



*Tendencias en la Atención del Enfermo Crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos: Dificultades y Perspectivas*

*Trends in Critically Ill Care in the Intensive Care Unit: Difficulties and Perspectives*

*Tendências na Atenção ao Paciente Crítico na Unidade de Terapia Intensiva: Dificuldades e Perspectivas*

César German Andrade-Cabrera <sup>I</sup>

[cesar.german@gmail.com](mailto:cesar.german@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0001-8477-5425>

César Hernán Cáceres-Costales <sup>II</sup>

[Cesar.caceres@gmail.com](mailto:Cesar.caceres@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0001-8477-5425>

**Correspondencia:** [cesar-german@gmail.com](mailto:cesar-german@gmail.com)

Ciencias de la Salud  
Artículo de Investigación

\***Recibido:** 30 de enero de 2022 \***Aceptado:** 18 de febrero de 2022 \* **Publicado:** 25 marzo de 2022

- I. Universidad Técnica de Manabí, Portoviejo, Ecuador.
- II. Universidad Técnica de Manabí, Portoviejo, Ecuador.

## Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo analizar las tendencias en la atención del enfermo crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), tomando en consideración las dificultades y perspectivas que implica el soporte a la salud del paciente en el área de hospitalización crítica. La metodología se enmarcó dentro de un tipo de investigación documental bibliográfica. La información se recopiló vía online en la base de datos de Google Académico, publicaciones en revistas indexadas, bibliotecas digitales de universidades nacionales e internacionales. El análisis de las fuentes documentales de interés se efectuó mediante la técnica del análisis de contenido. Los resultados dan cuenta de que pese a los avances científico y tecnológico en materia del cuidado del paciente crítico aun es significativo la ocurrencia de la morbi-mortalidad en esta vital área hospitalaria. Dentro de las conclusiones más relevantes, se tiene que se ha logrado un importante avance en la atención del paciente en la UCI de la mano de la tecnología y bajo las premisas de la humanización de la atención en la UCI; y del concepto Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) sin paredes. No obstante, en la actualidad puede decirse que todavía queda un importante trabajo por hacer en cuanto a calidad y resultados relacionados con la atención del enfermo crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

**Palabras claves:** paciente crítico; atención; UCI; perspectivas.

## Abstract

The objective of this study was to analyze trends in the care of critically ill patients in the Intensive Care Unit (ICU), taking into account the difficulties and perspectives involved in supporting the patient's health in the critical hospitalization area. The methodology was framed within a type of bibliographic documentary research. The information was collected online in the Google Scholar database, publications in indexed journals, digital libraries of national and international universities. The analysis of the documentary sources of interest was carried out using the content analysis technique. The results show that despite scientific and technological advances in critical patient care, the occurrence of morbidity and mortality in this vital hospital area is still significant. Among the most relevant conclusions, an important advance has been achieved in patient care in the ICU thanks to technology and under the premises of the humanization of care in the ICU; and the concept of the Intensive Care Unit (ICU) without walls. However, at present it can be said that

there is still important work to be done in terms of quality and results related to the care of critically ill patients in the Intensive Care Unit (ICU).

**Keywords:** critical patient; care; ICU; perspectives.

## Resumo

O objetivo deste estudo foi analisar tendências no cuidado ao paciente crítico em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), levando em consideração as dificuldades e perspectivas envolvidas no apoio à saúde do paciente na área de internação crítica. A metodologia foi enquadrada num tipo de pesquisa documental bibliográfica. As informações foram coletadas online na base de dados Google Acadêmico, publicações em periódicos indexados, bibliotecas digitais de universidades nacionais e internacionais. A análise das fontes documentais de interesse foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo. Os resultados mostram que apesar dos avanços científicos e tecnológicos na assistência ao paciente crítico, a ocorrência de morbimortalidade nesta área hospitalar vital ainda é significativa. Entre as conclusões mais relevantes, um importante avanço foi alcançado na assistência ao paciente na UTI graças à tecnologia e sob as premissas da humanização do cuidado na UTI; e o conceito de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) sem paredes. No entanto, atualmente pode-se dizer que ainda há um trabalho importante a ser feito em termos de qualidade e resultados relacionados ao atendimento de pacientes críticos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

