ello es de gran importancia tener en cuenta la preparación de los profesionales en salud para la concientización y sensibilización con respecto a la atención de los usuarios, que debe realizarse en el contexto de la ética y los valores, de este modo se pretende atender al paciente y suplir sus necesidades a nivel físico, emocional, intelectual y social En la actualidad la humanización en salud es un movimiento integrador relacional, buscando una mejor atención y ambiente, una estructura social de la práctica holística, con la intervención técnica y cuidados fisiológicos humanos en

cuanto a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación(1) . Autores que describen la humanización desde el ambiente hospitalario, como acciones, medidas y comportamientos que garantizan la salvaguarda y la dignidad de cada ser humano o usuario, con acciones dirigidas a la seguridad y privacidad, que contribuyen a humanizar el ambiente físico, promover al usuario una percepción de ambiente con efectos tranquilizadores y terapéuticos (15,18).

Para humanizar la salud es importante actuar a nivel de leyes sanitarias, equidad e igualdad en el acceso en salud, arquitectura y ambiente sanitario, cultura social, personal de salud, condiciones laborales y socioeconómicas, academia, compromiso, comportamiento y relación entre usuario - personal de salud – familia - administrativos – directivos - dirigentes, es decir la humanización en salud representa un desafío sociocultural, relacional, educativo, ético (conceptual-conductual) y político, lo cual se tiende a la fragmentación de acciones y resultados. Estudios sobre la atención humanizada en salud determinan factores influyentes, algunos de estos, se concluye, que los sistemas sanitarios son una cuestión de alta importancia en la humanización en salud, y de acuerdo al enfoque y concepción de las políticas sanitarias puede llegar afectar la misma (40).

HUMANIZACIÓN EN INSTITUCIONES DE SALUD

En Colombia para el año de 1982 se forma el Movimiento Nacional de Humanización en Salud en la ciudad de Bogotá por iniciativa de los Religiosos Camilos, al crear el Centro Camiliano de Humanización y Pastoral de la Salud con presencia de instituciones y profesionales de la salud. Los religiosos Camillianum es una congregación que ha trabajado en humanización en salud en sus centros de pastoral en salud y humanización, conforme a los valores del evangelio (1) . En uno de sus trabajos del centro de humanización en salud, es entender cómo debería ser un hospital humanizado, el cual debe estar abierto y confiar en trabajo en equipo, formación permanente y procura un ambiente familiar, la asistencia al enfermo no solo es a base de medicamentos y encuentros superficiales, la asistencia como derecho cada vez más humana, personal, comprensiva, se realiza con seres humanos, sufren física, moral y

espiritualmente. Presenta las siguientes características:

1. Abierto y transparente, puede aportar y sugerir
2. Presenta un esquema operativo muy cerrado nítido
3. Trabajo en equipo
4. Formación permanente de todos sus trabajadores.
5. Recibir atención oportuna y adecuada
6. Enfermos percibidos como personas, respetados y atendidos en todas sus dimensiones
7. Ambiente de respeto y amistad
8. Relaciones del personal con el paciente, caracterizado por el espíritu de igualdad, fraternidad y solidaridad.
9. Se percibe un clima de familia, donde se cultiva los valores humanos y cristianos

(18,19). Como norma y con el objeto de fortalecer los procesos internos tanto administrativos como asistenciales tanto de las IPS, EPS-C y EPS-S, EAPB, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud bajo las características de accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad, en el año 2006 a través del decreto 1011 se crea el Sistema de Garantía de la Calidad en Salud. Se compone del sistema único de habilitación, auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención, sistema único de acreditación y sistema de información para la calidad; el sistema único de acreditación cuenta con cuatro ejes: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión de la tecnología, enfoque de riesgo. En materia de humanización de la atención, los estándares de acreditación son una guía valiosa, con suficiente especificidad, tanto en las exigencias sobre derechos y deberes para los pacientes, el respeto de la privacidad y la dignidad de la persona, el consentimiento informado, la información al usuario y su familia, entre otros.

Como elementos importantes para humanizar las instituciones de salud hacia la dignidad humana se requiere: la formación del personal de la salud y organización de los servicios, informar al enfermo sobre su enfermedad y tratamiento específico, velar para que el enfermo pueda prepararse

psicológicamente a la muerte, todo esto recae en los ámbitos para valorar los niveles de humanización como son: político-económico, justicia, estructuras, recursos humanos, ético-cultural, competencias profesionales (3,16).

TEORÍA DE SALUD PÚBLICA

“El fisioterapeuta, como uno de los profesionales de la salud que más contacto tiene con los pacientes, sufre un mayor riesgo de contagio propio y de propagar este tipo de infecciones, por lo que es importante un conocimiento amplio de las infecciones hospitalarias y su prevención”. “Los principales métodos de prevención en los que se tiene en cuenta a los fisioterapeutas, marcan el frecuente lavado de manos como la mejor, más barata y sencilla actuación para evitar la propagación de las infecciones en los centros de salud”. “Se debería estudiar la infección del medio hospitalario en el entorno del fisioterapeuta (al menos con el mismo interés que se practica en otros colectivos) para así conseguir mayor seguridad para los profesionales y sus pacientes, así como tener mayor conocimiento y control sobre esta”. (28).

BIOSEGURIDAD SEGÚN LA OMS

La Organización Mundial de la salud (OMS) reconoce que la seguridad, y en particular seguridad Biológica son importantes cuestiones de interés internacional, por eso es importante que los países acepten y apliquen los conceptos básicos de seguridad Biológica y en elaborar códigos nacionales para la manipulación sin riesgo de microorganismos patógenos en el laboratorio que se encontraban dentro de las barreras nacionales. Las medidas de bioseguridad deben ser una práctica continua en las unidades de salud, y ser cumplidas por todo el personal que labora en un hospital, independientemente del grado de riesgo y de las diferentes áreas que componen el hospital. (35).

Las Medidas de Bioseguridad son principios que surgen a raíz del aumento de la tasa de incidencia de accidentes ocupacionales dentro de la práctica

profesional, es así como organismos internacionales como la Organización Internacional del Trabajo (OIT) fijan normas a fin de disminuir enfermedades infectocontagiosas por accidentes laborales. (36).

Los trabajadores están expuestos al riesgo de contraer enfermedades por su trabajo con pacientes posibles portadores de enfermedades infecciosas transmitidas por sangre o por aerosoles, entre otros el VIH y virus de la hepatitis B (VHB) entre otros, Es decir que la importancia de la bioseguridad está dada principalmente por el beneficio que otorga al proteger o colocar una especie de barrera, que pueda prevenir la adquisición de este tipo de enfermedades. (35).

Las normas de bioseguridad tienen como propósito, reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de infección, vinculados con accidentes por exposición a sangre y fluidos corporales, y por ende, controlar las infecciones hospitalarias, bajo los siguientes principios de universalidad: las medidas deben involucrar a todos los pacientes de todos los servicios, independientemente de conocer o no su serología. Todo el personal debe tomar las precauciones estándares rutinariamente para prevenir la exposición de la piel y de las membranas mucosas, en todas las situaciones que puedan dar origen a accidentes (26).

CÓDIGO SANITARIO NACIONAL

Según Winslow (1920), la Salud Pública es una ciencia y arte de evitar enfermedades, alargar la vida y fomentar la salud y eficiencia con los esfuerzos de la comunidad. ... Terris (1982), la Salud Pública es la actividad social y de gobierno multidisciplinaria con toda su naturaleza y con implicaciones de toda la sociedad.

Ley 9 de 1979 y establece la prevención y control de los agentes biológicos, físicos o químicos que alteran las características del ambiente exterior de las edificaciones hasta hacerlo peligroso para la salud humana.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Especifique los criterios orientados a la protección de los derechos y confidencialidad de la información recolectada de los sujetos participantes en la investigación (seres humanos, Instituciones, comunidades, grupos vulnerables y animales), definiendo los principios éticos y el nivel de riesgo de la investigación. En las investigaciones que corresponda, diseñe el consentimiento informado cumpliendo con los aspectos señalados en el Artículo 15 y 16 de la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud.

-La humanización recoge aspectos de calidad, pero no solo eso y ni a todos. En Colombia, a través del Decreto 1011 de 2007 establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (3)

-La ley 911 de 2004 que consagra la responsabilidad deontológica de la profesión de Enfermería, haciendo énfasis en el respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, a través del acto del cuidado, de la comunicación y de la relación interpersonal humanizada. La Ley 23 de 1981 mediante la cual se dictan normas en materia de ética Médica, y se expone que el ejercicio tiene implicaciones humanísticas, fundadas en el relacionamiento y en el compromiso responsable, leal y auténtico, basado en el Juramento Médico, el cual ha sido reglamentado con el Decreto 3380 de 1981.(1)

La Resolución 13437 de 1991, por su parte, nos convoca a la adopción del decálogo de los derechos de los pacientes, mediante los cuales se propende por la humanización de la atención en salud y se ha de garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas.

La Resolución 13437 de 1991, por su parte, nos convoca a la adopción del decálogo de los derechos de los pacientes, mediante los cuales se propende por la humanización de la atención en salud y se ha de garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas.

La Sentencia T-760 2008 El derecho a la Salud, señala que “la salud es un derecho fundamental”, lo cual implica y argumenta que todo colombiano tiene el derecho a acceder a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad, con indicadores que deben incorporar la medición del goce efectivo del derecho a la salud. (14)

Con el Decreto 1011 de 2006, el sector regula el Sistema Obligatorio Garantía de la Calidad (SOGC) del SGSSS, del cual hace parte un conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, para proveer servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera amigable y equitativa, cumpliendo con los atributos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

La Resolución 1841 de 2013 que avala el Plan Decenal de Salud Pública 2011-2021 (PDSP) plantea objetivos relacionados con la humanización como son los de garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos y el de mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud. A su vez, dentro de la dimensión 9ª Dimensión Transversal Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables, asocia dos metas relacionadas con la humanización.(4)

La Resolución 1841 de 2013 que avala el Plan Decenal de Salud Pública 2011-2021 (PDSP) plantea objetivos relacionados con la humanización como son los de garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos y el de mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud. A su vez, dentro de la dimensión 9ª Dimensión Transversal Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables, asocia dos metas relacionadas con la humanización (2)

El desarrollo del Enfoque Ético y Bioético tiene una relación imperante con la humanización, ya que el actor principal que antecede a las responsabilidades de los diferentes agentes son las personas, por ello, se recrea las condiciones humanas en salud, las cuales, los seres humanos establecen relaciones con otros, teniendo en cuenta el respeto por los demás, como menciona Fernando

Guzmán “realiza un llamado al rescate del hombre...humano”, por su fundamento en principios y valores irrenunciables relacionados con moral, que trascienda la brecha de la mercantilización de la salud con la humanización en salud (15).

Por lo tanto, la humanización se describe como un ejercicio ético que contribuye a salvaguardar la dignidad humana en armonía con la ética, la moral, los valores, los principios y la reglamentación deontológica que regulan las prácticas en un contexto de salud, entendiendo la dignidad como el valor único, insustituible e intransferible de toda persona humana en este caso como lo regula el ministerio de salud en Colombia en cuanto a la ejecución de buenas prácticas durante el proceso de atención hospitalario dando participación a todas las áreas de la salud(16 -27).

6. MARCO METODOLÓGICO.

Se propone un tipo de estudio cualitativo en el cual se pueda recopilar información acerca de la humanización en el servicio de terapia respiratoria, basado en el conocimiento y estudios previos, con relación a la realidad.

Tipo de Estudio.

Se realiza un tipo estudio de tipo revisión sistemática con metaanálisis por medio del método quorum, no experimental basados en la revisión de la información obtenida plasmada en una matriz de correlación de artículos donde se desglosaron de manera ordenada teniendo en cuenta los tipos de estudio, países, año, objetivos, resultados y conclusiones de cada uno de los artículos, ya que es considerada como un estudio descriptivo, selectivo y crítico que integra la información esencial en una perspectiva unitaria y de conjunto.

Población (criterios de inclusión y exclusión).

Dentro de los criterios de inclusión que se utilizaron para la búsqueda de artículos útiles para el estudio, fueron:

- a. Encontrarse en una ventana de tiempo comprendida entre los años 2017 y 2023.
- b. Contener las palabras clave como humanización, salud, servicios de urgencias, terapia respiratoria, Colombia, servicios de salud, unidad de cuidado intensivo.
- c. Que se encontraran en bases de datos científicas como: EBSCO, Dialnet, Elsevier, Scielo y revistas científicas de universidades nacionales e internacionales en las que se encontraron: Revista ciencia y cuidado. Universidad francisco de paula Santander, Repositorio universidad católica de Manizales Repositorio universidad nacional de Colombia, Revista médica los condes, Repositorio Universidad de Integración Internacional e la Lusofonia Afrobrasileña UNILAB, Revista de ciencias sociales, universidad del zulia.
- d. Estudios documentales experimentales y no experimentales descriptivos, que traten sobre el rol del terapeuta respiratorio en unidad de cuidado intensivo en paciente crítico con y sin soporte ventilatorio.

Criterios éticos

Este estudio es libre de riesgos y conflictos éticos debido a que es un artículo documental e informativo, el cual no tiene acercamiento directo con personas, por lo que mitiga la probabilidad de afectaciones a terceros.

Para extracción y análisis de los datos de los estudios seleccionados, se construyó un instrumento en una planilla Excel de Microsoft denominada matriz de artículos (Anexo 1), lo que permitió la extracción e interpretación de la información recolectada, lo que facilitó el análisis cuantitativo para la creación del proyecto.

Método

Se realizó la recolección de artículos mediante la matriz de creación propia con el fin de poder obtener artículos que incluyeran temas de humanización en servicios hospitalarios e incluyera la buenas prácticas en salud donde se encontraron 32 artículos iniciales, en los cuales se excluyeron todos aquellos artículos los cuales no cumplían con las palabras claves, el eje central del tema de humanización en salud y que estuvieran fuera de la ventana de tiempo establecida, excluyendo 12 artículos, dejando una muestra final de 20 artículos. (Figura 1), a los que se les realizó la aplicación de una lista de chequeo de creación propia (Anexo 2), con el fin de poder identificar la pertinencia de criterios para la elaboración del respectivo análisis cuantitativo, descriptivo y estadísticos de los resultados (Anexo 3), adicional, fueron evaluados con el nivel de evidencia y grado de recomendación según el método de SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN) (Figura 2), lo que permitió establecer los 20 artículos como muestra final de la investigación, ya que no se encontró ningún artículo con riesgo de sesgo. (Figura 3).

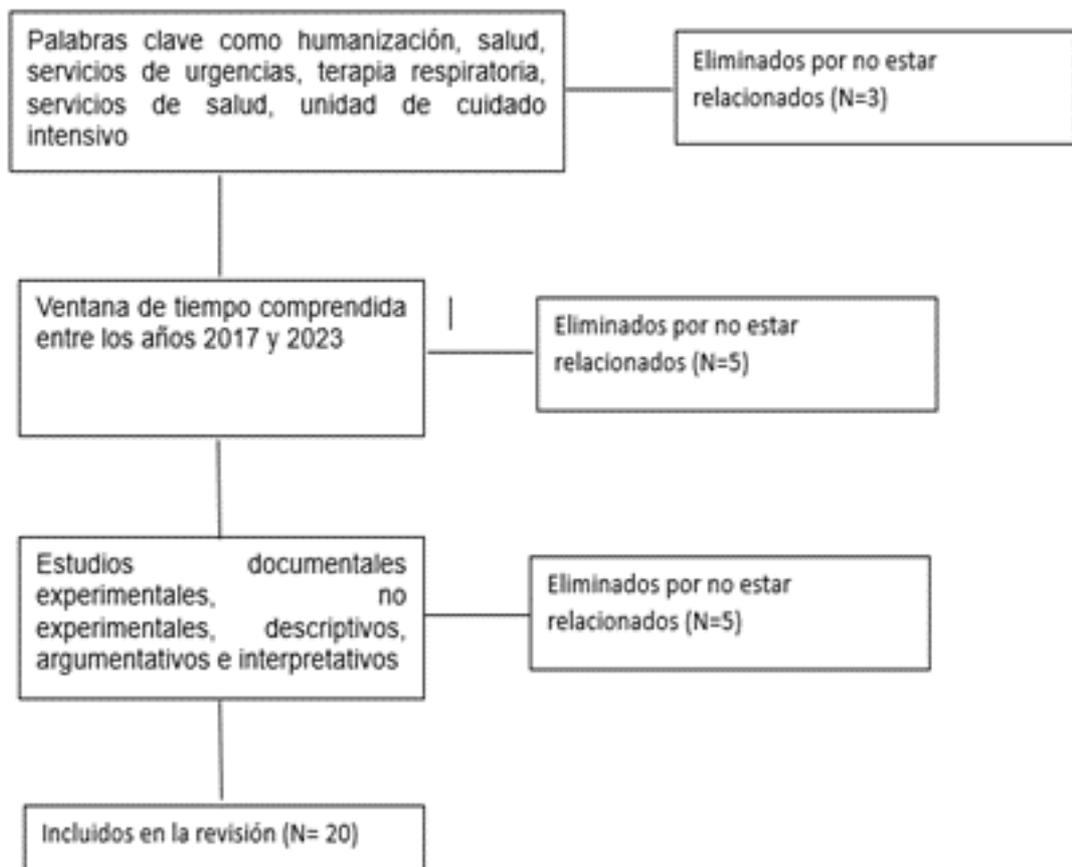


Figura 1. Creación propia.

NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN DE SIGN (SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK).

