HUCI Humanizando los Cuidados Intensivos

Diseñando Juntos nuevos horizontes

Libro de ponencias

#1CIHAS

Valencia. España.

El presente documento recoge las comunicaciones presentadas en el I Congreso de Humanización de la Asistencia Sanitaria, celebradas en el Hospital La Fe, en Valencia entre el 11 y 12 de abril de 2019.

ISBN: 978-84-09-11246-3.

Edita: Proyecto HUCI

Valencia, 12 de abril de 2019

HUCI Humanizando los Cuidados Intensivos
www.proyectohuci.com

Este libro recoge íntegra y fielmente los trabajos enviados por los autores. La organización no se hace responsable de las opiniones expresadas en ellos, ni de su contenido, formato, ortografía o gramática.
This book contains entirely and exactly the texts sent by autrhors. The organisation is not responsable for the opinions expreessed, nor the contento r gramar.

Comunicaciones orales

Nº	Comunicación	Pag.
10	MEJORA DE LA SATISFACCIÓN LABORAL EN LOS PROFESIONALES DE UN HOSPITAL COMARCAL A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN MULTICAPA	4
16	PROYECTO HUCI: HUMANIZANDO LA ASISTENCIA EN LOS CUIDADOS INTENSIVOS EN LA CLÍNICA IMQ ZORROTZAURRE *	5
26	PROGRAMA ESCUELA DE CUIDADORES UCI: CUÍDALO, APRENDIENDO JUNTOS	6
65	SI EL NACIMIENTO TIENEN UNA CAMA, PORQUÉ NO OFRECÉRSELA AL MURIMIENTO. "LA CAMA DE LOS ÚLTIMOS DIAS"	7
68	VISITA DE NIÑOS SIN RESTRICCIÓN A FAMILIARES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA ADULTOS. OPINIÓN DE LOS PACIENTES, FAMILIARES Y PROFESIONALES	8
80	FUENLABRADA: RESULTADOS DEL PRIMER AÑO". "CONSULTA DE SEGUIMIENTO POST-CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA	10

*** Ganadora del premio a mejor comunicación oral en la 3ª Edición de los Premios Pablo Ráez a las mejores comunicaciones científicas en Humanización de la Asistencia Sanitaria.**

10

MEJORA DE LA SATISFACCIÓN LABORAL EN LOS PROFESIONALES DE UN HOSPITAL COMARCAL A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN MULTICAPA

Victoria Ramis Banús, Nofre Pons Sureda, Soledad Gallardo Bonet, Concha Zaforteza Lallemand, Hospital Comarcal d'Inca

victoria.ramis@hcin.es

Introducción: entre julio y diciembre de 2015 se produce el cambio en el equipo directivo de un hospital comarcal. Un análisis preliminar indicaba que el clima y la satisfacción laboral eran mejorables.
Objetivos: identificar y mejorar la satisfacción laboral de los profesionales del hospital.
Metodología: Diseño pre-post intervención, en un hospital comarcal. La población fueron los 754 profesionales del hospital. Se utilizó la encuesta de satisfacción laboral del Ibsalut, de 28 preguntas de escala Likert con puntuación de 1 a 5 y opción a texto libre. El primer corte fue entre febrero y junio de 2016 (muestra 402 profesionales) y el segundo entre noviembre de 2018 y febrero de 2019 (muestra 234 profesionales). La participación fue voluntaria.
Las intervenciones de la gerencia fueron: escucha activa, diseño de un plan estratégico participado por los profesionales del hospital, cambio de mandos medios, recuperación de plantillas, identificación del talento, fortalecimiento de proyectos, atracción de proyectos estratégicos del Ibsalut, atracción de proyectos de investigación.
Variable dependiente: satisfacción laboral
Análisis: 1) análisis de porcentajes de cada una de las opciones de respuesta de la escala Likert para cada pregunta de la encuesta (curvas de frecuencias); 2) aplicación de la prueba no paramétrica de Mann-Withney para comparación de variables independientes.
Resultados:
1) Todas las curvas de frecuencia, de cada una de las 28 preguntas, se desplazaron a la derecha en el segundo corte con respecto al primero, por lo que hubo mayor porcentaje de personas que respondió puntuaciones altas en la fase post-intervención.
2) El incremento en las puntuaciones Likert es estadísticamente significativo, con $p<0,05$ para 27 de las 28 preguntas de la encuesta.
Discusión: las intervenciones han sido efectivas para la mejora de la satisfacción laboral de los profesionales del hospital.

16

PROYECTO HUCI: HUMANIZANDO LA ASISTENCIA EN LOS CUIDADOS INTENSIVOS EN LA CLÍNICA IMQ ZORROTZAURRE

Ainara Villate, Ainhoa Zabalegui, Amaia Garcia, Bergoi Gastaka, Charo Fernandez, Janire Molinuevo, Maribel Ibañez, Miren Zurdo, Amaia Uranga, Isabel Urrutia Johansson
Grupo IMQ.

iurrutia@clinica.imq.es

Introducción

Enmarcado dentro del Plan de Humanización de las Clínicas de IMQ, y comprometidos con hacer de la asistencia sanitaria, una asistencia, ante todo "humanitaria", se ha apostado por la realización del presente proyecto, que se encuentra enmarcado dentro de un Programa de certificación nacional de Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos, este programa se denomina HU-CI.