**Palavras-chave:** paciente crítico; cuidado; UTI; perspectivas.

## Introducción

El cuidado intensivo es una rama singular de la medicina, que exige en la mayoría de los casos, a los médicos intensivistas, la toma de decisiones altamente complejas y de mucha responsabilidad y compromiso ético, en cuanto a la transición entre atención y curación del paciente crítico. El paciente en estado crítico, se define como aquél que presenta alteraciones fisiopatológicas que han alcanzado un nivel de gravedad tal que representan una amenaza real o potencial para su vida y que al mismo tiempo son susceptibles de recuperación (Aguilar & Martínez, 2017).

Adscrito a lo anterior, la atención del paciente en estado crítico de salud, representa una de las tareas más grandes a los que se enfrentan cada día los médicos especialistas, y en el supremo interés

de elevar al máximo el manejo del cuidado de las personas que quedan bajo su responsabilidad es necesario evaluar y redefinir siempre los métodos apropiados de la medicina de cuidados críticos y aumentar el compromiso de mejorar la calidad del servicio prestado por la medicina de cuidados intensivos.

El ingreso de pacientes a las unidades de cuidados intensivos (UCI) precisa estratificar a los pacientes por su riesgo de muerte, con diagnóstico de alto riesgo de presentar complicaciones particularmente graves, y que requieren vigilancia estrecha, monitorización continua, vigilancia y tratamiento específico, en el entendimiento cabal de que las áreas de terapia intensiva son servicios especializados cuyo fin es disminuir la morbilidad y mortalidad del paciente en estado crítico (Aguilar & Martínez, 2017).

En el desarrollo de las actividades de atención en cuidados intensivos claramente se debe disponer de espacios adecuados con el equipamiento necesario para dicha tarea, que incluye medicamentos, dispositivos especializados, alimentos, y constante atención especializada, que generan altos costos financieros. En este sentido, es fundamental disponer de mecanismos que, sin menoscabar la calidad en la atención de los pacientes críticos en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), permitan garantizar la seguridad del paciente y a la vez mantener el equilibrio financiero del hospital.

Hechas las consideraciones anteriores, el objetivo del presente artículo es analizar las tendencias en la atención del enfermo crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos, tomando en consideración las dificultades y perspectivas que implica para el soporte a la salud del paciente en el área de hospitalización crítica.

## **Desarrollo**

En la actualidad la medicina crítica ocupa una función clave en los servicios de salud, para la atención de los enfermos con afectaciones de riesgos potenciales para el mantenimiento de la vida, y que son susceptibles de recuperación, en tal sentido, las unidades de cuidados intensivos (UCI), generalmente, se encargan del cuidado de estos pacientes (Suárez et al, 2022). De forma similar (Cook & Rocker, 2014 ), señala “los objetivos tradicionales de los cuidados intensivos son reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas con enfermedades críticas, mantener la función de los órganos y restaurar la salud” (p.1). No obstante, a los avances científicos y tecnológicos relacionados con la salud, la muerte en la unidad de cuidados intensivos (UCI) sigue siendo un lugar común (Cook & Rocker, 2014 ).

Así, mejorar la calidad del cuidado de los pacientes; la seguridad del paciente y prácticas basadas en la evidencia científica, entre otras, se han convertido en premisas en el quehacer del médico intensivista y de todo aquel profesional de la salud que labora especialmente en las salas de cuidado crítico, en el interés de preservar la vida humana.

A menudo, los proveedores de atención crítica se enfrentan a grandes desafíos en relación a cómo mejorar la calidad del cuidado de los pacientes, a cuál es la forma óptima de hacer medicina, la más costo eficaz y la que mejore los resultados de los usuarios del servicio, así mismo, afronta algunas dificultades que tienen que ver con la comunicación para tratar con los pacientes y sus familias; la toma de las mejores decisiones; y conocer también cómo manejar mejor los recursos clínicos, entre otros.