Niveles de evidencia científica	
1++	Meta-análisis (MA), de alta calidad, revisiones sistemáticas (RS) de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	MA bien realizados, RS de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.
1-	MA, RS de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
2++	RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.
Grados de recomendación	
A	Al menos un MA, RS o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestren gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+.
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestren gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++.
D	Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

Figura 2. Tomado de (Guiasalud. es, 2023)

Título	Tipo de estudio	Nivel de evidencia
Efectos que genera el Sistema General Seguridad Social en Salud ley 100 de 1993, en la atención humanizada que brinda la Clínica	cualitativa descriptiva-interpretativa	2+C

del Occidente		
Grado de humanización del servicio de urgencias del Hospital Raúl Orejuela Bueno sede San Vicente	Estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal	2+C
Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias	Revisión integrativa en la que se estudiaron 29 investigaciones originales	2++C
Humanización de la atención en salud: análisis del concepto	Investigación documental	1+A
Humanización de los cuidados intensivos	Revisión bibliográfica	3C
Humanización de los cuidados del paciente crítico en unidades de cuidados intensivos	Revisión bibliográfica,	<u>2+C</u>
Humanización de la atención hospitalaria en Colombia	Revisión sistemática de la literatura	3C
Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura	Revisión sistemática	2++C
La deconstrucción de la humanización: hacia la dignificación del cuidado de la salud.	artículo de carácter crítico – argumentativo	3C
Prácticas asistenciales en salud y enfermería, ética, humanización y comunicación	Estudio explicativo	3B
Analizadores de Prácticas de Apoyo en Humanización y Educación en Salud Permanente	Investigación cualitativa coa-intervención	2+C
Gestión humanizada de servicios hospitalarios: Percepción de los actores responsables del servicio en Colombia	El estudio cualitativo, desde un enfoque epistemológico introspectivo vivencial.	2+B
Protocolos de fisioterapia	Revisión	3D

respiratoria. coste-efectividad	bibliográfica de trabajo de grado	
Cumplimiento de las normas de bioseguridad. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Luis Vernaza, 2019	investigación descriptiva, transversal, con enfoque mixto	3C
Evaluación de lesiones orales en pacientes intubados y su asociación con el motivo de hospitalización.	Estudio observacional, transversal y comparativo.	3C
Humanización del abordaje kinésico en la UCI	Descriptivo observacional, con enfoque cuali-cuantitativo	4C
Estudio comparativo de documentación y prácticas asociadas a la atención en salud ambulatoria en tres instituciones de salud	Investigación documental	3C
Impacto de la fisioterapia respiratoria en el manejo intrahospitalario de pacientes COVID-19 atendidos en el Hospital General Docente Ambato	Descriptivo observacional, con enfoque cuali-cuantitativo	2+B
Efecto de un protocolo de higiene oral en pacientes de terapia intensiva del instituto nacional de enfermedades respiratorias y del ambiente en el año 2017	Estudio experimental	2+B
Medidas de bioseguridad en el área de terapia respiratoria	Investigación descriptiva transversal	2+B

Figura 3. Creación propia.

7. RESULTADOS

Para este estudio se realizó la recolección de datos por medio de una matriz de creación propia (Anexo 1), de la siguiente manera:

N u m e r a l	Titulo	Autor	A ñ o	Paí s	Base de datos	Tipo de estudio
1	Efectos que genera el Sistema General Seguridad Social en Salud ley 100 de 1993, en la atención humanizada que brinda la Clínica del Occidente	Cruz Molina, John Edward	2017	Colombia, Bogotá	Repositorio universidad nacional de Colombia	cualitativa descriptiva-interpretativa
2	Grado de humanización del servicio de urgencias del Hospital Raúl Orejuela Bueno sede San Vicente	Belalcázar, Edwin Fernando Castrillón, Silvana Vanessa Valencia, Sandra Milena Chamorro, Wendy	2021	Colombia, Manizales	Repositorio universidad católica de Manizales	Estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal
3	Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias	Erika María Pabón Ortiz Jop Vann-Derth Mora Cruz Carmen Yaneth Buitrago Buitrago Ruth Alexandra Castiblanco Montañez	2021	Colombia, Bogotá	Dialnet	Revisión integrativa en la que se estudiaron 29 investigaciones originales
4	Humanización de la atención en salud: análisis del concepto	Ángela María Henao Castaño Oscar Javier Vergara Escobar Olga Janeth Gómez Ramírez	2021	Colombia	Revista ciencia y cuidado. Universidad francisco de paula Santander	Se aplicó la propuesta por Beth L Rodgers que establece siete pasos para el análisis del concepto, la investigación documental se realizó con bases de datos Springer Plus, Pubmed, EBSCO Host y Biblioteca Virtual en Salud y página de organismo nacional, en el idioma español, inglés y portugués.
5	Humanización de los cuidados intensivos	Veronica rojas	2019	Chile	Elselvier, Revista médicos	Revisión bibliográfica
6	Humanización de los cuidados del paciente crítico en unidades de	Javier Villanueva Luengo	2022	España	Repositorio universidad de Valladolid	Revisión bibliográfica, cuya búsqueda se ha realizado entre los meses de noviembre de 2021 y mayo de

	cuidados intensivos					2022, utilizando las bases de datos de PubMed, SciELO, Google Académico y la Biblioteca virtual de la UVa. Se han recogido artículos en español e inglés que cumplieran los criterios de inclusión.
7	Humanización de la atención hospitalaria en Colombia	Palomino Arboleda, Deisy Guzmán García, Maricell Escobar Arias, Mónica Milena	2020	Colombia, Risaralda	Repositorio Institucional Areandina	Revisión sistemática de la literatura
8	Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura	Diana Milena Carlosama, Nixon Giovanni Villota, Vanessa Katherine Benavides, Fredy Hernán Villalobos, Edith de Lourdes Hernández, Sonia Maritza Matabancho y.	2019	Colombia	Repositorio Universidad de Nariño	revisión sistemática que analiza y sintetiza 30 estudios sobre la humanización de los servicios de salud en Iberoamérica realizados entre los años 2008 y 2017
9	La deconstrucción de la humanización: hacia la dignificación del cuidado de la salud.	John Camilo García Uribe	2021	Colombia	Repositorio corporación universitaria Remington	artículo de carácter crítico – argumentativo
10	Efectos que genera el Sistema General Seguridad Social en Salud ley 100 de 1993, en la atención humanizada que brinda la Clínica del Occidente	Lidia Rocha de Oliveira, José Erivelton de Souza Maciel Ferreira, Tahissa Frota Cavalcante	2021	Brasil	Repositorio Universidad de Integración Internacional e la Lusofobia Afrobrasil eña UNILAB	Estudio explicativo
11	Analizadores de Prácticas de Apoyo en Humanización y Educación en Salud Permanente	Cinira Magali Fortuna Adriana Barbieri Feliciano Monica Vilchez Silva Maristel Kasper Angelina Lettiere-Viana Karen	2020	BRASIL	BVS biblioteca virtual en salud-scielo	Investigación cualitativa completa de tipo investigación-intervención

		da Silva Santos				
1 2	Gestión humanizada de servicios hospitalarios: Percepción de los actores responsables del servicio en Colombia	Urdaneta Urdaneta Geovanni Antonio, Ríos Parra Doile Enrique, Terán Reales Víctor Antonio	2 0 2 1	Col om bia	Revista de ciencias sociales, universidad de la zulia	El estudio se enmarca en el paradigma fenomenológico cualitativo, desde un enfoque epistemológico introspectivo vivencial, apoyado en el método etnográfico
1 3	Protocolos de fisioterapia respiratoria. coste-efectividad	Cruz bailen noelia, Jarabo Pereda, Alberto	2 0 2 0	Esp aña	dspace.u mh.es	Revisión bibliográfica de trabajo de grado
1 4	Cumplimiento de las normas de bioseguridad. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Luis Vernaza, 2019	Jerson Xavier Zuñiga Pacheco	2 0 1 9	Ecu ado r	Scielo	investigación descriptiva, transversal, con enfoque mixto
1 5	Evaluación de lesiones orales en pacientes intubados y su asociación con el motivo de hospitalización.	Lizett Trujillo Morales, Rubén Valenzuela Esquivel, Karla L Tovar Carrillo, Juan Carlos Cuevas Gonzales, Alejandro Donohue Cornejo, Salvador David Nava Martínez, León Francisco Espinosa Cristóbal§	2 0 2 1	Mé xico	Revista de la Asociación Dental Mexicana	De acuerdo con los motivos de intubación más frecuentes. Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y comparativo.
1 6	Humanización del abordaje kinésico en la UCI	Rohr, David Carlos	2 0 2 1	Arg enti na	Repositorio institucional digital UGR	
1 7	Estudio comparativo de documentación y prácticas asociadas a la atención en salud ambulatoria en tres	Adriana Milena Gómez Galindo Carolina Páez Salemi Magda Rincón Gómez Luis Guillermo	2 0 1 9	Col om bia	Repositorio pontificia universidad javeriana	Investigación documental

	instituciones de salud	Rodríguez Gómez Edwin Yesid Peña Pulido				
18	Impacto de la fisioterapia respiratoria en el manejo intrahospitalario de pacientes COVID-19 atendidos en el Hospital General Docente Ambato	Gabriela Alexandra Santamaría Santana	2022	Ecuador	Repositorio universidad técnica de Ambato.	Descriptivo observacional, con enfoque cuali cuantitativo
19	Efecto de un protocolo de higiene oral en pacientes de terapia intensiva del instituto nacional de enfermedades respiratorias y del ambiente en el año 2017	Claudia liliiana soto	2018	Paraguay	Repositorio universidad nacional de asunción	Experimental con reclutamiento de casos consecutivos, donde se mantuvieron 2 grupos de participantes, los cuales fueron asignados aleatoriamente a cada grupo; al primero se les aplicó el protocolo de higiene oral cada 12 hs y al segundo la higiene oral de rutina de UTI cada 8 hs durante 3 meses.
20	Medidas de bioseguridad en el área de terapia respiratoria	Daniela Andrea Tejedor Moron Katherine Emiliany Rodríguez Angulo Amy Estefany Ochoa Fuentes Sarai Esther Barrios Villar	2019	Barraquill, Colombia	Repositorio universidad libre	Esta investigación es de tipo descriptivo transversal ya que será un estudio diseñado para medir la prevalencia de una exposición y/o resultado en una población definida y en un punto específico de tiempo.

Matriz de artículos (Anexo 1). Creación propia.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Posteriormente, se realizó la aplicación de una check list (Anexo 2). para evaluar el cumplimiento de los artículos y congruencia con el desarrollo del proyecto de tal manera que permitiera extraer la información necesaria para la propuesta del protocolo, el cual se obtuvo la siguiente tabulación:

PLANTILLA HOJA DE VERIFICACIÓN DE ITEMS

ARCHIVO			
Nombre de observador: Alejandra vargas y Carolina botton			
# DE ARTICULOS: 20			
Fecha: 09/05/2023			
ARTICULO EVALUADO	Art 1	Art 2	Art 3
ITEMS			
Ventana de tiempo del año 2017 al 2023	C	C	C
Bases de datos o revistas indexadas	NA	NA	NA
Trabajos de grado o tesis de investigación	C	C	C
Temario de terapia respiratoria	NC	NC	NC
Temario de políticas de humanización	C	C	C
Factores influyentes de humanización	C	C	C
Programas o protocolos de humanización	C	C	C
Prácticas de terapia respiratoria	NC	NC	NC
Estudios realizados en Colombia	C	C	C
Estudios realizados en otros países	NA	NA	NA

Cumple C
No cumple NC
No aplica NA

Lista de chequeo (Anexo 2). Creación propia

PLANTILLA HOJA DE VERIFICACIÓN DE ITEMS

Art 4	Art 5	Art 6	Art 7	Art 8	Art 9	Art 10	Art 11	Art 12
C	C	C	C	C	C	C	C	C
C	C	NC	C	NA	NA	NA	C	C
C	C	C	C	C	C	C	C	C
NC	C	NC						
C	C	C	C	C	C	C	C	C
C	C	C	C	C	C	C	C	C
C	C	C	C	C	C	C	C	C
NC	C	C	NC	NC	NC	NC	C	NC
C	NA	NA	C	C	C	NA	NA	C
NA	C	C	NA	NA	NA	C	C	NA

Lista de chequeo (Anexo 2). Creación propia

PLANTILLA HOJA DE VERIFICACIÓN DE ITEMS

Art 13	Art 14	Art 15	Art 16	Art 17	Art 18	Art 19	Art 20	NC/NA
C	C	C	C	C	C	C	C	0
NA	C	C	NA	NA	NA	NA	NA	13
C	C	C	C	C	C	C	C	0
C	NC	NC	C	C	C	C	C	13
NC	C	C	C	C	NC	C	C	2
NC	C	C	C	C	NC	C	C	2
NC	C	C	C	C	NC	C	C	2
C	C	C	C	C	C	C	C	9
NA	NA	NA	NA	C	NA	NA	C	10
C	C	C	C	NA	C	C	NA	10

Lista de chequeo (Anexo 2). Creación propia

Se realizó tabulación de todos los resultados obtenidos mediante un instrumento de tipo check list (Anexo 1), en el cual se describen los criterios de inclusión para la elección de los artículos fuente base para realizar este estudio, donde se encontraron 20 artículos que cumplieran con más del 70% de dichos criterios, donde pudimos obtener el siguiente análisis:

Criterio 1: Ventana de tiempo del año 2017 al 2023.

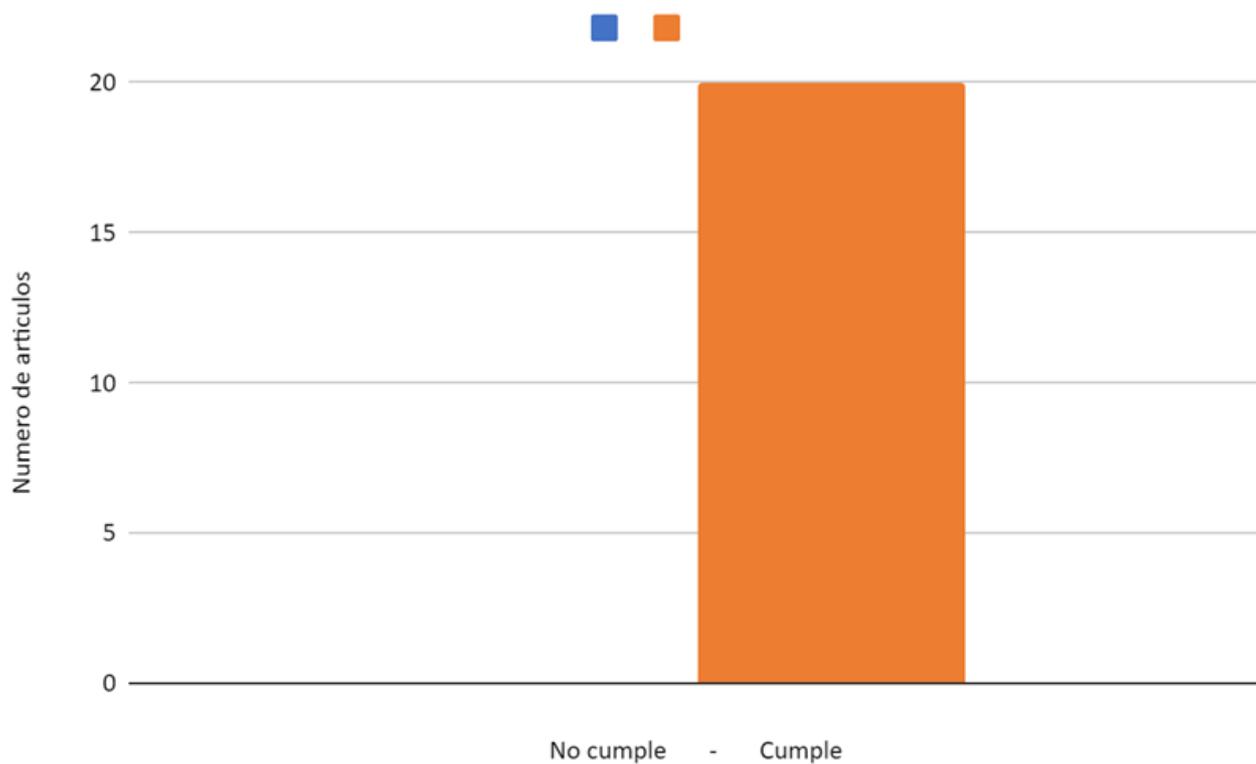
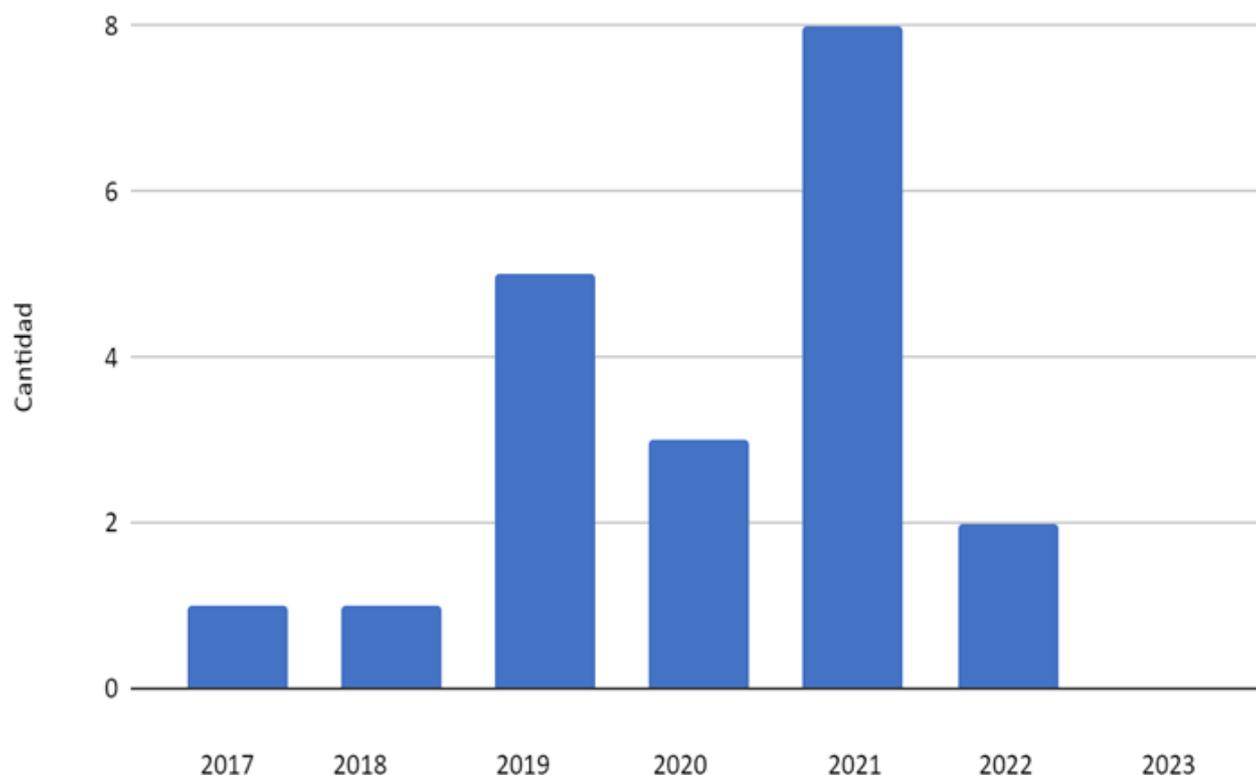


Diagrama de creación propia.

Se encontró que, de los 20 artículos seleccionados, el 100% cumplió con este criterio de inclusión.

Se clasificaron de la siguiente manera

Año de artículos



Se identificaron 8 artículos del año 2021, 5 artículos del año 2019, 3 artículos del año 2020, dos del año 2022, 1 del año 2018, 1 del año del 2017 y 0 del año 2023, lo que nos permite concluir que el año 2021 fue el año de mayor interés por el tema de la humanización en general en servicios hospitalarios, que teniendo en cuenta la brecha de salubridad que se vivió en tal año por el covid 19, nos permite llegar a la conclusión que desde allí tomó mayor fuerza la dignidad humana en términos de calidad de los servicios de salud en pro de la seguridad del paciente y la recuperación del mismo en su cuadro clínico.

Tipo de estudio

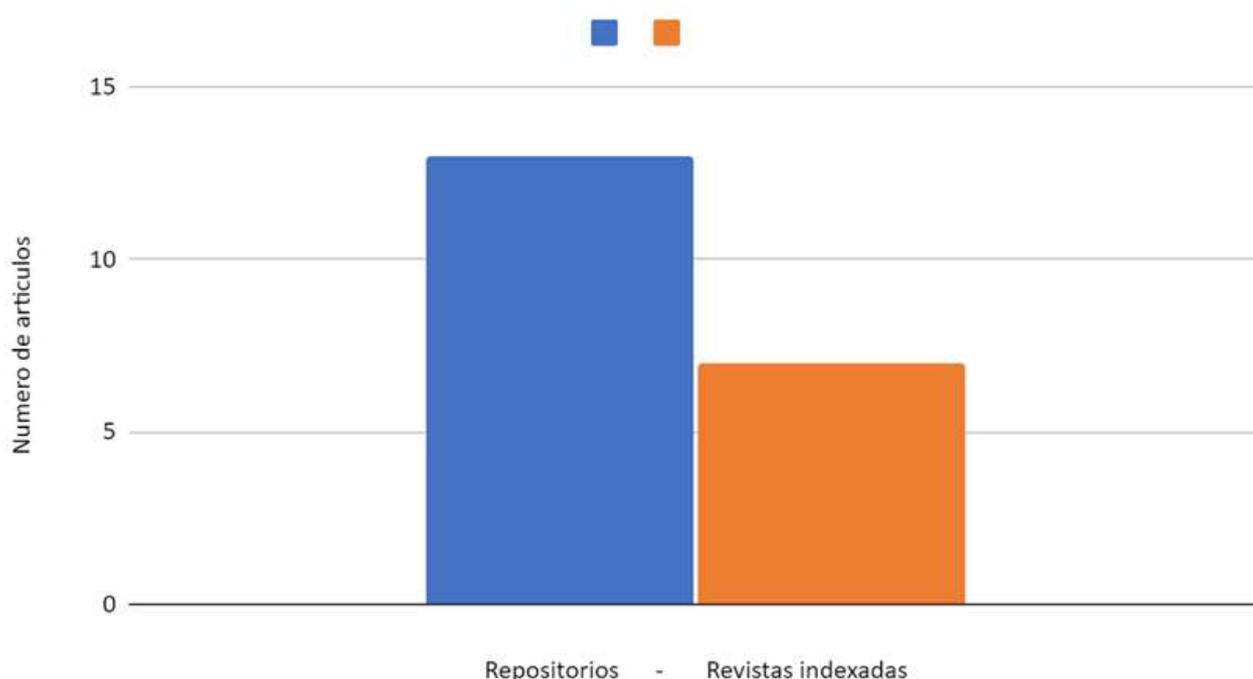
Tipo de estudio	Numero de articulos encontrados
Estudio cualitativo descriptiva-interpretativa	4
Estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal	2
Revisión Documental, crítico - interrogativa	3
Revisión bibliográfica	4
Revisión sistemática	3
Estudio explicativo	1

Estudio observacional transversal	2
Estudio experimental	1

Se evidencio que la mayoría de artículos fueron de tipo de revisión bibliográfica, sistemática o documental, lo que nos permite identificar que hay buena evidencia científica sustentada y argumentativa, lo que permite concluir que la humanización en salud es un tema que aún está en construcción y aplicación en las diferentes entidades de salud y hospitalarias.

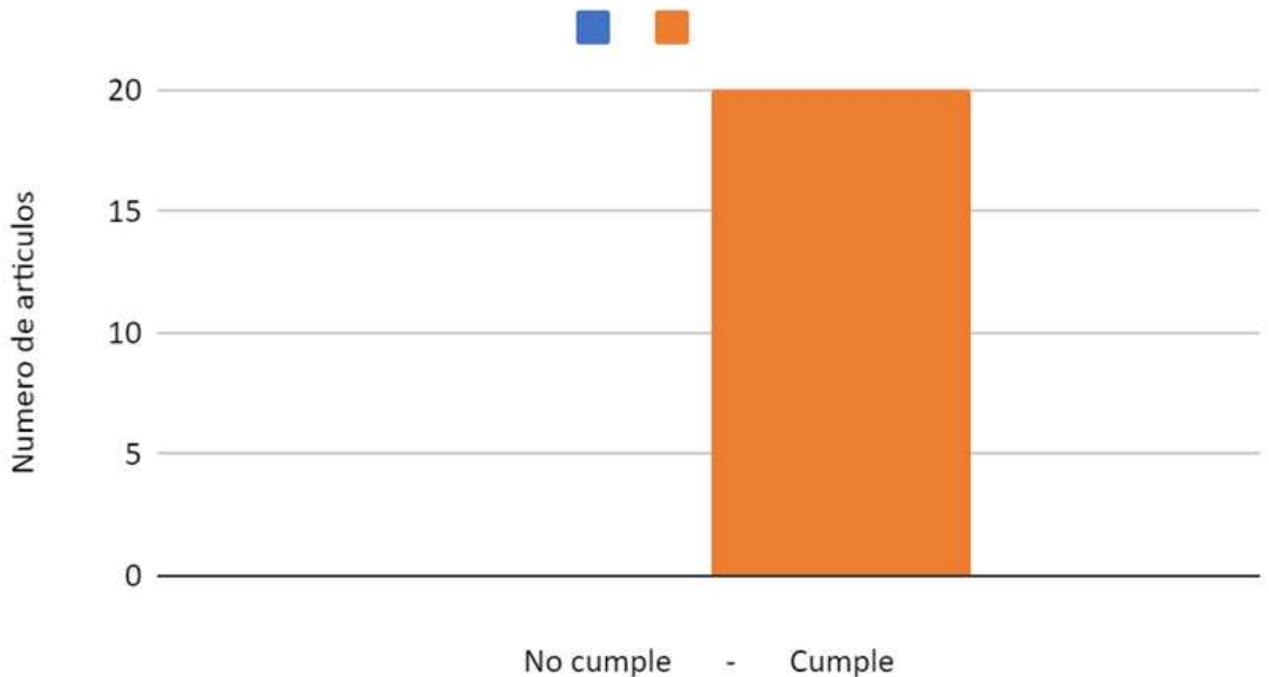
Criterio 2: Bases de datos o revistas indexadas; Se evidencio que el 65% es decir 13, de los artículos se encuentran publicados en repositorios de universidades y solo el 35% es decir 7, se encontró publicado en revistas indexadas y/o bases de datos, lo que nos permite inducir que la información recolectada se encuentra con buena evidencia ya que son trabajos de grado de especialización y se encuentra en los repositorios de universidades Colombianas, sin embargo, es necesario deducir que es importante que las revistas científicas y las universidades colombianas enfatice más en la publicación de nueva evidencia por parte de sus programas.

Bases de datos utilizadas



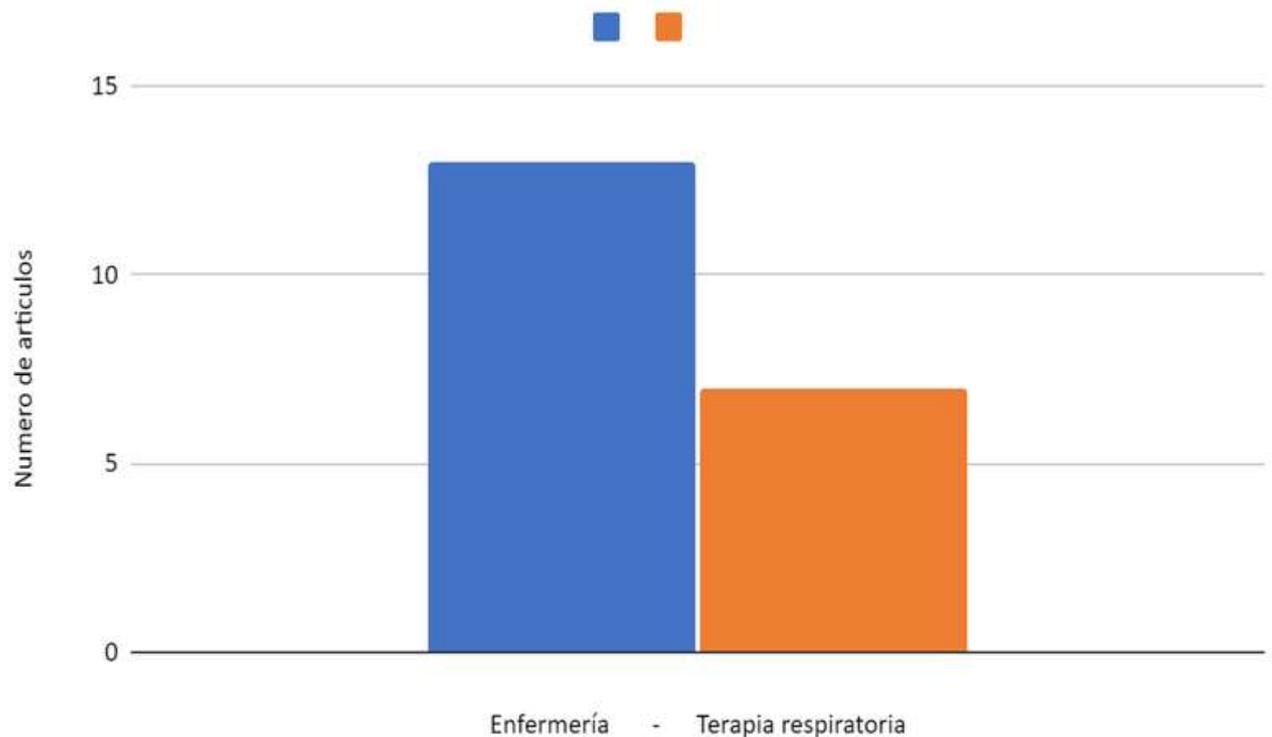
Criterio 3: Trabajos de grado o tesis de investigación; el 100% de los artículos encontrados tienen líneas de investigación tanto experimentales, descriptivas, de tipo revisión bibliográfica, lo cual brinda bastante información para la ejecución de la investigación.

Trabajos de grado o investigaciones encontradas



Criterio 4: Temario de terapia respiratoria, Se evidencio que el 65% es decir 13, de los artículos hablan de la humanización del paciente en cuidado crítico desde otras especialidades como enfermería y medicina y solo el 35% es decir 7 artículos hablaban específicamente de prácticas y temas específicos de terapia respiratoria, donde se incluyen temas tales como: Rol del terapeuta respiratorio en servicios hospitalarios de alta complejidad durante el tratamiento de enfermedades tanto agudas como crónicas con el objetivo de mejorar la condición física de los usuarios.

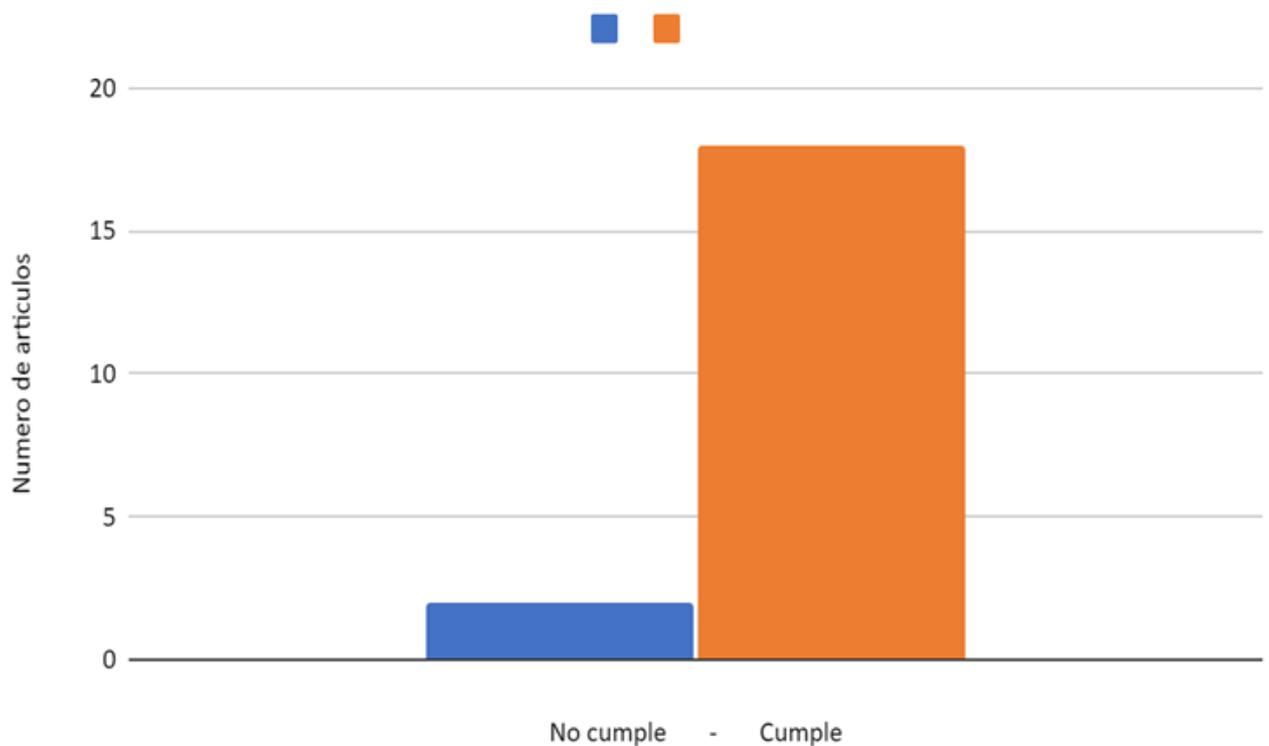
Temas de humanización por profesión



Criterio 5: Temario de políticas de humanización, se evidencio que el 90% de los artículos, es decir 18, se basaban en la normatividad vigente y políticas aplicables a la humanización de pacientes en servicios de cuidados hospitalarios incluyendo urgencias y unidad de cuidado intensivo, donde en 18 de los artículos tomados, se evidencio que a partir de la humanización y en pro de la calidad de vida de los pacientes, se inicio la aplicación de teorías y practicas de humanización, de seguridad del paciente y sobre salud pública, todo ello teniendo en cuenta el concepto de la organización mundial de la salud OMS, donde se exponen los diferentes significados de humanización, salud y bioseguridad, esta ultima la cual es importante y es indispensable su utilización ya que la humanización en servicios de salud no solo trata del paciente, si no también de sus colaboradores, los profesionales en salud quienes son los actores principales de la humanización también requieren vivenciar la humanización; para ellos, también se establecen practicas reguladas por cada institución en pro del mantenimiento de la salud del colaborador y de su

integridad tanto física, mental y social, donde adicional de hablar de la buenas practicas se tocan temas como la sobre carga laboral, remuneración económica y jornadas laborales, sin dejar de un lado sus responsabilidades sociales dentro de su rol familiar, todo esto, dentro de los estudios, fue importante reconocerlo ya que permitió la modificación de ciertas practicas internas de las instituciones para permitir la plenitud del profesional.

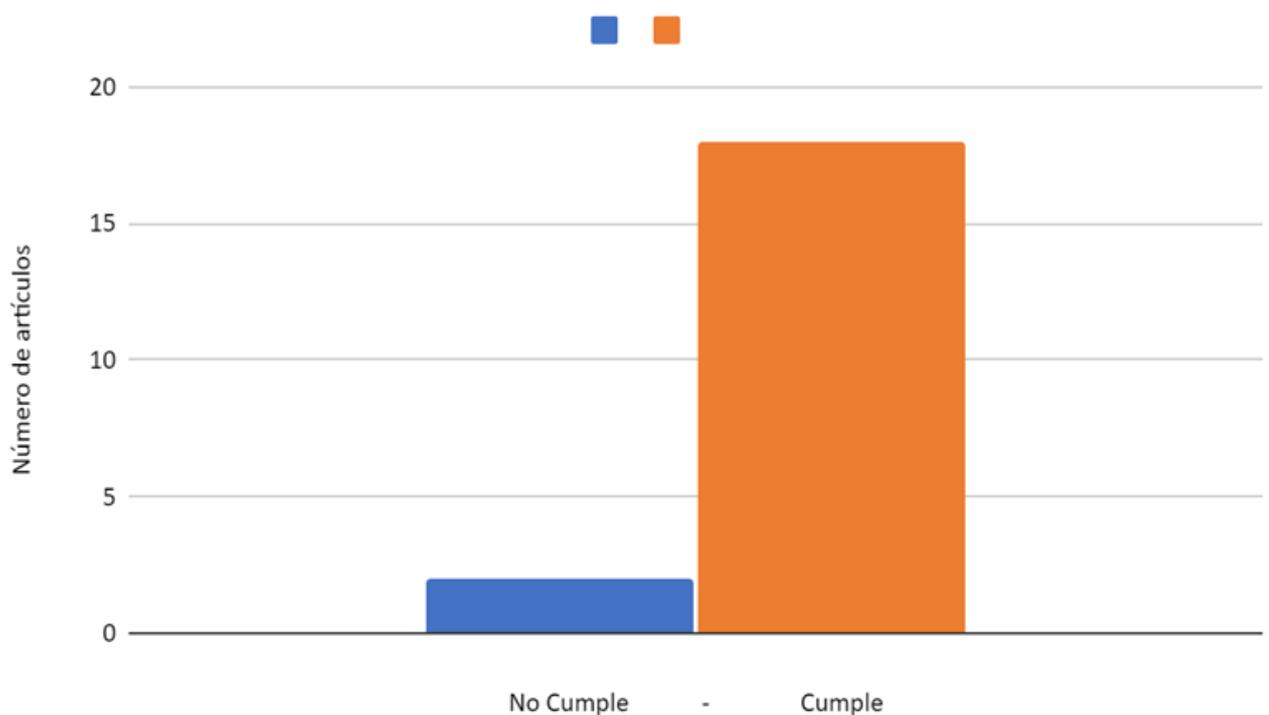
Políticas de humanización



Criterio 6: Factores influyentes de humanización, se evidencio que el 90% de los artículos, es decir 18 de ellos, exponen de manera generalizada los factores que influyen positiva como negativamente en la atención humanizada de pacientes en servicios de cuidados hospitalarios incluyendo urgencias y unidad de cuidado intensivo, y el impacto que tienen en el alta del paciente de dichos servicios, sin embargo, son factores muy amplios y poco específicos en terapia respiratoria, en los que se describen prácticas estandarizadas por la organización mundial de la salud como lo es: Conocimiento de la normativa asociada, uso de equipos de protección personal y manejo adecuado de

desechos físicos, químicos, anatomopatológicos y bioquímicos en especial los corto-punzantes, los cuales pueden desencadenar diferentes implicaciones y afectaciones en la salud de los profesionales de la salud; en estos, se enfatiza más en el quehacer de enfermería ya que es la profesión quien mantiene mayor cuidado de la integridad del paciente desde la limpieza personal hasta el riesgo de caídas. Adicionalmente, se logró documentar que la insuficiente disponibilidad de insumos se asocia de forma negativa de la humanización en los servicios. Es por ello, que la humanización ha propagado mayor fuerza en su aplicación ya que mejora los atributos del servicio, criterios de calidad del servicio, valores del personal, ambiente de trabajo y procesos organizacionales.