En concordancia con esto, (Velarde et al, 2017) asevera que entre los problemas encontradas para ofrecer cuidados al paciente grave dentro de la unidad de cuidados intensivos (UCI), se identificaron tres temas: dificultades académico-culturales, relacionadas con la orientación curativa de la UCI y la falta de formación en cuidados al final de la vida; dificultades estructurales-arquitectónicas, relacionadas con la falta de espacio e intimidad para el paciente y la familia y dificultades psicoemocionales, relacionadas con el distanciamiento emocional como estrategia aplicada por el personal de enfermería.

A este propósito, dentro de las tendencias en la atención del enfermo crítico en la unidad de cuidados intensivos orientadas a superar las dificultades y aprovechar las perspectivas que se presentan, se encuentran la tecnología al servicio de la información; la humanización en la UCI y en la UCI sin paredes, como soluciones valiosas para el óptimo manejo de los pacientes, mejorar la práctica y, además representa una forma para ir avanzando hacia el futuro.

## **Tendencias en la Atención del Enfermo Crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos**

### **Dificultades**

#### **Formación del personal de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)**

La calidad de la atención en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) representa un gran desafío para la comunidad de los cuidados críticos (González & López, 2017). En las Unidades de Cuidados Intensivos, la gravedad del paciente crítico, las barreras de comunicación, la realización de un número elevado de actividades por paciente y día, la práctica de procedimientos diagnósticos y tratamientos invasivos, y la cantidad y complejidad de la información recibida, entre otros,

convierten a estas unidades en áreas de riesgo para la aparición de acontecimientos adversos (González & López, 2017).

A este respecto, es importante que el personal de la Unidad de Cuidados Intensivos establezca una base de conocimientos, para mejorar la práctica y entender los nuevos avances de la ciencia, lo que garantiza la competencia profesional, como forma integrante de la responsabilidad como proveedores de atención crítica. En esta línea, (Santana et al, 2019) subrayan que los avances tecnológicos relacionados con la salud y el cuidado han provocado la necesidad de definir y adquirir nuevas competencias profesionales ajustadas a las exigencias del paciente y del entorno UCI.

Asimismo, (Stimpfel et al, 2016) opinan que haciendo hincapié en el proceso de comunicación, se observa cómo la mejora de la formación, y de los entornos donde se desarrolla la labor profesional, implica mejores resultados en los pacientes complejos. Por ello, la UCI debe contar con personal altamente capacitado en el cuidado de este paciente, y disponer de los diversos equipos que ayuden a un correcto manejo del paciente y facilitar su atención (Delgado & Dinarte , 2016).

### **Dificultades Estructurales-Arquitectónicas de la Unidad de Cuidados Intensivos**

La importancia de la unidades cuidado intensivo es central si se tiene en cuenta que este es el espacio en el cual los enfermos o pacientes más delicados deben ser atendidos por profesionales de la salud, de manera constante a fin de evitar cualquier tipo de complicación o cambio abrupto en el estado de su salud (Delgado & Dinarte , 2016). Por tanto, los citados autores afirman que estas unidades deben contar con varias características como son una buena infraestructura, tecnología, personal altamente capacitado, inventario de insumos médicos y tener conexiones con los diversos servicios hospitalarios como laboratorio, sala de operaciones y radiología las 24 horas disponible (Delgado & Dinarte , 2016).