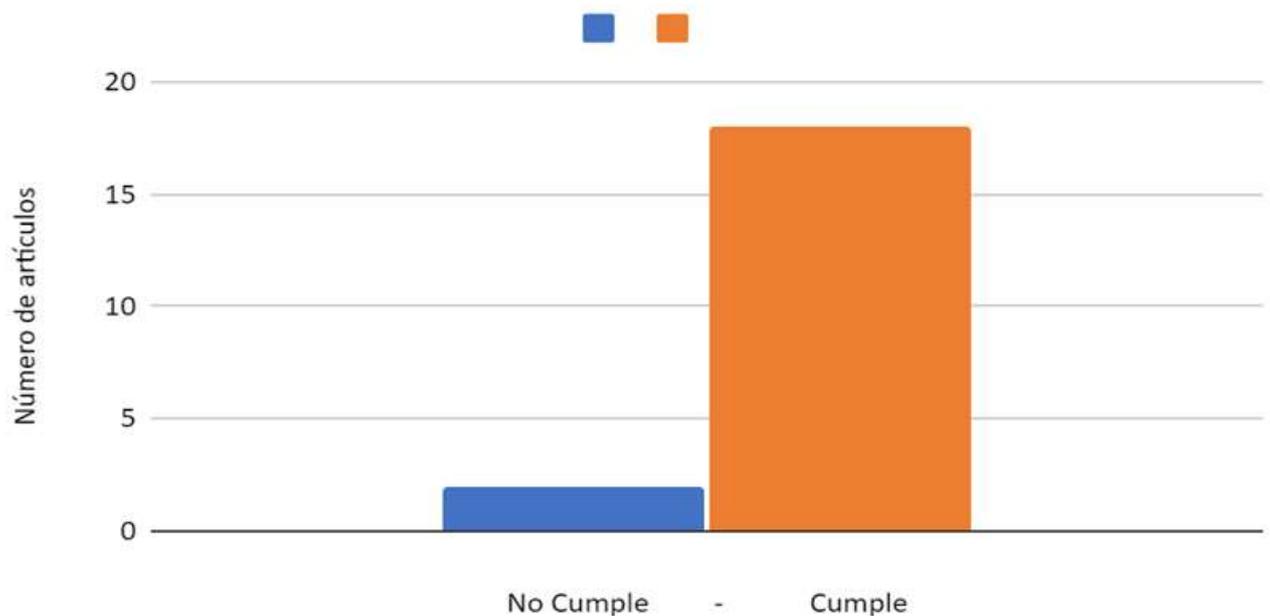
Factores influyentes en humanización



Criterio 7: Programas o protocolos de humanización, se evidencio que el 90% de los artículos, es decir 18, se basaban en la humanización aplicada en hospitales y centros de salud que atienden pacientes en servicios de cuidados hospitalarios incluyendo urgencias y unidad de cuidado intensivo, sin embargo, son poco específicos en la hora de hablar del rol del terapeuta respiratorio en la humanización y su influencia en la alta temprana del paciente crítico, por otro lado, es importante destacar que en los artículos se describe la manera en que

identificaron la necesidad de la humanización en los servicios hospitalarios y la creación de programas de humanización en los diferentes espacios hospitalarios con el fin de brindar mayor seguridad para los pacientes de tal manera que tuviesen un impacto positivo en la recuperación de la salud, donde se aplicaron encuestas y listas de chequeo tanto a usuarios como a familiares y profesionales de las diferentes instituciones abordadas en los artículos, todo esto buscando cuáles eran las deficiencias sociales y hospitalarias desde el ámbito de higiene, en el cual se estaba fallando, permitiendo así la creación de políticas internas y programas para aumentar los estándares en los servicios de salud.

Programas de humanización



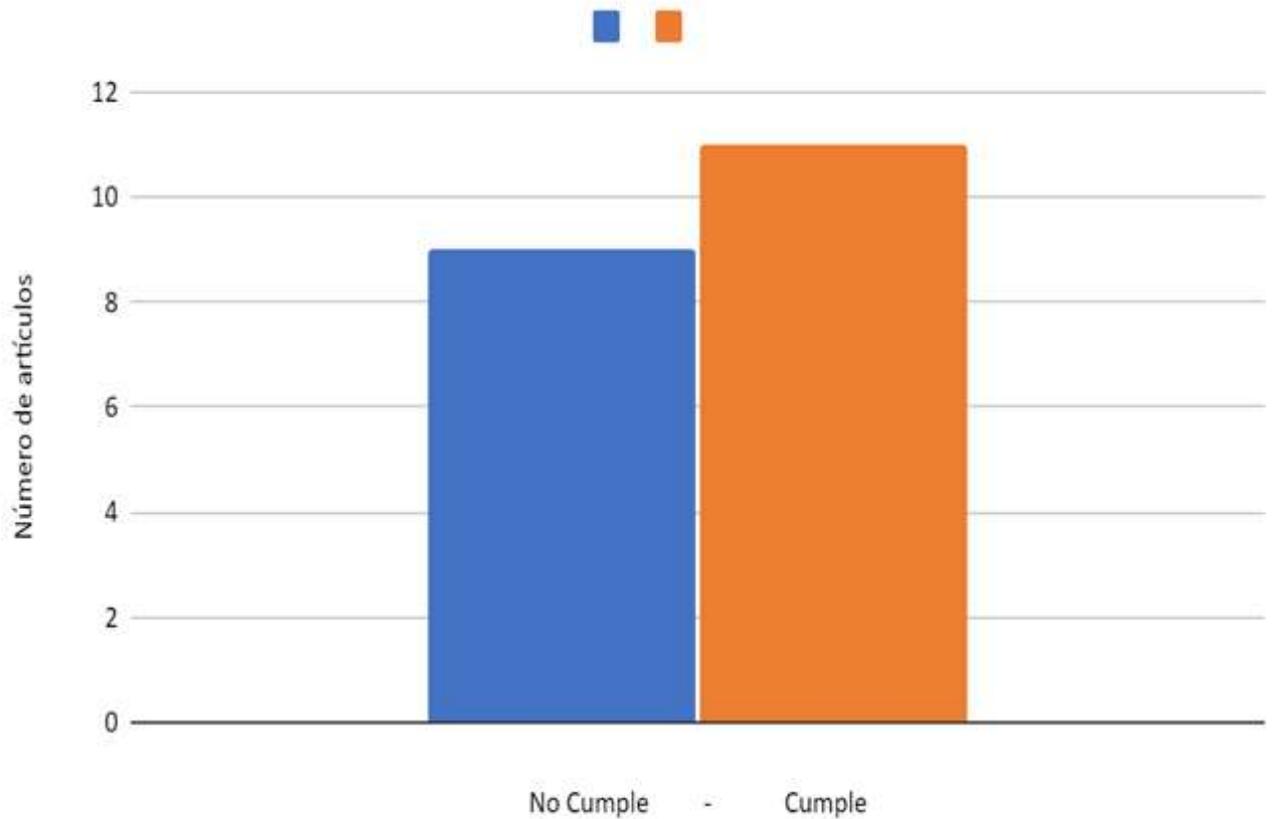
Criterio 8: Prácticas de terapia respiratoria, se evidencio que el 55% de los artículos, es decir 11, incluyen la especialidad de terapia respiratoria dentro de los protocolos de atención humanizada en servicios de hospitalización en unidad de cuidado intensivo,

Dentro de las buenas prácticas de la terapia respiratoria se logró identificar que: El concepto de dignidad humana en salud y reconstruir el concepto de la humanización en salud partiendo desde la igualdad para encontrar la diferencia y las necesidades de cada paciente teniendo en cuenta el tratamiento de su enfermedad, por lo que se encontró que el rol del terapeuta respiratorio dentro

de los cuidados intensivos junto con el equipo de enfermería son indispensables para la mitigación de afecciones respiratorias agudas y crónicas, con objetivo mejorar la recuperación física después de una enfermedad aguda o recaída de enfermedad crónica y paliativa.

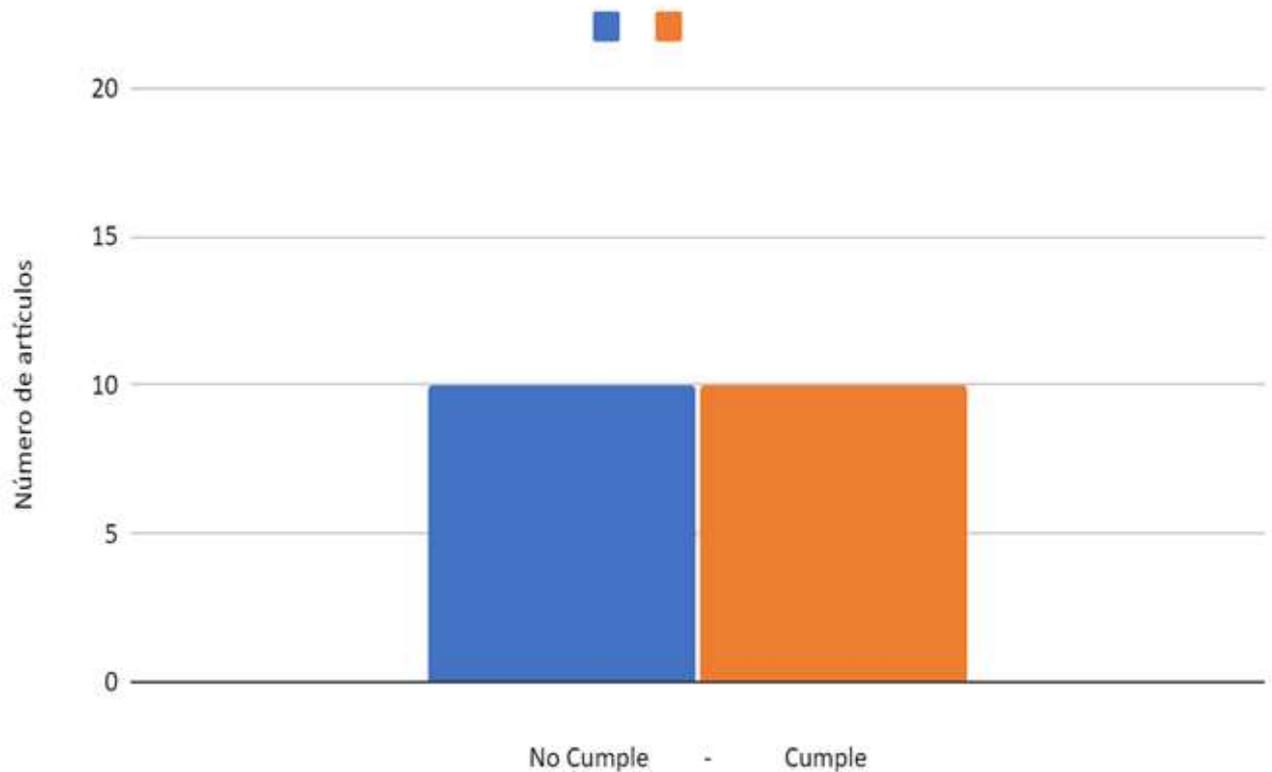
Dentro de las prácticas encontradas es preciso describir, que el lavado de las manos antes y después del procedimiento, el uso de calzado de guantes de procedimiento para la preparación de los materiales a utilizar (cepillo de dientes, gasas, sonda para aspiración, clorhexidina 0,12%, abreboca), la verificación del ángulo de la cabecera de la cama del paciente (30 °C), la verificación de la tensión del cuff (20 a 30 mm Hg), el uso de calzado estériles, la realización de la aspiración bucal y subglótica, la correcta locación de clorhexidina 0,12% a la gasa a ser utilizada por procedimiento, el cepillado de los dientes de atrás hacia adelante (realizar la higiene con la gasa), la limpieza de toda la mucosa bucal y también la lengua del paciente con la gasa húmeda con la clorhexidina, la repetición de la aspiración bucal y orofaríngea, el guardado del cepillo dental en gasa humedecida con clorhexidina (renovar en cada higiene) Repetición el PHO CADA 12 horas. durante la estadía del paciente en la UTI. Se comprobó una diferencia significativa entre el protocolo de higiene oral y la higiene oral de rutina, se evidenció una disminución de enfermedades respiratorias asociadas al cuidado de la salud, como neumonías aspirativas y por otro lado el cuidado de las unidades dentales de los pacientes, sin dejar a un lado la importancia del uso de protección ocular, utilización de túnica; en las barreras biológicas se encontró: Uso de guantes látex, uso de bata antifluido manga larga, uso de tapabocas desechables, en las barreras químicas: desinfección y esterilización de equipos biomédicos para uso invasivo y diagnóstico de uso directo por los profesionales de terapia respiratoria tales como uso de ventiladores mecánicos, cánulas de alto flujo y máquina para procesamiento de gases arteriales.

Practicas en terapia respiratoria



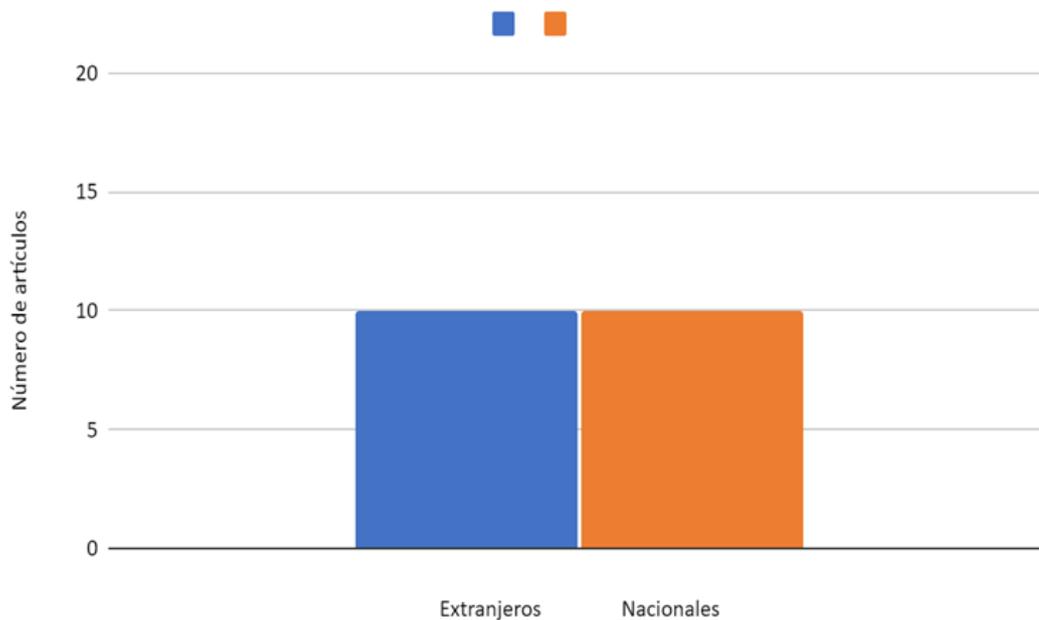
Criterio 9: Estudios realizados en Colombia el 50% de los estudios encontrados fueron realizados en Colombia, por diferentes ciudades del país como Manizales y Cali.

Artículos publicados en Colombia



Criterio 10: Estudios realizados en otros países el 50% de los estudios encontrados fueron extranjeros donde se incluyen países como Brasil, Argentina, México y España, lo cual nos brinda como evidencia que hay poco estudio a nivel mundial sobre el rol y la importancia del terapeuta respiratorio en la humanización de servicios de cuidados intensivos y su influencia en el alta temprana de los pacientes críticos.

Origen de los artículos



Posterior a la tabulación sobre el cumplimiento de los criterios de inclusión se realizó el análisis informativo de cada artículo teniendo en cuenta la matriz de artículos (Anexo 1), donde se logró recopilar información de la siguiente manera:

El primer artículo seleccionado, titulado “Efectos que genera el Sistema General Seguridad Social en Salud ley 100 de 1993, en la atención humanizada que brinda la Clínica del Occidente”, del año 2017, donde se logró entender la importancia de la ejecución de la humanización en los servicios hospitalarios y los beneficios que este brinda; tomando como ejemplo el aseguramiento social en salud que se ejecuta en Europa, el cual busca cubrir las necesidades salubres desde un punto de vista de integralidad y universalidad ofrecido a la población desde el aseguramiento de los derechos humanos, dignidad humana, eficiencia, integralidad, cobertura, equidad y acceso a servicios de salud, comparado con el sistema actual de salud que se tiene en Colombia, el cual ha presentado falencias lo que permite retrasos en atención oportuna e inadecuada atención humanizada. Por lo tanto la clínica del occidente ejecutó una serie de encuestas con el fin de conocer la percepción de la calidad de los servicios de salud prestados en dicha institución a los usuarios, con el fin de identificar las

causales y poner en marcha un plan de mejora orientados a las políticas ejecutadas en la clínica donde se encuentra: seguridad del paciente, política de sostenibilidad empresarial, política de calidad, política ambiental, política de seguridad y salud en el trabajo, política de humanización la cual está orientada a seguridad del paciente, manejo del dolor, calidez, comunicación asertiva, educación, fidelización y mejoramiento continuo. Lo que fue como resultado la creación de una nueva cultura interna denominada clínica con visión de servicio la cual se basó en medir el impacto de efectividad de la estrategia de humanización en salud por medio de indicadores donde se evaluó cuáles fueron los factores positivos y los negativos que influyen en una atención humanizada desde el punto de vista de los colaboradores donde se identificó que la sobrecarga laboral, el estado socioeconómico, bajos ingresos y rotaciones constantes dentro de la institución tenía impactos negativos importante dentro de la correcta ejecución de la cultura.

Segundo artículo seleccionado titulado “Grado de humanización del servicio de urgencias del Hospital Raúl Orejuela Bueno sede San Vicente” del año 2021, el cual se empleó un tipo de estudio cuantitativo descriptivo donde se empleó un instrumento que permitiera evaluar la percepción tanto de los profesionales, los usuarios y los familiares de los usuarios menores de edad, que permitiera describir los diferentes puntos de vista de la humanización, donde se evidenció que se presentaron falencias en conocimiento y ambiente laboral por parte de los profesionales lo que hace que la atención no fuera humanizada y por otro lado los usuarios y familiares percibieron aumento de los tiempos de espera y aumento de ocupación de la sala de espera del servicio, lo que propusieron capacitaciones y espacios de educación a los diferentes rangos de profesiones prestadas en el servicio de urgencias en pro de mejorar la calidad de profesionales que emplea la institución y adicional los servicios que los mismos pueden ofrecer. Lo que se puede concluir que es necesario reforzar la humanización desde el punto de vista de proceso de atención al servicio, con estrategias y experiencias de enseñanza-aprendizaje que tengan sentido para los profesionales de la salud junto con la necesidad de la alianza entre teoría y práctica, entre enseñanza y servicio, entre investigación y salud, en un proceso

convergente en el que la formación profesional podrá potencializar la atención al usuario.

Tercer artículo seleccionado titulado “Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias”, del año 2021, el cual empleó una metodología de revisión integrativa el cual buscaba describir estrategias que fortalezcan el componente de humanización en la prestación de servicios de salud en urgencias de un hospital de cuarto nivel, donde se encontró que las estrategias que se reportaron como efectivas y que inciden en los factores relacionados con la falta de humanización son: ausencia de capacitación en competencia de compasión, mindfulness y habilidades blandas; como también, la desinformación en el área de especialización y el aumento de la razón enfermero-paciente. Conclusiones: Las estrategias en mención mejoran la empatía, conciencia del presente, favorecen la comunicación, proporcionan habilidades para el éxito de la atención y disminuyen la sobrecarga laboral.

Cuarto artículo seleccionado titulado “Humanización de la atención en salud: análisis del concepto”, del año 2021, el cual se orienta al análisis del concepto de humanización de los servicios de salud, por medio de la revisión bibliográfica de artículos científicos que hablarán sobre la humanización y describieron el concepto dentro de sí, donde se encontró que la humanización en la atención en salud, se presenta atributos éticos, epistemológicos y metodológicos, en el cual se resalta la comunicación asertiva y efectiva en la atención en salud en el contexto de la salud-enfermedad, aportando para enfermería concepciones de la humanización en el marco de la atención de enfermería, mientras que por otro lado permite desarrollar estrategias en pro del bienestar y la buena práctica, por lo tanto, el concepto es una perspectiva útil para considerar a la humanización de la atención en salud como un eje orientador de políticas de mejoramiento y calidad de la atención, así como en la promoción de prácticas que facilitan el trabajo colaborativo, la comunicación y el desarrollo humano.

Quinto artículo seleccionado titulado “Humanización de los cuidados intensivos”, del año 2019, el cual es un tipo de estudio informativo el cual describe de manera detallada los avances tecnológicos que ha tenido la medicina en temas de cuidado intensivo para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades; adicional los cambios que ha sufrido tanto estructurales como técnicos para llevar mejoras en la atención, en la calidad de la salud y en la oportunidad de vida a los usuarios quienes requieren en algún momento de la vida un soporte especializado de la medicina, aplicado en Chile.

Adicional, describe que socialmente la palabra cuidado intensivo ha sufrido varios paradigmas negativos la cual es percibida como lugar de la muerte, por lo que la humanización dentro de la unidades de cuidado intensivo han requerido la implementación de diferentes estrategias, las cuales son descritas en 8 líneas: Uci de puertas abiertas, comunicación, bienestar del paciente, presencia y participación de familiares, cuidado al personal, prevención, manejo y seguimiento del síndrome post uci, infraestructura humanizada, cuidados al final de la vida; todo esto con el fin de generar más confianza y familiaridad tanto de los pacientes como de sus familiares, de tal manera que permita lograr romper los estigmas favoreciendo la participación de los familiares. Por medio de la implementación de dichas estrategias el concepto humanización en uci se convirtió en un elemento tanto diferenciador como de excelencia del servicio.

Sexto artículo seleccionado titulado “Humanización de los cuidados del paciente crítico en unidades de cuidados intensivos”, del año 2022, en el cual se busca analizar la situación actual de la humanización de los pacientes en los cuidados intensivos en España, por medio de la realización de una revisión bibliográfica donde se identificó que se han puesto en marcha diversos planes y medidas se han puesto en marcha con el fin de Re humanizar la asistencia sanitaria. Cabe destacar el Proyecto HUCI y el modelo HUMAS, enfocados en la humanización de las UCI, donde el personal de enfermería se encargará de estos cuidados, garantizando el bienestar tanto de los pacientes como de sus familiares, situación que los mantiene como los referentes internacionales en cuanto a la humanización de los cuidados en pacientes críticos, dejando en muy buen lugar a la Sanidad Española y a la investigación, siendo uno de los países que encabeza la lucha por la rehumanización de los cuidados.

Séptimo artículo seleccionado titulado “Humanización de la atención hospitalaria en Colombia”, del año 2020, donde se busca analizar la producción científica referente a la percepción de pacientes sobre humanización de la atención hospitalaria en Colombia, por medio de una revisión bibliográfica donde se obtuvieron finalmente 3 artículos científicos desde los cuales se logró confirmar que una atención humanizada en el contexto hospitalario, depende de la utilización equilibrada de diferentes acciones: acciones relacionales, empleo de tecnologías y conocimientos técnico-científicos de los trabajadores de la salud,

relacionados como importantes para prácticas humanizadas, sin embargo los autores describen que la investigación se encontró limitada dado a los pocos estudios de humanización disponible y publicada en Colombia desde el contexto hospitalario.

Octavo artículo seleccionado titulado “Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura”, del año 2019, en el cual se busca argumentar que la humanización es un imperativo ético que contribuye a salvaguardar la dignidad humana en armonía con los principios bioéticos y la reglamentación deontológica que regulan las prácticas en un contexto de salud, por lo tanto es necesario conocer los avances sobre el abordaje de la humanización en salud en Iberoamérica en los últimos diez años donde han surgido diferentes teorías como resultado al creciente interés por el tema en los últimos años y la generación de políticas, programas y estrategias en salud orientadas a niños y adolescentes, madres gestantes, servicios de alta complejidad, en instituciones y equipo de profesionales, los cuales deben fortalecerse desde una mirada integral del ser humano, de igual manera que como en estudios previos, vuelven a resaltar la bioética desde la postura europea que busca salvaguardar los principios de la humanización y por ende la dignidad humana durante todos los procesos del ciclo vital, adicional se describe la necesidad del reconocimiento del otro y el cuidado de la vida haciéndonos dependientes e independientes de una sociedad humana.

Por otro lado, se corrobora la importancia otorgada a los aspectos humanos y relacionales que también hacen parte de la relación clínica y que caracterizan una atención humanizada, tales como, la comunicación, la empatía y el respeto por los derechos, deseos y preferencias del paciente en torno al cuidado de su salud de manera autónoma en el marco asistencial de la salud, convirtiéndose en un reto para los profesionales de la salud la creación de instrumentos que permitan evaluar de manera válida y confiable diferentes aspectos de la humanización y tomar decisiones adecuadas frente a los mismos.

Noveno artículo seleccionado titulado “La deconstrucción de la humanización: hacia la dignificación del cuidado de la salud”, del año 2021, en el cual se busca brindar un punto de vista crítico y argumentativo frente al concepto de humanización del cuidado de la salud, teniendo como base de la investigación

tanto la humanización como la deshumanización, en pro de romper paradigmas y reconstruir el concepto real de la humanización desde la dignidad, todo esto se realiza por medio de un método hermenéutico contando con el punto de vista de varios autores basados en conceptos como Jacques Derrida, Joan Carles Melich y Steven Pinker, de tal manera que permitiera retomar y proponer el concepto de dignidad humana en salud y reconstruir el concepto de la humanización en salud partiendo desde la igualdad para encontrar la diferencia y las necesidades del otro, a través de una relación de cuidado.

En el décimo artículo seleccionado titulado "Prácticas asistenciales en salud y enfermería, ética, humanización y comunicación", del año 2021, Se realiza un tipo de estudio argumentativo donde se busca discutir la importancia de la ética para el autocuidado de la salud, alejándose de la hegemonía de los referentes normativos que dictan cómo deben ser las relaciones en el campo de la salud, tomando como referencia teórica el análisis de la ética, el saber y el poder realizado por el filósofo Michel Foucault. de tal manera que permita entender la forma efectiva del cuidado de la salud tanto de manera autónoma como de manera social. Por lo tanto, es cada vez más importante discutir estos procesos de la práctica del cuidado de enfermería, la ética, la humanización y la comunicación, para que se pueda adquirir más conocimiento sobre el tema y así entender su importancia.

En el onceavo artículo seleccionado titulado " Analizadores de Prácticas de Apoyo en Humanización y Educación en Salud Permanente" del año 2020, Habla sobre las políticas de humanización y la educación permanente de los profesionales de salud quienes son articuladores en salud en un municipio de sao paulo Brasil, donde se busco identificar cuales eran las falencias que se presentaban en un servicio de atención primaria en salud durante la pandemia por COVID -19, donde se identifico que la salud se encuentra en un paradigma social, político y económico del país, lo cual junto con el desconocimiento social sobre la pandemia fue generador de problemática con una pelea constante entre profesionales de salud y la comunidad; este hecho, hizo que las entidades de APS quedara a un segundo plano de prioridad, arrebatándose el primer lugar

todas las unidades de cuidado intensivo, lo que posterior a la terminación de la pandemia por el virus, estas entidades perdieron protagonismo y prioridad dentro del sistema ya que no se fomentó conocimiento durante el proceso, si o por lo contrario se asumió la situación y se actuó desde los conocimientos previos y se aprendió durante el proceso, situación que generó estrés y ansiedad en los profesionales de salud los cuales sufrieron también junto con los pacientes las secuelas de la pandemia desde la parte psicoemocional que pocas instituciones en salud trabajaron de manera interna, por lo que se propone mejora de la humanización desde adentro hacia afuera, de tal manera que mejore el estado social del sistema de salud.

En el doceavo artículo seleccionado titulado “Gestión humanizada de servicios hospitalarios: Percepción de los actores responsables del servicio en Colombia” se incluye la gestión de los servicios hospitalarios y se describe que debe basarse en acciones humanizadoras, con principios corporativos que garanticen el trato digno y equitativo de quienes necesitan de este cuidado. Esta investigación tiene como objetivo analizar la gestión humanizada de los servicios hospitalarios en Colombia, desde la percepción de los actores responsables del servicio, específicamente de la admisión y seguimiento de pacientes en el hospital Rosario Pumarejo de López. La información recolectada permitió revelar los rasgos de humanización presentes en el servicio y los principios corporativos desde la perspectiva de los actores, basado en las categorías emergentes: Atributos del servicio, criterios de calidad del servicio, valores del personal, ambiente de trabajo y procesos organizacionales.

En el treceavo artículo seleccionado titulado “Protocolos de fisioterapia respiratoria. coste-efectividad” busca describir y comparar los diferentes protocolos de fisioterapia respiratoria, además de ver cuales aportan más beneficios al paciente y cuales generan menos costos a nivel sanitario. Y también se aportan las definiciones de un protocolo sanitario y fisioterapia respiratoria, se describe que los programas respiratorios utilizados en las diferentes patologías son por lo general efectivos. Siendo el entrenamiento muscular inspiratorio el abordaje más utilizado en la mayoría de ellos. Además,

la existencia de estos programas disminuye los costes en aquellos hospitales en los que se aplica.

En el catorceavo artículo seleccionado titulado “Cumplimiento de las normas de bioseguridad. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Luis Vernaza, 2019” en donde se realiza una investigación en cuanto al cumplimiento de las normas de bioseguridad en el hospital, Se trabajó con la totalidad de la población (93 profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Luis Vernaza). Se utilizaron métodos teóricos, empíricos y estadísticos, los que guiaron los pasos del proceso de investigación. Como técnica para la recolección de los datos se empleó un cuestionario dirigido a identificar el cumplimiento de las normas de bioseguridad por parte de los profesionales de la salud del contexto de estudio, conformado por preguntas abiertas y cerradas, el que fue diseñado por el investigador y validado durante el proceso investigativo utilizando el método cuali-cuantitativo de Validación de Contenido y de Constructo y de la Confiabilidad mediante la determinación del Coeficiente Alfa de Cronbach ($\alpha = 1$).

Los integrantes de la población de estudio comparten similares características sociodemográficas que favorecen el incumplimiento de las normas de bioseguridad, siendo la falta de capacitación, la sobrecarga asistencial y la baja experiencia de trabajo en UCI considerados como factores conducentes a esa problemática. Se observó desconocimiento de esta normativa, lo que causa insuficiente uso de equipos de protección personal y manejo inadecuado de desechos cortopunzantes. La insuficiente disponibilidad de insumos se asocia de forma negativa a estos resultados.

En el quinceavo artículo seleccionado titulado “Evaluación de lesiones orales en pacientes intubados y su asociación con el motivo de hospitalización” Se buscó identificar las alteraciones bucodentales más frecuentes en pacientes intubados, así como explorar las posibles asociaciones de acuerdo con los motivos de intubación más frecuentes, La una de las alteraciones bucales se encontraría asociada con enfermedades orales crónicas, como lo son la caries dental (76%), periodontitis (44%) y cálculo dental (58%), pero también alteraciones bucales

como la lengua saburral (64%), xerostomía (52%) y úlceras (36%) podrían estar asociadas con la presencia de aditamentos físicos que promuevan un riesgo para el desarrollo de estos resultados deberían ser compartidos con el personal de salud, sobre todo con aquéllos que procuren el cuidado de los pacientes con intubación para determinar el diagnóstico y prevención oportuna de afecciones bucales principalmente.

La caries y cálculo dental fueron las alteraciones más frecuentes entre los grupos; si bien estas afecciones ya estaban presentes previo a la intubación, la falta de higiene en las unidades de cuidados intensivos podría aumentar el riesgo de desarrollar placa bacteriana y elevar la severidad de estas lesiones bucodentales. (uso clorhexidina, pero no lo habla específicamente).

En el dieciseisavo artículo seleccionado titulado “Humanización del abordaje kinésico en la UCI: El proyecto HU-CI: Humanizando los Cuidados Intensivos, surge en España”, Propone áreas de trabajo, relacionadas con los horarios de visita, la comunicación, el bienestar del paciente, la participación de las familias en los cuidados, el síndrome de desgaste del profesional, el síndrome post-UCI, la arquitectura e infraestructura humanizada y los cuidados al final de la vida. Todo esto, propuesto por el proyecto, plantea un cambio radical en las UCI y su dinámica de trabajo, posicionando como motor al profesional de la salud, ocupando el rol central que se merece y sin poner en duda su humanidad y desempeño laboral.

Estrategias: UCI de puertas abiertas visitas más flexibles, Comunicación: al trabajar en equipo en la UCI, Bienestar del paciente: mejora del confort del paciente, Participación de los familiares en los cuidados, Cuidados al personal: los profesionales que se desempeñan en las UCI pueden padecer el síndrome de burnout o del desgaste profesional. Ya sea de forma directa o indirecta, la suma de factores ambientales y organizacionales, además de las características personales, aumentan el riesgo, Infraestructura humanizada: realizar mejoras arquitectónicas y cuidados al final de la vida.

En el diecisieteavo artículo seleccionado titulado “Estudio comparativo de documentación y prácticas asociadas a la atención en salud ambulatoria en tres instituciones de salud”, Habla acerca de atención en salud y el reporte de eventos adversos es una actividad prioritaria en la seguridad del paciente, así como en la vigilancia, control y prevención de infecciones asociadas a la atención en salud.

En el dieciochoavo artículo seleccionado titulado “Impacto de la fisioterapia respiratoria en el manejo intrahospitalario de pacientes COVID-19 atendidos en el Hospital General Docente Ambato”, Habla acerca de fisioterapia y beneficios en cuanto a la atención e incorporación de técnicas propias del quehacer y que sirven para la recuperación de los pacientes post covid y también habla acerca de los planes de intervención fisioterapéutica basado en un diagnóstico funcional y razonamiento clínico, permiten comprender y consolidar la toma de decisión e intervención en los procesos patológicos y manejo de la calidad de vida de los pacientes a través de procesos de recuperación y rehabilitación válidos, juiciosos y humanizados. Los fisioterapeutas que trabajan en centros de atención primaria de salud desempeñan un papel en el tratamiento de pacientes ingresados en el hospital con COVID-19. La fisioterapia cardiorrespiratoria se centra en el tratamiento de afecciones respiratorias agudas y crónicas y tiene como objetivo mejorar la recuperación física después de una enfermedad aguda. La fisioterapia puede ser beneficiosa en el tratamiento respiratorio y la rehabilitación física de pacientes con COVID-19

En el diecinueveavo artículo seleccionado titulado “Efecto de un protocolo de higiene oral en pacientes de terapia intensiva del instituto nacional de enfermedades respiratorias y del ambiente en el año 2017 protocolo de higiene oral en pacientes”, se realiza en Paraguay y se establece un protocolo de higiene oral aplicado a los pacientes el cual consta de los siguientes pasos:

- Lavado de las manos antes y después del procedimiento.