En medicina intensiva una estructura física obsoleta no produce necesariamente cuidados deficientes, pero alimenta ciertas debilidades funcionales y sirve de excusa para pérdidas de calidad (Fernández, 2015). En este contexto, un escenario adecuado a las condiciones medioambientales asistenciales que exige una unidad como la UCI, induce notables mejoras en la atención del paciente crítico. En este sentido, la guía del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2015), expone “el establecimiento de salud requiere una amplia gama de recursos humanos, materiales, económicos y tecnológicos. Estos elementos se congregan en conjuntos integrados, donde la estructura sostiene los procesos y estos sustentan los resultados (p.11). Es obvio que, una buena infraestructura del



espacio de la UCI, mejora la calidad de la atención y la seguridad en estos servicios, pues ofrece mayor funcionalidad enfocados a la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

### **Dificultades Psicoemocionales del Personal en la UCI**

En la UCI el personal involucrado en la atención del paciente crítico, generalmente adopta estrategias de autoprotección, como el distanciamiento emocional y la despersonalización del paciente como forma de limitar la implicación con el paciente y su familia (Velarde et al, 2017), todo lo cual a menudo trae consigo una despersonalización del paciente, que se traduce en: a) la consideración del paciente como un instrumento de su trabajo o una tarea que hay que cumplir, y b) evitar conocer cualquier tipo de información de los/las pacientes y de su familia (pareja, situación económica, número de hijos, edad de los hijos, lugar donde vive, trabajo que realiza, características personales, amistades, vecinos, visitas que recibe) (Velarde et al, 2017).

Bajo esta premisa, se asume el distanciamiento emocional del personal en la UCI como un mecanismo adaptativo al estrés que conlleva la relación médico-paciente o enfermera- paciente en la atención del paciente crítico. En este sentido, es importante, observar que las buenas relaciones con familias, amigos pueden ayudar a objetivar las decisiones en la unidad de cuidados intensivos. Relacionado con lo anterior, (Quero & Molina , 2010) mencionan que es primordial reconocer que hay que tener en cuenta que el cuidado es un proceso recíproco, interactivo e interpersonal que involucra el bienestar tanto de quien recibe como de quien otorga el cuidado, ya que el profesional cuenta con la disponibilidad para acercarse al paciente, tener tiempo para escucharlo y comunicarse con él de una manera empática y amable.

## **Tendencias en la Atención del Enfermo Crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos**

### **Perspectivas**

La tecnología al servicio de la información; la humanización en la UCI y en la UCI sin paredes, hoy en día se consideran como elementos fundamentales para mejorar la calidad de la asistencia, la seguridad del paciente y rendimiento financiero de área de cuidados críticos del hospital.

### **La Tecnología en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)**

El principal objetivo de las unidades de cuidados intensivos (UCI) consiste en restaurar la salud de los pacientes en estado grave con posibilidades de recuperación, mediante el empleo de tratamientos y medidas de soporte vital, en los que la tecnología tiene un importante papel (Cook & Rocker, 2014 ). En tal sentido, (Pérez & Atehortúa, 2017 ) afirman que los avances tecnológicos han sido una constante en la unidad de cuidados intensivos (UCI) desde su origen, la cual ha estado

a la vanguardia en aspectos innovadores como la monitoria hemodinámica, neurológica, uso de pruebas diagnósticas, etc.

Asimismo, (Cruz Guzmán, 2020) argumenta “los avances tecnológicos han permitido mejorar la calidad de la atención médica haciendo que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos sean certeros, rápidos y menos invasivos para el paciente (p.1).

Es así como los especialistas de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de los hospitales, cada vez más, se apoyan en la tecnología para mejorar y ampliar la cobertura de atención del paciente recluido en esta unidades de cuidado crítico, en el entendido de que existen diversos dispositivos médicos a los que están conectados los pacientes para que los sanitarios puedan recibir la información sobre sus constantes vitales de forma remota. De lo anterior, (Nicolás, 2020) destaca que las unidades de cuidados intensivos evolucionan para ser cada vez más precisas e innovadoras, y de esta manera, ofrecer tratamientos específicos y personalizados para cada paciente. Así también, (Rojas, 2019) denota que el desarrollo de la especialidad y de la tecnología han permitido la disminución de la mortalidad, y hoy quienes ingresan a estas unidades, tienen altas probabilidades de sobrevivir.