- Calzado de guantes de procedimiento para la preparación de los materiales a utilizar (cepillo de dientes, gasas, sonda para aspiración, clorhexidina 0,12%, abreboca)
- Verificación del ángulo de la cabecera de la cama del paciente (30 °C)
- Verificación de la tensión del cuff (20 a 30 mm Hg)
- Calzado de los guantes estériles
- Realización de la aspiración bucal y subglótica
- Colocación de clorhexidina 0,12% a la gasa a ser utilizada para procedimiento
- Cepillado de los dientes de atrás hacia adelante (realizar la higiene con la gasa)
- Limpieza de toda la mucosa bucal y también la lengua del paciente con la gasa húmeda con la clorhexidina
- Repetición de la aspiración bucal y orofaríngea
- Guardado del cepillo dental en gasa humedecida con clorhexidina (renovar en cada higiene) Repetición el PHO CADA 12 horas. durante la estadía del paciente en la UTI.

Se comprobó una diferencia significativa entre el protocolo de higiene oral y la higiene oral de rutina, se evidenció una disminución en cuanto a ufc de los patógenos respiratorios en el grupo Intervención.

En el veinteavo artículo seleccionado titulado “Medidas de bioseguridad en el área de terapia respiratoria” En este artículo se busca determinar las medidas de bioseguridad que aplica el personal de Fisioterapia y Enfermería durante la estancia hospitalaria, donde se realiza una encuesta de cuáles son las medidas de bioseguridad empleadas por parte del equipo de fisioterapia en el Hospital Universidad de soledad atlántico, donde se encontraron que las prácticas seguras para los profesionales de salud en terapia respiratoria fueron: Lavado de manos, uso de guantes, uso de tapabocas, protección ocular, utilización de túnica; en las barreras biológicas se encontró: Uso de guantes látex, uso de bata antifluido manga larga, uso de tapabocas desechables, en las barreras químicas: Lavado de manos desinfección y esterilización. Donde se evidencia que el personal de enfermería y fisioterapia del Hospital de Soledad Atlántico, poseen conocimiento de normas de bioseguridad Se encuentra que en cuanto a los procesos de adopción de medidas de bioseguridad son: lavado de

manos, uso de guantes, uso de tapabocas, son los más empleados se sugiere que son a los que más tienen acceso, la protección ocular y colocación de túnica, no son siempre empleadas, se sugiere revisión por parte del personal para ampliar el conocimiento del porque no se emplean.

Del análisis anteriormente descrito se logró obtener la siguiente información para la creación del protocolo:

Humanización de la salud en servicios hospitalarios en terapia respiratoria

La importancia de la humanización de servicios hospitalarios, durante los últimos años ha tomado mayor fuerza con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares, brindando seguridad durante la estancia hospitalaria; desde el servicio de terapia respiratoria es importante mantener las buenas prácticas en el quehacer profesional de tal manera que permita la protección a la integridad y dignidad humana de los pacientes críticos manteniendo un impacto positivo durante el tratamiento y rehabilitación de su enfermedad.

PROPUESTA PROTOCOLO DE HUMANIZACIÓN

Se realizó la construcción de un protocolo de buenas prácticas en terapia respiratoria basado en hallazgos y evidencia científica destacada en esta investigación, el cual se encuentra regido por 4 ítems importantes que son:

1. Identificación del paciente.
2. Atención integral del paciente.
3. Productividad profesional.
4. Confianza y seguridad.

1. Identificación del paciente

1.1 Reconocer el paciente: identificar al paciente desde el momento en que solicita atención médica con dos métodos de identificación, que serán el nombre completo y la fecha de nacimiento (día, mes y año), tener en cuenta diagnósticos, historia clínica incluyendo factores sociales influyentes.

1.2 Confirmar la identidad del paciente: verificar que es el paciente el cual se va a atender y que no sea un homónimo.

1.3 Identificarse con el paciente y cuidadores: al realizar alguna intervención es importante presentarse con el paciente y explicarle el procedimiento a seguir y de igual forma con los familiares.

1.4 Entrevistar al paciente ética y cordialmente: indagar acerca de hallazgos relevantes a la hora de la intervención como por ejemplo el estado de salud del paciente, dolor y disposición frente a la intervención.

2. Atención integral del paciente.

Este apartado se realiza específicamente para el área de terapia respiratoria en donde establece el manual de las prácticas correctas que se deben realizar en la unidad de cuidado intensivo.

2.1 Adherir protocolo de lavado de manos: Realizar el lavado de manos en los 5 momentos:

1. Antes de tocar al paciente.
2. Antes de realizar una tarea limpia/aséptica.
3. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
4. Después de tocar al paciente.
5. Después del contacto con el entorno del paciente.

2.2 Adherir protocolo: Con el cual se busca utilizar de forma adecuada los elementos de protección personal. 2.3 Hacer uso de elementos y dispositivos que cuiden la integridad integumentaria del paciente: realizar el cambio de fijaciones y sujetadores de forma delicada pensando en la integridad de la piel del paciente y sin lastimarlo.

2.4 Adoptar el cuidado e higiene oral por medio de uso de clorhexidina: la higiene bucal en los pacientes ventilados es importante ya que mitiga la propagación de infecciones.

2.5 Correcta técnica de administración de inhala terapia y aerosol terapia: realizar la constante educación del paciente y familiares sobre la administración de inhala terapia.

2.6 Realizar procedimientos médicos bajo orden médica escrita: por seguridad del profesional y pensando en el bienestar de los pacientes es importante que antes de realizar cualquier procedimiento se cuente con la orden médica del médico encargado de turno antes de realizar la intervención.

2.7 Tomar gases arteriales con previa prueba test de Allen: evaluar la integridad de la arteria radial y cubital para la posterior toma del examen.

2.8 Realizar cuidado de piel post punción por toma de gases arteriales: realizar el cuidado posterior por medio de la compresión y limpieza.

2.9 Realizar cuidado de máquina de procesamiento de gases arteriales manteniendo la integralidad de la muestra sin coágulos de sangre y procesar máximo 15 minutos después.

3. Productividad profesional

En este apartado se realiza la descripción de las actividades administrativas principales del área de terapia respiratoria con el fin de evitar glosas o cobros adicionales en el servicio.

3.1 Realizar cobro oportuno de administración de oxígeno

3.2 Realizar cobro de administración de medicamento inhalado y nebulizado

- 3.3 Realizar cobro de cada toma de muestra arterial
- 3.4 Realizar evolución clínica oportuna, clara y específica de cada paciente que se encuentre en el servicio.

4. Seguridad al paciente

Realizar las medidas de seguridad básicas y necesarias para velar por la seguridad de los pacientes y realizar procedimientos seguros.

4.1 Rotular los recipientes e insumos de los pacientes, donde se almacenan las soluciones desinfectantes con: Fecha de preparación y vencimiento, la concentración preparada y nombre del producto.

4.2 Descartar material de acuerdo con normativa de desechos sólidos y bioinfecciosos al igual que desechar las agujas en los guardianes y las ampollas utilizadas de los medicamentos en un galón especial.

4.3 Constatar autorización y/o consentimiento del paciente al procedimiento.

4.4 Explicar al paciente acerca de todos los procedimientos que se le van a realizar incluyendo la familiarización con medicamentos e implementos: Es deber del profesional realizar el entrenamiento pulmonar en los pacientes resaltando su importancia y explicando para qué sirve y por qué.

4.5 Evaluar cuidadosamente el estado respiratorio del paciente: En informe de la historia clínica registrar el estado del paciente respiratorio e informar al médico de turno si se tiene alguna novedad.

4.6 Posterior al procedimiento, reportar resultados al médico tratante y anotar en expediente clínico.

4.7 Minimizar los riesgos para brindar estabilidad al paciente: este paso se logra teniendo en cuenta los pasos anteriores.

4.8 Registrar procedimientos según normativa interna.

4.9 Previa limpieza de dispositivos del ventilador con quirurgel y quirutrim para ser entregados posteriormente al área encargada de desinfección. (Desinfección de equipos biomédicos).

8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La humanización de la atención en salud parte de recibir atención por equipos multidisciplinarios en instalaciones adecuadas y finalmente requiere apoyarse en el poder de dignificar la atención de forma plena para la transmisión de bienestar y apoyo al paciente y a sus familiares. Gracias a la revisión realizada se evidencia que la humanización en salud cogió auge o fuerza luego de la pandemia o después del año 2021. Por otra parte, los profesionales de Atención Primaria atienden a las personas y a sus familias de una forma integral, integrada, de forma continuada y permanente resaltando la labor del fisioterapeuta ya que trabaja de manera integral. Se encuentran situados en un lugar privilegiado porque tratan a los usuarios y se solidarizan con las personas que sufren por alguna situación de vulnerabilidad que los pone en riesgo o desventaja por la disminución de la funcionalidad. Son testigos objetivos de la vida de sus pacientes lo que les cualifica para observar y conocer el sentir de los pacientes.

El porcentaje mayor de artículos se encuentran publicados en repositorios de universidades, solo el 35% de los artículos encontrados se publicaron en revistas indexadas o repositorios el cual habla del desconocimiento de los

servicios y el personal de salud el cual debe tener capacitación y retroalimentación constante en el temario de humanización en salud. Por otro lado, dentro de los artículos encontrados se reconocieron, temas de alto interés en el quehacer diario del terapeuta respiratorio como el correcto uso de elementos de protección personal durante la atención de pacientes donde se evidenciaron barreras tanto física, como biológicas y químicas estableciendo elementos de protección personal específicos dado a que el profesional en terapia respiratoria mantiene un constante contacto con la mucosa de los pacientes ya sea que requieran algún soporte ventilatorio o requieran algún otro tipo de técnica no invasiva para el soporte de oxigenación del paciente.

Dentro del impacto de nuestra investigación, pudimos identificar, que la humanización se encuentra estandarizada con protocolos generalizados y básicos haciendo énfasis en la atención humanizada hospitalaria solo 2 de los artículos analizados contienen un protocolo establecido los otros 18 artículos hablan acerca de humanización, basándose en ejes orientadores como los son la comunicación, los cuidados paliativos, el autocuidado, socio-cuidado, entre otros en pro a la calidad en la atención en salud y el trato dignificado; sin embargo esta investigación es susceptible a sesgos dado a la falta o falencia de evidencia científica que se encuentran disponibles en bases y revistas científicas. Por otro lado, también logramos identificar que en Colombia, no se encuentra estandarizado, correlacionado, ni publicadas la buenas prácticas de humanización en unidad de cuidado intensivo específicamente en el área de terapia respiratoria, por lo cual, se puede decir que este proyecto genera aporte educativo para el campo de la salud aplicable en hospitales, eps, ips y entidades a fin, ya que puede ser potencial de mejora de calidad en los servicios, con la disminución de lesiones con base en las buenas prácticas como: a nivel de integridad integumentaria asociando al buen y correcto uso fijadores y/o sujetadores de tubo endotraqueales y traqueostomías, correcta técnica de aspiración cerrada y abierta con el fin de mitigar la presencia de neumonías nosocomiales y bronco aspirativas adquiridas en el entorno o por el uso

prolongado de ventilación mecánica, aportando así bienestar al paciente crítico hospitalizado, disminuyendo tiempos de soportes ventilatorios y su alta temprana lo que da como resultado optimización de costos por cronicidad de patologías respiratorias y disponibilidad oportuna de camas uci en el país, aportando así calidad en la atención en nuestro sistema general de servicios de salud ofreciendo un servicio de calidad.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agudelo Calderón Carlos A., Cardona Botero Jaime, Ortega Bolaños Jesús, Martínez Robledo Rocío, 2011. Sistema de Salud en Colombia: 20 años de logros y problemas, *Ciência e Saúde Coletiva* vol.16 No.6, Rio de Janeiro June 2011. pág. 3-4
2. Arellano M., Matos J., Oberto L., 2010. Hacia una mirada transdisciplinar de la bioética, *Revista Latinoamericana de Bioética, Bioética, tecnología y sociedad*, Universidad Militar Nueva Granada, volumen 10, número 2, edición 19, JulioDiciembre. pág. 20-33
3. Belalcázar, E. F., Castrillón, S. V., Valencia, S. M., & Chamorro, W. (2022). Grado de humanización del servicio de urgencias del Hospital Raúl Orejuela Bueno sede San Vicente.
4. Benavidez R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10(3): 561-71. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300014>
5. Bermejo José C, ¿Derecho a la humanización?, *Centro de Humanización en Salud*, pag 27-29.

6. Bermejo Higuera José Carlos, El Centro de Humanización de la Salud, Promotor de una Cultura de la Salud Tres Cantos, 3 de octubre de 2003, pag 1-4.
7. Bermejo-Higuera JC. Humanización en salud. Ejes de la acreditación. [Online]; 2012 [Consultado diciembre 2022] Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/seguridad.php?IdSub=190&IdCat=84>
8. Bermejo José C, Humanizar la Gestión de la Calidad, Sal Terrae Santander Centro de Humanización de la Salud 2013, pag 17-19 y 30-45.
9. Bermejo Higuera José C, 2007, Humanizar los Cuidados en la Relación con el Enfermo de Alzheimer, Artículo publicado en: Revista Humanizar. pág. 2-8
10. Burke, Italia: Surgimiento e Innovación. El renacimiento, Barcelona: SARPE 1993, pag 27.
11. Carlosama, D. M., Villota, N. G., Benavides, V. K., Villalobos, F. H., de Lourdes Hernández, E., & Matabanchoy, S. M. (2019). Humanización De Los Servicios De Salud en Iberoamérica: Una Revisión Sistemática De La Literatura. *Persona y Bioética*, 23(2), 245–262. <https://doi-org.iberobasesdedatosezproxy.com/10.5294/PEBI.2019.23.2.6>
12. Camacho, M. Á. M., González, A. G., & Baro, R. A. J. (2021). Humanización de los cuidados intensivos durante la pandemia por COVID-19. ¿ Una oportunidad para reivindicar la atención?. *Acta médica Grupo Ángeles*, 19(2), 302-303.
13. Choza J, Heidegger y el Humanismo del siglo XXI. En F. d. Amigo, Humanismo para el siglo XXI. Propuesta para el congreso internacional, España Universidad de Deusto, 2003, pag 174-175.
14. Cruz Molina, J. (2017). Efectos que genera el Sistema General Seguridad Social en Salud ley 100 de 1993, en la atención humanizada que brinda la Clínica del Occidente

15. Ellis, R., Chen, T., Luscombe, C.E., 2014. Health Insurance Systems in Developed Countries, Comparisons of, in: Culyer, A.J. (Ed.), Encyclopedia of Health Economics. Elsevier, San Diego. pág. 396–406.
16. Franco A., 2012. La última reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, Rev. Salud pública Vol.14 no.5, Bogotá Septiembre/Octubre. 2012. pág. 2-7.
17. Fortuna, Cinira Magali et al. Analyzers of Support Practices in Humanization and Permanent Health Education. Paidéia (Ribeirão Preto) [online]. 2022, v. 32 [Accessed 2 October 2022] , e3208. Available from: <<https://doi.org/10.1590/1982-4327e3208>>. Epub 28 Mar 2022. ISSN 1982-4327. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3208>.
18. García Uribe, J. C. (2021). La deconstrucción de la humanización: hacia la dignificación del cuidado de la salud. Cultura de Los Cuidados, 25(60), 19–32. <https://doi-org.ibero.basesdedatosezproxy.com/10.14198/cuid.2021.60.03>
19. Guimarães Mongiovil Vita, de Cássia Cordeiro Rita, Dos Anjos Bastos Leite, Holanda Soares Suellem Beatriz, Lago Falcão Tânia Maria, Reflexiones conceptuales 68 Glosario de Términos sobre la humanización de la salud: la óptica de los enfermeros de Unidades de Cuidados Intensivos; Rev. bras. enferm. vol.67 no.2 Brasília Mar/Apr 2014, pag 2, 3.
20. Henao-Castaño, A. M. ., Vergara-Escobar, O. J. ., & Gómez-Ramírez, O. J. . (2021). Humanización de la atención en salud: análisis del concepto. Revista Ciencia Y Cuidado, 18(3), 74–85. <https://doi.org/10.22463/17949831.2791>
21. ICONTEC, Rodríguez Carlos Edgar cerorodriguez@icontec.org, Humanización de la Atención en Salud y Acreditación, pag 1-6
- 22.. Lapesa R, "Historia de la lengua española", pag 63, 64 y 69.

- 23.11. Lima Carina Camilo, Martinez Guzman Soemis, Craice De Benedetto Maria Auxiliadora, Claramonte Gallian Dante Marcello, Humanidades y Humanización en Salud: la literatura como elemento humanizador para alumnos de graduación del área de la salud, Interface (Botucatu) vol.18 no.48 Botucatu 2014, pag 2 – 5.
24. Martins J, Stein-Backes D, da Silva-Cardozo R, Lorenzini-Erdmann A, Luiz-de Albuquerque G. Resignificando la humanización desde el cuidado en el curso de vivir humano. Rev Enferm. 2008; 16(2): 276-81
25. Mg. Carolina Tarqui-Mamani. LA BIOSEGURIDAD Y EL CONTROL DE INFECCIONES EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD EN EL ÁREA HOSPITALARIA. Inst Nac Salud 2009; año 15. <https://repositorio.ins.gob.pe/bitstream/handle/INS/473/BOLETIN-2009-julagos-183186.pdf?sequence=1>
26. Ministerio de Salud y de la Protección Social, (2014). La humanización en los lineamientos del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en salud; Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/La%20Humanizaci%C3%B3n%20en%20los%20lineamientos%20PNMCS.pdf>
27. Ortiz, E. M. P., Cruz, J. V. D. M., Montañez, R. A. C., & Buitrago, C. Y. B. (2021). Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias. Revista Ciência y Cuidado, 18(1), 94-104.
28. Palomino Arboleda, D, Guzmán Garcia, M y Escobar Arias, M. (2020). Humanización de la atención hospitalaria en Colombia: revisión sistemática de la literatura. Bogotá : Fundación Universitaria del Área Andina , 2020.
29. Panimboza Cabrera Carmen Jacqueline Pardo Moreno Luis Xavier. medidas de bioseguridad que aplica el personal de enfermería durante la estancia hospitalaria del paciente. universidad estatal península de santa elena. 2013. <http://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/1094/1/tesis%2c%20medidas%20de%20bioseguridad.pdf>

30. Posse Pablo, QUE ES HUMANIZAR ¿Claves para la humanización de la atención a personas mayores. Centro de Humanización en Salud Tres Cantos (Madrid) 08 de abril 2013, Diapositiva 4.
31. Protección de la salud de los trabajadores. Organización mundial de la salud. 2017. -room/fact-sheets/detail/protecting-workers'health
- 32.. Protección de la salud de los trabajadores. Organización mundial de la salud. 2017. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/protectingworkers'health>
33. RAVENTOS TORRAS F., "La Organización Sanitaria al Servicio del Ciudadano", en: "Jornadas sobre humanización de la atención sanitaria en la red asistencial del INSALUD", Madrid INSALUD, 1985, pag 12.
- 34.. Redrado J L, Gurina J Gol, Marchesi P, Bolech P, Brusco A, Humanización en Salud, editorial San Pablo Selare, 1ra edición 2003, pag 15-29
35. Rocha de Oliveira, L., de Souza Maciel Ferreira, J. E., & Frota Cavalcante, T. (2021). Prácticas asistenciales en salud y enfermería, ética, humanización y comunicación. *Cultura de Los Cuidados*, 25(60), 1–5. <https://doi-org.ibero.basesdedatosezproxy.com/10.14198/cuid.2021.60.01>
36. Rojas, V. (2019). Humanización de los cuidados intensivos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(2), 120-125.
37. Roldán I. Medicina humanizada. Bogotá: Selare; 1991, pag 11-87
38. Social Mdsyp. Observatorio Nacional de Calidad en Salud. [Online].; 2020 [cited 2021 Abril 29. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/documento-propuesta-pnhs-politica-valor-humano.pdf>
39. Urdaneta, G. A. U., Parra, D. E. R., & Reales, V. A. T. (2021). Gestión humanizada de servicios hospitalarios: Percepción de los actores responsables del servicio en Colombia. *Revista de ciencias sociales*, 27(4), 534-547.

40. Villanueva Luengo, J. (2022). Humanización de los cuidados del paciente crítico en unidades de cuidados intensivos.

10. ANEXOS

Anexo 1

Matriz de artículos

Número	Título	Autor	Año	País	Base de datos	Tipo de estudio	Objetivos	Resultados	Conclusiones	Bibliografía APA	Link	Nivel de evidencia
1	Efectos que genera el Sistema General de Seguridad Social en Salud ley 100 de 1993, en la atención humanizada que brinda la Clínica del Occidente	Cruz Molina, John Edward	2017	Colombia, Bogotá	Repositorio universitario nacional de Colombia	Cualitativa descriptiva-interpretativa	Esta investigación pretendió conocer los efectos que genera el Sistema General de Seguridad Social en la atención humanizada que brinda la Clínica del Occidente de Bogotá D.C,	Se logró describir asociaciones causales, mayor información, entendimiento de fenómenos con énfasis en los significados, experiencias y la percepción de cada participante.	De acuerdo al análisis de la información de los instrumentos aplicados para la investigación, partimos que hay factores extrínsecos que influyen como son los sociales, económicos, políticos, académicos, ambientales y como factores intrínsecos del personal de salud que son la cultura, los principios y valores, educación, ética y bioética.	Cruz Molina, J. (2017). Efectos que genera el Sistema General de Seguridad Social en Salud ley 100 de 1993, en la atención humanizada que brinda la Clínica del Occidente	https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/59787	2+ C
2	Grado de humanización del servicio de urgencias del Hospital Raúl Orejuela Bueno sede San Vicente	Belalcázar, Edwin Fernando Castriellón, Silvana Vaneza Valencia, Sandra Milena Chamorro, Wendy	2021	Colombia, Manizales	Repositorio universitario nacional de Manizales	Estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal	Evaluar el grado de humanización de los servicios que se brindan en el área de urgencias del Hospital Raúl Orejuela Bueno con sede en San Vicente	A lo largo del desarrollo de esta investigación, se evaluó el grado de humanización de los servicios que se brindan en el área de urgencias del Hospital Raúl Orejuela Bueno con sede en San Vicente, la revisión de esta problemática permitió crear instrumentos que a su vez		Belalcázar, E. F., Castriellón, S. V., Valencia, S. M., & Chamorro, W. (2022). Grado de humanización del servicio de urgencias del Hospital Raúl Orejuela Bueno sede San Vicente.	https://repositorio.ucm.edu.co/handle/10839/3577	2+ C

								posibilitaron la identificación de diferentes variables de análisis para este tema. De este modo, en este capítulo, se describen los resultados obtenidos de la investigación mediante la resolución y el análisis de los diferentes instrumentos de investigación				
3	Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias	Erika María Pabón Ortíz Jopande Derth Mora Cruz Carmen Yaneth Buitrago Buitrago Ruth Alexandra Castiblanco Montañez	2021	Colombia, Bogotá	Dialnet	Revisión integrativa en la que se estudiaron 29 investigaciones originales	Describir estrategias que fortalezcan el componente de humanización en la prestación de servicios de salud en urgencias de un hospital de cuarto nivel.	as estrategias que se reportaron como efectivas y que inciden en los factores relacionados con la falta de humanización son: ausencia de capacitación en competencia de compasión, mindfulness y habilidades blandas; como también, la desinformación en el área de especialización y el aumento de la razón enfermero-paciente.	Las estrategias en mención mejoran la empatía, concientizan el presente, favorecen la comunicación, proporcionan habilidades para el éxito de la atención y disminuyen la sobrecarga laboral.	Ortiz, E. M. P., Cruz, J. V. D. M., Montañez, R. A. C., & Buitrago, C. Y. B. (2021). Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias. Revista Ciencia y Cuidado, 18(1), 94-104.	https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7732371	2+ +C
4	Humanización de la atención en salud: análisis del concepto	Ángela María Henao Castaño Oscar Javier Vergara Escobar Olga Janet Gómez Ramírez	2021	Colombia	Revista científica y cuidado . Universidad francisco de paula sander	Se aplicó la propuesta por Beth L Rodgers que establece siete pasos para el análisis del concepto , la investigación documental se realizó con bases de datos Springer	Analizar el concepto de Humanización de los servicios de salud	on 33 artículos científicos se logra analizar el concepto de humanización de la atención en salud y se presenta atributos éticos, epistemológicos y metodológicos , en el cual se resalta la comunicación asertiva y efectiva en la atención en salud en el contexto de la salud-enfermedad, aportando	La humanización de la atención en salud permite desarrollar estrategias en beneficio del bienestar y la buena práctica. Aunque el concepto de humanización de la atención se puede analizar desde diferentes perspectivas, la metodología de análisis de concepto es una perspectiva	Henao-Castaño, A. M. , Vergara-Escobar, O. J. , & Gómez-Ramírez, O. J. (2021). Humanización de la atención en salud: análisis del concepto. Revista Ciencia Y Cuidado, 18(3), 74-85. https://doi.org/10.22463/17949831.2791	https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/artic/view/2791	1+ A

					Plus, Pubmed, EBSCO Host y Biblioteca Virtual en Salud y página de organismo nacional, en el idioma español, inglés y portugués.		para enfermería concepciones de la humanización en el marco de la atención de enfermería.	útil para considerar a la humanización de la atención en salud como un eje orientador de políticas de mejoramiento y calidad de la atención, así como en la promoción de prácticas que facilitan el trabajo colaborativo, la comunicación y el desarrollo humano.			
5	Humanización de los cuidados intensivos	Verónica Rojas	2019	Chile	Elselvier, Revisita médica los condones	Revisión bibliográfica	Entender el concepto de humanización en el contexto de atención integral en unidad de cuidado intensivo	Todo esto debe salir de las Unidades de Cuidados Intensivos, extendiéndose al resto del hospital y convirtiéndose en un planteamiento estratégico de la institución. Además, debe ser trasladado a las aulas donde hoy los equipos clínicos están siendo formados. Los currículos académicos deben ser revisados a la luz de la necesidad país, encuestas de satisfacción usuaria de beneficiarios de salud (pública y privada) para ser modificados e incluir de manera transversal contenidos que hoy son deficientes, como por ejemplo: comunicación, fin de vida, cuidados paliativos, autocuidado,	Rojas, V. (2019). Humanización de los cuidados intensivos. Revista Médica Clínica Las Condes, 30(2), 120-125.	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300240	3C

									entre otros. Sólo de esta forma construiremos un sistema de salud desde una perspectiva de derecho, justo y humano. “La humanidad es todavía algo que hay que humanizar”, Gabriela Mistral. Agradecimientos A todos los miembros del Proyecto HU-Cl y Sociedad Chilena de Medicina Intensiva (SOCHIMI). [REV. MED. CLIN. CONDES - 2019; 30(2) 120-125]			
6	Humanización de los cuidados del paciente crítico en unidades de cuidados intensivos	Javier Villanueva Luengo	2022	España	Repositorio universitario de Valladolid	Revisión bibliográfica, cuya búsqueda se ha realizado entre los meses de noviembre de 2021 y mayo de 2022, utilizando las bases de datos de PubMed, SciELO, Google Académico y la Biblioteca virtual de la UVA. Se han recogido artículos en español e inglés que cumplan los criterios de inclusión.	Analizar la situación actual de la humanización de los pacientes críticos en las unidades de cuidados intensivos.	Diversos planes y medidas se han puesto en marcha con el fin de rehumanizar la asistencia sanitaria. Cabe destacar el Proyecto HUCI y el modelo HUMAS, enfocados en la humanización de las UCI. El personal de enfermería se encargará de estos cuidados, garantizando el bienestar tanto de los pacientes como de sus familiares.	Se han realizado grandes avances en los últimos años en cuanto a la humanización de los cuidados, gracias a la investigación y la puesta en marcha de proyectos y propuestas. Estos han generado un impacto positivo en la atención del paciente, asegurando un cuidado integral, centrado en devolver la esencia humana a quienes la han perdido	Villanueva Luengo, J. (2022). Humanización de los cuidados del paciente crítico en unidades de cuidados intensivos.	https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/54266/TFG-H2506.pdf?sequence=1&isAllowed=y	2+ C
7	Humanización de la atención	Palomino Arboleda,	2020	Colombia, Risaralda	Repositorio Instituto	Revisión sistemática de la literatura	Analizar la producción científica referente a	Se seleccionan 3 artículos en donde se destacan 2	se evidenció una existencia limitada de publicaciones	Palomino Arboleda, D, Guzmán García, M y Escobar	https://digitalkareandina.edu.co/han	3C

ón hospit alaria en Colom bia	Deisy Guzm án Garci a, Maric ell Escob ar Arias, Móni ca Milen a			ucion al Area ndina		la percepción de pacientes sobre humanizació n de la atención hospitalaria en Colombia	estudios cuantitativos y uno cualitativo en donde se debe identificar la calidad en la prestación de servicios en diferentes areas y el servicio humanizado , En los estudios analizados se identificaron tanto percepciones de una atención humanizadora, como, percepciones de una atención deshumanizad ora, de acuerdo con la experiencia de los pacientes	científicas, relacionadas con la indagación de la percepción de pacientes en el contexto hospitalario colombiano sobre la humanización de la atención en salud. Se encontró en la búsqueda de la literatura, que son más los estudios que indagan la percepción de los trabajadores de la salud sobre el tema de humanización, por lo tanto, se recomienda la realización de investigacione s dirigidas a conocer la percepción de los pacientes en el contexto hospitalario o usuarios de los servicios de salud.	Arias, M. (2020). Humanización de la atención hospitalaria en Colombia: revisión sistemática de la literatura. Bogotá : Fundación Universitaria del Área Andina , 2020.	doi/areandi na/4353		
8	Humani zació n de los servici os de salud en Iberoa mérica : una revisió n sistem ática de la literat ura	Diana Milena Carlo sama, Nixon Giova nny Villota a, Vane ssa Kathe rine Bena vides, Fredy Hern án Villal obos, Edith de Lourd es Hern ánde z, Sonia Marit	2019	Colomb ia	Repositori o Unive rsidad de nariño o	revisión sistemática que analiza y sintetiza 30 estudios sobre la humaniz ación de los servicios de salud en Iberoam érica realizado s entre los años 2008 y 2017	conocer los avances sobre el abordaje de la humanizació n en salud en Iberoaméric a en los últimos diez años, a través de una revisión sistemática. Frente a los hallazgos, se evidencia que los avances apuntan a la comprensión del fenómeno a partir de las aproximacio nes teóricas, el creciente interés por el tema en	La búsqueda arrojó 60 documentos luego de la aplicación de los criterios de inclusión y la eliminación de duplicados. Tras la selección a partir de los criterios de exclusión se obtuvieron 30 artículos que fueron revisados en el presente estudio	A partir de la presente revisión sistemática se puede afirmar que, si bien en los últimos años se ha presentado un mayor interés por la implementació n y el estudio de la humanización de los servicios de salud, aún es necesario ahondar en los aspectos teóricos y prácticos del tema, de tal manera que las estrategias o los programas se centren en la visión integral del ser	Carlosama, D. M., Villota, N. G., Benavides, V. K., Villalobos, F. H., de Lourdes Hernández, E., & Matabanchoy, S. M. (2019). Humanización De Los Servicios De Salud en Iberoamérica: Una Revisión Sistemática De La Literatura. Persona y Bioética, 23(2), 245–262. https://doi- org.iberobasesd edatosezproxy.c om/10.5294/PE Bl.2019.23.2.6	https://sear ch- ebSCOhost- com.iberob asesdatos ezproxy.co m/login.as px?direct=tru e&db=a9h& AN=141367 432&lang=en &site=ehos t-live	2+ +C

		za Mata bancario hoy.					los últimos años y la generación de políticas, programas y estrategias que deben fortalecerse desde una mirada integral del ser humano		humano y el respeto por la dignidad humana, vistos desde una mirada amplia y no solo desde la atención cálida y amable, para lograr así el complemento del saber técnico y científico con el saber humanístico, lo que permitirá el establecimiento de políticas institucionales que puedan ser validadas con el rigor científico pertinente.			
9	La deconstrucción de la humanización: hacia la dignificación del cuidado de la salud.	John Camilo García Uribe	2021	Colombia	Repositorio corporación universitaria remington	artículo de carácter crítico – argumentativo	Argumentar el concepto de humanización con el objetivo de la deconstrucción y reconstrucción de los términos; buscando un cambio en el paradigma o del marco conceptual de la humanización para apuntar nuevamente hacia un concepto que parece estar en las postrimerías, el concepto de dignidad.	La propuesta es entonces en replantear el término de humanización y apelar al concepto de dignidad, por una atención y cuidado dignos. Sin embargo, se debe reconocer que el concepto de dignidad es por sí mismo difícil de concretar, pero ello, no debe constituir una barrera, sino por el contrario avivar la búsqueda y la profundización para clarificarlo y llevarlo a práctica del cuidado de la salud. De acuerdo con Feito (Feito Grande, 2002) uno de los problemas de la concreción del concepto de dignidad está	Humanizar y deshumanizar pueden ser eufemismos, redundancias o contradicciones según el contexto, pudiendo no recoger las buenas intenciones epistemológicas y fácticas que encierran, en este sentido pueden desvirtuar, confundir y devaluar la categoría del cuidado. Por ello, su uso asociación al término cuidado como categoría conceptual, el cual, es enormemente rico 30 Cultura de los Cuidados. 2º Cuatrimestre 2021. Año XXV. nº 60 etimológica y fenomenológicamente, podría ser mas apropiado	García Uribe, J. C. (2021). La deconstrucción de la humanización: hacia la dignificación del cuidado de la salud. Cultura de Los Cuidados, 25(60), 19–32. https://doi-org.ibero.basesdedatosproxym/10.14198/cuid.2021.60.03	https://search-ibscobhost-com.ibero.basesdedatosproxym/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=151812118&lang=es&site=ehost-live	3C

								<p>en sus raíces etimológicas «Dignidad» proviene del latín dignitas, hace referencia a «ser merecedor de algo», ya sea bueno o malo. También, en sentido absoluto, indica excelencia, decoro, honores. “El problema de esta definición (ser merecedor de algo) es que deja la dignidad vacía de contenido, se trata de un mero elemento formal que establece la necesidad del reconocimiento de que los seres humanos tienen la posibilidad de hacerse acreedores de algo, aunque no sabemos de qué”.</p>	<p>referirse a un cuidado digno que a un cuidado humanizado. Hablar de dignificar el cuidado de la salud, implica ante todo resignificar el cuidado, es decir un cuidado relacional, compasivo, un cuidado que parte del otro, con el otro y para el otro, es acoger al otro desde la carencia y la finitud, desde la igualdad y la diferencia, en otras palabras, es un cuidado desde una perspectiva Levinasiana (Giubbani, 2011), para contemplar en el rostro del otro, el valor y el significado de lo humano (Lo bueno y lo malo, la dualidad inscrita), pero también el valor, el significado y las necesidades de un individuo, de un sujeto (sujeto a un mundo relacional), de una persona.</p>			
10	Prácticas asistenciales en salud y enfermería, ética, humanización y comunicación	Lidia Rocha de Oliveira, José Erivelton Souza Maciel Ferreira, Tahissa Frota	2021	Brasil	Respositorio Universidad de Integración Internacional e Lusofonia Afrobrasile	Estudio explicativo	Discutir la importancia de la ética para el autocuidado de la salud, alejándose de la hegemonía de los referentes normativos que dictan cómo deben ser las relaciones en el campo	Se entiende, por lo tanto, que el cuidado de enfermería permea todas las fases del ciclo de vida de las personas, desde el nacimiento hasta el proceso de la muerte. Por lo tanto, pensando en los modos o	Se concluye que la eficacia de la comunicación se basa en la empatía que se establece entre los sujetos en la relación de cuidado, así como en el respeto a la el otro, su saber y su condición de partícipe	http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/116412	http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/116412	38