### **La Humanización de la Atención en la UCI**

La humanización de la atención en la UCI, hoy en día, se ha convertido en un elemento diferenciador y de excelencia en los centros de salud, en función de que desde hace años las prácticas profesionales, a decir de (Baeza & Quispe, 2020), se centraban solo en el tratamiento de la enfermedad y este hecho sumado al uso de la tecnología había desplazado a las personas y a sus individualidades del centro de cuidado. Esto resultó en la despersonalización de todos los agentes involucrados (pacientes, familias, cuidadores e incluso profesionales).

De este modo, (Rojas, 2019), destaca que “Humanizar los Cuidados Intensivos es centrarnos en la persona a la que atendemos, entendiendo que es única, preservando su dignidad y valores, cuidando en base a la mejor evidencia disponible, haciendo uso racional de recursos, incluyendo a los familiares” (p.123). En un sentido similar, (Baeza & Quispe, 2020), aseveran “el cuidado a las personas exige una relación bidireccional: saber qué hace única a la persona que se cuida (de paciente a cuidador), para saber cuáles son las necesidades reales que precisa (del cuidador al paciente)” (p.115).

Siendo que, la salud integral es un derecho fundamental de todo ser humano, la atención del individuo, en especial del paciente en estado crítico, debe tomar en cuenta no solo el aspecto



relativo a la atención en superar la enfermedad, sino que también es fundamental, el cuidado del entorno del enfermo que puedan lograr óptimas condiciones para las mejores decisiones y promover la fase de recuperación lo más inmediatamente posible y, finalmente la humanización en la atención del paciente, según (Rojas, 2019) también es devolver al equipo de salud la vocación y el sentido por lo que hacen.

### **La UCI sin Paredes**

El concepto Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) sin paredes plantea un sistema innovador de la gestión de los Servicios de Medicina Intensiva. (Abella, y otros, 2016), denotan que el modelo UCI sin paredes, consiste en la detección precoz de gravedad proactiva de pacientes en el hospital, fuera de la UCI. Asimismo, (Díaz Buendía, 2019), argumenta que en el interés de la mejora en la atención y el cuidado del paciente crítico, con el objetivo de aumentar la efectividad y eficacia en el manejo de estos pacientes han surgido distintos programas de actuación que proponen una atención y un cuidado continuado a lo largo de todo su proceso asistencial y, la UCI sin paredes es la base de todas estas iniciativas.

Así, el concepto de UCI extendida se inicia en la detección y atención del paciente crítico fuera de la UCI, lo más precoz posible para mejorar su pronóstico, así como continuar con los cuidados durante su estancia en UCI, optimizando los mismos para disminuir las secuelas inherentes a los tratamientos que la UCI comporta (Díaz Buendía, 2019).

Por su parte, (Gordo & Abella, 2014) definen el término UCI sin paredes como una innovadora estrategia de tratamiento en cuidados intensivos que se basa en dos elementos fundamentales: (1) colaboración de todo el personal médico y de enfermería implicado en la atención del paciente durante la hospitalización, y (2) apoyo tecnológico para protocolos de detección temprana de la gravedad identificando a los pacientes en situación de riesgo de deterioro en el hospital a partir de la evaluación de las constantes vitales y/o los resultados de las pruebas analíticas, con el claro objetivo de mejorar la seguridad de los pacientes críticos durante el proceso de hospitalización.

Es así que, la UCI sin paredes es la detección precoz del enfermo grave fuera de la UCI, todo lo cual hace referencia a la identificación de los pacientes de riesgo fuera de la unidad de cuidados intensivos y, está basada en el reconocimiento, orientación diagnóstica y tratamiento temprano del paciente grave, en colaboración con otras especialidades clínicas, independientemente de su lugar de hospitalización.