		Cavalcante			ña UNIL AB		de la salud, tomando como referencia teórica el análisis de la ética, el saber y el poder realizado por el filósofo Michel Foucault.	modelos del cuidado de enfermería requiere comprender el sentido y significado de este cuidado, su dimensión político-social y sus implicaciones en la vida de los ciudadanos. Por lo tanto, es cada vez más importante discutir estos procesos de práctica del cuidado de enfermería, ética, humanización y comunicación, con el fin de adquirir más conocimiento sobre el tema y, así, comprender su importancia.	del proceso comunicativo.			
11	Analizadores de Prácticas de Apoyo en Humanización y Educación en Salud Permanente	Cinira Magali Fortuna Adriana Barbiéri Feliciano Monica Vilchez Silva Maristela Kasper Angelina Lettieviana Karen da Santos	2020	BRASIL	BVS biblioteca virtual en salud - scielo	Investigación cualitativa completa de tipo investigación-intervención	Discutir los analizadores identificados en una investigación - intervención, con profesionales que actúan como apoyadores de la humanización y/o articuladores de la educación permanente en salud en municipios de São Paulo.	Se encontraron contradicciones para las instituciones Salud, Política, Ciencia e Investigación durante el proceso de análisis de la investigación. Se identificaron tres analizadores en el contexto analizado: (1) el analizador histórico Covid-19; (2) el analizador de tiempo; (3) el analizador de silencio	La pandemia de la Covid-19 demostró ser un importante analizador histórico de las instituciones, explicando los modos de funcionamiento instituidos, dando lugar a rupturas y disfunciones. Este analizador muestra el lugar social del Sistema Único de Salud (SUS) y al mismo tiempo cuestiona las formas de prestar atención. En el territorio estudiado, la pandemia puso de manifiesto la primacía del modelo asistencial centrado en el	Fortuna, Cinira Magali et al. Analyzers of Support Practices in Humanization and Permanent Health Education. Paidéia (Ribeirão Preto) [online]. 2022, v. 32 [Accessed 2 October 2022], e3208. Available from: < https://doi.org/10.1590/1982-4327e3208 >. Epub 28 Mar 2022. ISSN 1982-4327. https://doi.org/10.1590/1982-4327e3208 .	https://www.scielo.br/j/paideia/a/sWdhwHBnChyF5v3MMSMGkZyN/?lang=en	2+ C

									diagnóstico médico y la terapéutica médica, donde el hospital pasó a ocupar el lugar central de las redes asistenciales en lugar de la Atención Primaria de Salud (APS), que inicialmente quedó relegada a un segundo plano. para su afrontamiento .			
12	Gestión humanizada de servicios hospitalarios : Percepción de los actores responsables del servicio en Colombia	Urdaneta Urdaneta Geovanni Antonio Ríos Parra Doile Enrique Terán Reale Víctor Antonio	2021	Colombia	Revista de ciencias sociales, universidad del zulia	El estudio se enmarcó en el paradigma fenomenológico cualitativo, desde un enfoque epistemológico introspectivo vivencial, apoyado en el método etnográfico	Analizar la gestión humanizada de servicios hospitalarios en Colombia, desde la percepción de los actores responsables del servicio, específicamente de admisión y monitoreo de pacientes del hospital Rosario Pumarejo de López	En el mismo orden de ideas, los informantes expresan la necesidad de redefinir desde el paradigma de la humanización el trato hacia los pacientes como una alternativa vinculada a la dignificación del ser humano, como un principio axiológico universal, como se observa al opinar que, lo principal es la atención por igualdad a todos los usuarios, sin discriminación alguna por estrato social, raza, color o credo. Se exige, además, el acercamiento con el paciente, prestándole atención, escucharlo y dándole la confianza requerida”	La gestión hospitalaria se resiste a presentar un cambio de paradigma y de supuestos sobre los cuales se construye la teoría gerencial humanista, colocando en evidencia la construcción de un modelo de gestión centrado en la visión financiera y en la capacitación como vía de adquisición de conocimientos o competencias necesarias para alcanzar las metas corporativas, alejándose de la idea de atender lo humano desde sus múltiples dimensiones como ser integral.	Urdaneta, G. A. U., Parra, D. E. R., & Reales, V. A. T. (2021). Gestión humanizada de servicios hospitalarios: Percepción de los actores responsables del servicio en Colombia. Revista de ciencias sociales, 27(4), 534-547.	https://www.scopus.com/ibero.basesdedatos/ezproxy.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-8512100457&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=humanization+in+care&st2=colombia&sid=1cb05eb2c177542c0f083b4bfb85eb82&sot=b&sdt=b&sl=65&s=%28TITLE-ABS-KEY%28humanization+in+care%29+AND+TITLE-ABS-KEY%28colombia%29%29&relpos=4&citeCnt=0&searchTerm=	2+ B
13	Protocolos de	Cruz baile n	2020	España	dSPACE.uhm.es	Revision bibliografía de	Existe poco conocimiento sobre la	La mayoría de los estudios incluidos en	En UCI, no hay ningún protocolo de	Cruz Bailén, N. (2021). Protocolos de	http://dSPACE.uhm.es/bitstream/110	3D

	fisioterapia respiratoria. Coste-efectividad	noelia Jarabero Pereda, Alberto				trabajo de grado	relación entre la efectividad de los protocolos de fisioterapia respiratoria y los costes que generan al sistema sanitario. El objetivo principal es realizar una revisión bibliográfica sobre las técnicas utilizadas en pacientes con las patologías respiratorias seleccionadas, las diferencias existentes entre unas y otras, su efectividad y los costes que genera la aplicación de estas.	esta revisión han demostrado que los programas respiratorios utilizados en las diferentes patologías son por lo general efectivos. Siendo el entrenamiento muscular inspiratorio el abordaje más utilizado en la mayoría de ellos. Además, la existencia de estos programas disminuye los costes en aquellos hospitales en los que se aplica	RR consensuado oficialmente y esto junto con la falta de personal especializado en este campo de la fisioterapia dificulta la aplicación de la rehabilitación. Por otro lado, el ahorro que generan estas unidades permite invertir más recursos en otras disciplinas hospitalarias.	fisioterapia respiratoria. Coste-efectividad.	00/7829/1/CRUZ%20BAIL%2C%20NOELIA.pdf	
14	Cumplimiento de las normas de bioseguridad. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Luis Vernaza, 2019	Jerson Xavier Zuñiga Pacheco	2019	Ecuador	SciELO	investigación descriptiva, transversal, con enfoque mixto	Las normas de bioseguridad son lineamientos operativos que se aplican en las instituciones de salud con el objetivo de prevenir accidentes laborales y disminuir el riesgo de infecciones cruzadas.	Las medidas de bioseguridad constituyen el conjunto de conductas mínimas a ser adoptadas, a fin de reducir o eliminar los riesgos para el personal de salud, el individuo y la comunidad y el medio ambiente. Desde esa perspectiva, representa un enfoque estratégico e integrado para el análisis y la gestión de los riesgos relativos a la vida y la salud humana	Los integrantes de la población de estudio comparten similares características sociodemográficas que favorecen el incumplimiento de las normas de bioseguridad, siendo la falta de capacitación, la sobre carga asistencial y la baja experiencia de trabajo en UCI considerados como factores conducentes a esa problemática. Se observó desconocimiento de esta normativa, lo que causa insuficiente uso de equipos de protección	Zuñiga Pacheco, J. X. (2019). Cumplimiento de las normas de bioseguridad. Unidad de Cuidados intensivos. Hospital Luis Vernaza, 2019. Revista Eugenio Espejo, 13(2), 28-41.	http://scielo.senecyt.gob.ec/scielo.php?pid=S2661-67422019000200028&script=sci_arttext	3C

									personal y manejo inadecuado de desechos cortopunzantes. La insuficiente disponibilidad de insumos se asocia de forma negativa a estos resultados			
15	Evaluación de lesiones orales en pacientes intubados y su asociación con el motivo de hospitalización.	Lizetto Trujillo Morales, Rubén Valenzuela Esquivel, y su asociación con el motivo de hospitalización. Cuevas Gonzales, Alejandro Donohue Cornejo, Salvador David Nava Martínez, León Francisco Espinosa Cristóbal	2021	México	Revisión de la Asociación Dental Mexicana	Revisión de los motivos de intubación más frecuentes. Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y comparativo.	Identificar las alteraciones bucodentales más frecuentes en pacientes intubados, así como explorar las posibles asociaciones de acuerdo con los motivos de intubación más frecuentes.	El motivo de intubación más frecuente fue el evento cerebral vascular (EVC) y las alteraciones dentofaciales más prevalentes fueron caries, lengua saburral y cálculo dental, entre otras. Además, se encontraron diferencias significativas entre pacientes con EVC, mostrando una mayor frecuencia en tabaquismo, hipertensión arterial y diabetes mellitus, así como en la presencia de gingivitis y úlceras. Pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE) tuvieron mayor frecuencia en la presencia de periodontitis.	Podemos concluir que la intubación es un procedimiento que, por la presencia de los tubos de ventilación, ayuda a generar situaciones que actúan como factores para desarrollar lesiones en la mucosa oral, órganos dentales, lengua y tejidos adyacentes. Sin embargo, el motivo de hospitalización y las condiciones sistémicas preexistentes juegan un factor de riesgo importante para desarrollar lesiones bucales específicas antes y durante el periodo de intubación	Trujillo ML, Valenzuela ER, Tovar CKL, Cuevas GJC, Donohue CA, Nava MSD et al. (2021), Evaluación de lesiones orales en pacientes intubados y su asociación con el motivo de hospitalización	https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=102031	3C
16	Humanización del abordaje kinésico en la UCI	Rohr, David Carlos	2021	Aragón	Repositorio institucional digital UGR	desarrollar acciones específicas que, además de brindar un servicio de cuidados intensivos excelente técnicamente, también sea humanizado. Las UCI	Los resultados del análisis de datos, indican que un 33,3% recibió poca información respecto a la humanización en salud, mientras que un 66,7% no fue informado sobre esto. El	En relación al objetivo general de esta investigación que constó en analizar el abordaje de los kinesiólogos de la UCI del Hospital José María Cullen	Rohr, D. C. (2021). Humanización del Abordaje Kinésico en la UCI (Bachelor's thesis).	https://rid.ugr.edu.ar/bitstream/handle/20.500.14125/346/1/nv.%2019906%20MFN%206875.pdf?sequence=1&isAllowed=y	4C	

							están formadas por equipos de trabajo, donde el kinesiólogo intensivista es un referente, que debe contar con la capacidad de evaluar y aplicar tratamientos en cuanto a fisioterapia respiratoria y rehabilitación, aplicación de aerosoles, oxigenoterapia, cuidado de la vía aérea, manejo de ventilación mecánica no invasiva e invasiva, entre otros cuidados respiratorios.	44,4% no conocía el Plan HUCI. De los 9 encuestados, 8 consideran que es una problemática relevante e interesante y que es factible la implementación de dichas estrategias dentro de la UCI donde se desempeñan. En conclusión, se puede observar que, los profesionales encuestados realizan un abordaje humanizado siguiendo intuitivamente las estrategias del Plan HUCI, pero sin conocerlas por completo.	en relación a las estrategias del Plan Internacional de Humanización de los Cuidados Intensivos, se observa que los profesionales encuestados realizan un abordaje humanizado siguiendo intuitivamente las estrategias del Plan HUCI, pero sin conocerlas por completo.			
17	Estudio comparativo de documentación y prácticas asociadas a la atención en salud ambulatoria en tres instituciones de salud	Adriana Milena Gómez Galindo Carolina Páez Salami Magda Rincón Gómez Luis Guillermo Rodríguez Gómez Edwin Yesid Peña Pulido	2019	Colombia	Repositorio Pontificia Universidad Javeriana	Investigación documental	Realizar una revisión de la documentación existente, en tres instituciones prestadoras de servicios de salud, en temas relacionados con seguridad del paciente, prevención de eventos adversos y buenas prácticas para evitar infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).	Es necesario que cada entidad prestadora de salud cuente con rutinas de atención y prevención temprana orientada a la prevención de infecciones, por medio de técnicas y prácticas de higiene y esterilización. Así mismo que maneje protocolos de estratificación y seguimiento de enfermedades nosocomiales asociadas a la atención en salud.	El reporte de eventos adversos es una actividad prioritaria en la seguridad del paciente, así como en la vigilancia, control y prevención de infecciones asociadas a la atención en salud.	Gómez Galindo, A. M., Páez Salemi, C., Rincón Gómez, M., Rodríguez Gómez, L. G., & Peña Pulido, E. Y. Estudio comparativo de documentación y prácticas asociadas a la atención en salud ambulatoria en tres instituciones de salud.	https://repositorio.javeriana.edu.co/handle/10554/46185	3C
18	Impacto de la fisioterapia	Gabriela Alexa	2022	Ecuador	Repositorio	Descriptivo observación	identificar el impacto de la	la probabilidad de que un paciente al	Se concluye que efectivamente	Santana, S., & Lcda, G. A. (2022). Impacto	http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream	2+ B

	rapia respiratoria en el manejo intrahospitalario de pacientes COVID-19 atendidos en el Hospital General Docente Ambato	ndra Santa María Santa Ana			universidad técnica de Ambato.	onal, con enfoque cuantitativo	fisioterapia respiratoria en el manejo intrahospitalario de pacientes COVID-19	cual se le han aplicado las técnicas de fisioterapia respiratoria tenga una recuperación exitosa del COVID-19 y sobreviva aumenta en un 8,65% en comparación a las personas a las que no se les ha aplicado ningún tipo de terapia	la aplicación de la fisioterapia tiene un efecto positivo en la recuperación de pacientes ingresados con COVID-19.	de la fisioterapia respiratoria en el manejo intrahospitalario de pacientes COVID-19 atendidos en el Hospital General Docente Ambato (Master's thesis, Universidad Técnica de Ambato/Facultad de Ciencias de la Salud/Centro de posgrados).	am/123456789/34173/1/Santamar%C3%ada%20Gabriela.pdf	
19	Efecto de un protocolo de higiene oral en pacientes de terapia intensiva del instituto nacional de enfermedad respiratorias y del ambiente en el año 2017	Claudia Liliana Soto	2018	Paraguay	Repositorio universitario nacional de asunción	Experimental con reclutamiento de casos consecutivos, donde se mantuvieron 2 grupos de participantes, los cuales fueron asignados aleatoriamente a cada grupo; al primero se les aplicó el protocolo de higiene oral cada 12 hs y al segundo la higiene oral de rutina de UTI cada 8 hs durante 3 meses	Evaluar la eficacia de la aplicación de un protocolo de higiene oral en la disminución del recuento bacteriano en lengua de los pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente.	Se obtuvo un recuento bacteriano del biofilm lingual al ingreso de paciente a la UTI (0 hs) y luego de 72 hs de la internación del paciente. Una vez obtenidos los datos se procedió a cargarlos en una planilla Excel para su posterior análisis. Por el tiempo que duró el trabajo y la baja rotación de los pacientes en la UTI, sólo fueron incluidos 39 pacientes en el estudio, 16 pacientes para la Intervención 1 y 23 para la intervención 2; asignados de manera aleatoria. Los microorganismos que se aislaron en estos pacientes según el orden de recuento bacteriano fueron: Klebsiella	No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para ambos grupos de intervención, sin embargo los patógenos respiratorios que se presentaron en mayor proporción en los pacientes fueron: Klebsiella pneumoniae y Pseudomonas aeruginosa. Los que se presentaron en menor proporción en los pacientes fueron: Staphylococcus aureus y Acinetobacter baumannii. Haemophilus influenzae no fue aislado en ningún paciente. Se comprobó una diferencia significativa entre el protocolo de higiene oral y la higiene oral de rutina, se evidenció una disminución	Soto Godoy, C. L. (2018). "Efecto de un protocolo de higiene oral en pacientes de terapia intensiva del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente en el año 2017" (Master's thesis, FACEN-UNA).	https://repositorio.conacyt.gov.py/bitstream/handle/20.500.14066/2705/Maestr%C3%ada-BECA%2012-60.pdf?sequence=1&isAllowed=y	2+B

								pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter baumannii, Staphylococcus aureus	en cuanto a ufc de los patógenos respiratorios en el grupo Intervención			
20	Medidas de bioseguridad en el área de terapia respiratoria	Daniela Andrea Tejedor Morón Katherine Emiliano Rodríguez Angulo Amy Estefanía Ochoa Fuentes Sarai Esther Barrios Villar	2019	Barranquilla, Colombia	Repositorio universitario libre	Esta investigación es de tipo descriptivo transversal ya que será un estudio diseñado para medir la prevalencia de una exposición y/o resultado en una población definida y en un punto específico de tiempo.	Determinar las medidas de bioseguridad que aplica el personal de Fisioterapia y Enfermería durante la estancia hospitalaria.	Por tal motivo el siguiente trabajo de investigación es verificar las medidas de bioseguridad que aplica el personal de enfermería y fisioterapia durante la estancia hospitalaria del paciente en un Hospital de Soledad Atlántico considerando el conocimiento del personal y el uso de las barreras químicas, físicas y biológicas en el cuidado al paciente. Las medidas de prevención de accidentes deben ser utilizadas: Con todos los pacientes independientemente de su diagnóstico.	Se evidencia que el personal de enfermería y fisioterapia del Hospital de Soledad Atlántico, poseen conocimiento de normas de bioseguridad Se encuentra que en cuanto a los procesos de adopción de medidas de bioseguridad son: lavado de manos, uso de guantes, uso de tapabocas, son los más empleados se sugiere que son a los que más tienen acceso, la protección ocular y colocación de tónica, no son siempre empleadas, se sugiere revisión por parte del personal para ampliar el conocimiento del porque no se emplean.	Tejedor Morón, D. A., Rodríguez Angulo, K. E., Ochoa Fuentes, A. E., & Barrios Villar, S. E. (2019). Medidas de bioseguridad en el área de terapia respiratoria.	https://repositorio.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/22846/TEJEDOR.pdf?sequence=1&isAllowed=y	2+ B

Anexo 2

Lista de chequeo aplicada

PLANTILLA HOJA DE VERIFICACIÓN DE ITEMS	PLANTILLA HOJA DE VERIFICACIÓN DE ITEMS	PLANTILLA HOJA DE VERIFICACIÓN DE ITEMS																	
ARCHIVO																			

Nom bre de obse rvad or: Aleja ndra varg as y Carol ina botto n															
# DE ARTI CUL OS 20															
Fech a: 09/05 /2023															
ARTI CUL O EVA LUA DO															
ITEM S														N C / N A	C U M P L E