## Conclusiones

En la actualidad puede decirse que todavía queda un importante trabajo por hacer en cuanto a calidad y resultados relacionados con la atención del enfermo crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), no obstante, se ha logrado un importante avance en el cometido de solventar las dificultades que puedan encontrarse en esta vital unidad de los centros hospitalarios.

De la mano de la evolución de la tecnología y el conocimiento médico se han logrado establecer significativas propuestas tendientes a minimizar la morbilidad y mortalidad de los pacientes en la UCI, diversas perspectivas se han puesto en marcha para el óptimo manejo del paciente gravemente enfermo durante todo el proceso de hospitalización la UCI, así, se puede hacer referencia al uso de la tecnología en las unidades de cuidados intensivos (UCI), siendo que de acuerdo a los autores citados en este documento, los especialistas de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de los hospitales, cada vez más, se apoyan en la tecnología para mejorar y ampliar la cobertura de atención del paciente recluido en esta unidades de cuidado crítico, pues los avances tecnológicos han permitido mejorar la calidad de la atención médica haciendo que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos sean certeros, rápidos y menos invasivos para el paciente, aunado al hecho de que pueden ser monitoreados de manera remota por el médico intensivista.

También, la premisa acerca de la humanización de la atención en la UCI, hoy en día, se ha convertido en un elemento diferenciador y de excelencia en los centros de salud. Igualmente, el concepto Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) sin paredes plantea un sistema innovador de la gestión de los Servicios de Medicina Intensiva.

En suma, la dinámica del mundo actual plantea contantemente la evolución del conocimiento en salud; ahora hay más capacidad para proporcionar la mejor atención posible al enfermo crítico, los profesionales de la salud son cada vez más capacitados e inteligentes, existe una proporción creciente de mejores recursos clínicos basados en la tecnología, por tanto, aprovechar estas circunstancias puede mejorar sustancialmente el pronóstico de supervivencia de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos.

## Referencias

1. Abella, A., Hermosa, C., Enciso, V., Torrejón, I., Molina, R., Díaz, M., y otros. (2016). Efecto del momento de ingreso sobre el pronóstico de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos: on-hours vs. off-hours. *Medicina*

- Intensiva*;40(1).<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2014.11.009>.<https://www.enfermeriaaips.com/portal/wp-content/uploads/2016/10/Efecto-del-momento-de-ingreso-sobre-el-pron%C3%B3stico-d-elos-pacientes-en-la-unidad-de-cuidado-intensivos.pdf>, pp.26-32.
2. Aguilar, C., & Martínez, C. (2017). La Realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista Medicina Crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)*. Vol.31. Nro.3. Ciudad de México. Versión impresa ISSN 2448-8909. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2448-89092017000300171](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000300171) , pp.1-17.
  3. Baeza, I., & Quispe, L. (2020). Proyecto “Humanizando los Cuidados Intensivos”, nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. *Revista de Bioética y Derecho Perspectivas Bioéticas*; 48. ISSN 1886-5887. [www.bioeticayderecho.ub.edu](http://www.bioeticayderecho.ub.edu), pp.111-126.
  4. Cook, D., & Rocker, G. (2014 ). Dying with dignity in the intensive care unit. *Revista The New England Journal of Medicine*; 370. <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1208795> , pp. 2506-2514.
  5. Cruz Guzmán, E. (2020). Medicina y tecnología: aplicación en los cuidados intensivos del futuro. <https://slacip.org/comites/tecnologia-y-medicina/Medicina%20y%20tecnologia-aplicacion%20en%20los%20cuidados%20intensivos%20del%20futuro.pdf>, pp.1-3.
  6. Delgado, S., & Dinarte , M. (2016). Organización de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Gaspar García Laviana del Departamento de Rivas. *Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Managua. Trabajo de Titulación*. <https://repositorio.unan.edu.ni/2297/1/40151.pdf>, pp.93.
  7. Díaz Buendía, Y. (2019). “UCI extendida” Seguimiento de los pacientes críticos al alta del servicio de medicina intensiva del Hospital del Mar. *Universitat Autònoma de Barcelona. Trabajo de Fin de Máster*. <https://www.tesisenred.net/handle/10803/669594>, pp.190 .
  8. Fernández, L. (2015). A203. Arquitectura de las UCI: hacia un lugar más habitable. *REMI. Revista Electrónica de Medicina Intensiva. Para los profesionales del enfermo crítico*.ISSN: 1578-7710. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. <http://www.medicina-intensiva.com/2015/06/A203.html>.

9. González, M., & López, L. (2017). Seguridad y calidad en la atención al paciente crítico. *Enferm. clín. (Ed. impr.)*; 27(2).<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-161308> , pp.113-117.
10. Gordo, F., & Abella, A. (2014). Unidad de cuidados intensivos sin paredes: buscando la seguridad del paciente mediante la mejora de la eficiencia del sistema. *Medicina Intensiva*. Vol. 38. Núm. 7. DOI: 10.1016/j.medin.2014.02.001. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4866862>, pp. 438-443.
11. MSP. (2015). Guía de diseño arquitectónico para establecimientos de salud. *Ministerio de Salud Pública de Santo Domingo, República Dominicana. OPS/OMS. ISBN: 978-9945-591-09-5. Primera edición.* [https://www.paho.org/dor/dmdocuments/guia\\_disenos\\_arquitectonicos.pdf](https://www.paho.org/dor/dmdocuments/guia_disenos_arquitectonicos.pdf), pp.135.
12. Nicolás, J. (2020). UCI inteligente: el nuevo paradigma de los cuidados intensivos . <https://www.philips.es/a-w/about/news/archive/standard/news/press/2020/20202905-the-new-paradigm-for-intensive-care.html>.
13. Pérez, N., & Atehortúa, L. (2017 ). Modernización de Tecnologías en la Unidad de Cuidados Intensivos en Colombia. *El Hospital*.<https://www.elhospital.com/temas/Modernizacion-de-tecnologias-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos-en-Colombia+118874> .
14. Quero , M., & Molina , N. (2010). Humanización de los Cuidados: una reflexión sobre nuestra práctica profesional. *Enfermería Docente*;92:[20-2]. <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-092-08.pdf>.
15. Rojas, V. (2019). Humanización de los Cuidados Intensivos . *Revista Médica Clínica Las Condes. Vol. 30. Núm.2*.DOI: 10.1016/j.rmclc.2019.03.005. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-humanizacion-de-los-cuidados-intensivos-S0716864019300240> , pp.120-125 .
16. Santana, Y., Santana, L., Bernat, A., Linares, T., Alemán, J., & Acosta, R. (2019). Necesidades de formación detectadas por enfermeras de una unidad de cuidados intensivos: un estudio fenomenológico. *Enfermería Intensiva. Vol. 30. Núm. 4*. DOI: 10.1016/j.enfi.2019.05.001. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142->

- articulo-necesidades-formacion-detectadas-por-enfermeras-S1130239919300665*, pp. 181-191 .
17. Stimpfel, A., Sloane, D., McHugh, M., & Aike, L. (2016). Hospitals Known for Nursing Excellence Associated with Better Hospital Experience for Patients. *Health Serv Res.*, 51. <http://dx.doi.org/10.1001/jamasurg.2015.4908> , pp. 1120-1134.
18. Suárez, Y., Pastrana, I., Rego, H., Pérez, E., & Vitón, A. (2022). Costos generados por la atención al paciente grave en unidades de cuidados intensivos. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación. Vol.21. NRo.1. Ciudad de la Habana, Cuba. Versión Online ISSN 1726-6718.* [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-67182022000100005&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182022000100005&lng=es&nrm=iso), pp.1-20.
19. Velarde, J., Luengo, R., González, R., González, S., Álvarez, B., & Palacios, D. (2017). Dificultades para ofrecer cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos. La perspectiva de enfermería. *Gaceta Sanitaria. Volume 31, Issue 4.* <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.006>.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117300079> , pp.299-304.