El programa HU- CI, tiene diseñado un Manual de Buenas Prácticas, estructurado en 7 dimensiones estratégicas que integran 159 estándares. Sobre este manual, es el que se ha trabajado por parte de una Comisión multidisciplinar de la Clínica IMQ Zorrotzaurre (Comisión HUCI), realizando una Autoevaluación de nuestra situación en el servicio de UCI, conforme a las mejores prácticas identificadas en los 159 estándares definidos.

Objetivos

Aunque el objetivo de adherirnos desde Clínica a este proyecto, es poder identificar áreas de mejora en torno a la Humanización y calidad asistencial en la UCI, cabe reseñar que este programa, es susceptible de optar a un reconocimiento expreso y público. Este reconocimiento se otorga, cuando una organización solicita la certificación y cumple con los requisitos considerados necesarios para prestar una atención humanizada y de calidad y se evidencia su apuesta por la mejora continua.

Incorporar el Servicio de UCI en el plan de humanización de las Clínicas

Evaluar la situación de partida y objetivos a cumplir

Optar por el reconocimiento externo

Metodología

Crear una comisión multidisciplinar del Servicio de UCI

Realizar una autoevaluación del servicio según el Manual de HUCI

Identificar áreas de mejora respecto al manual

Llevar a cabo las acciones de mejora según prioridad

Seguimiento de las acciones de mejora

Resultados/ Conclusiones

El objetivo de incorporar un plan de humanización adaptado al servicio de UCI, nos ha ayudado a reforzar el equipo que forman los profesionales del servicio e incrementar el sentimiento de

pertenencia ya que la participación de los profesionales ha sido muy satisfactoria. Eso nos ha llevado a crear un plan de acción completo e integral el cual, si ya contaba con el paciente y familiares como núcleo del proceso, ha conseguido un interés mayor en la conciencia sobre los mismos.

Bibliografía

- Proyecto HU-CI: https://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/inicio/

26

PROGRAMA ESCUELA DE CUIDADORES UCI: CUÍDALO, APRENDIENDO JUNTOS.

Cruz Romera Alonso, Laura Carrasco Yubero, Mª Dolores Pérez Martín, Raquel López Fernández, Mª Luisa Jiménez Barcones, Mª Dolores Rodríguez Huerta.
HU La Princesa, Madrid.

drodriguezh@salud.madrid.org

Introducción:
Diversos estudios revelan la necesidad de las familias del paciente crítico de recibir adecuada información, no solo sobre aspectos clínicos del paciente, si no sobre cuidado y confort, tratamiento y aspectos organizativos. Dentro del Proyecto "Escuela de Familiares y Pacientes Princesa" del HULP se desarrolló un programa de talleres para familiares por parte del grupo de trabajo de humanización de la UCI y la Dirección de Enfermería que se inició en octubre de 2018.

Objetivos:
principal: describir la implementación de talleres formativos para los familiares de pacientes ingresados en UCI. Secundarios: evaluar aprendizaje y satisfacción de los alumnos.

Metodología:
el fin de los talleres es familiarizar a las personas de contacto de pacientes con una previsión de ingreso mayor de 48 horas con el entorno y cuidados de UCI. Son impartidos por enfermeras, TMCAE, asistente social y fisioterapeutas 1-2 veces al mes. Se definieron dos perfiles de talleres según la situación clínica del paciente: 1) pacientes de ingreso reciente con cuidados generales de UCI. 2) pacientes de estancia prolongada con necesidad de cuidados más comprometidos.

Resultados:
experiencia de 5 talleres tipo 1 en 5 meses, con un nº de alumnos entre 5 y 9 predominando mujeres e hijos o cónyuges del paciente. La puntuación de cada ítem del cuestionario de valoración es de 1 a 10, destacamos: media de valoración global del taller 9,14; Adecuación, calidad y utilidad de la información 9,09; respuesta a expectativas previas 8,80 (*).

Discusión:
los primeros resultados de esta iniciativa son positivos y las familias agradecen esta intervención, refuerza su confianza en el equipo y se sienten "atendidas". Se les brinda la posibilidad de participar

en el cuidado, pudiendo aumentar así la calidad de vida del paciente generando además al cuidador sentimientos de utilidad y seguridad ante el alta a planta.

Bibliografía

- Chien WT, Chiu YL, Lam LW, Ip WY. Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: A quasi-experimental study. Int J Nurs Stud 2006; 43: 39-50.
- Maxwell KE, Stuenkel D, Saylor C. Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. Heart Lung 2007; 36: 367-376.
- mari FH. Perceived and Unmet Needs of Adult Jordanian Family Members of Patients in ICUs. J Nurs Scholarsh; 2009; 41: 28-34.
- Pardavila Belioa MI, Vivarb CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. Enferm Intensiva. 2012; 23(2):51-67.
- Hidalgo I, Vélez Y, Pueyo E. Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. Enferm intensi. 2007; 18 (3):106-14.
- Blanca-Gutiérrez JJ, Blanco-Alvariño AM, Luque-Pérez M, Ramírez-Pérez MA. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: Revisión sistemática de estudios cualitativos. Enfermería global. 2008; 12: 1-14.
- (*) Datos procedentes de la Unidad de Humanización y RSC del Hospital Universitario de La Princesa.

65

SI EL NACIMIENTO TIENEN UNA CAMA, PORQUÉ NO OFRECÉRSELA AL MURIMIENTO: "LA CAMA DE LOS ÚLTIMOS DIAS"

del Campo Molina, E.; Doblas Miranda, C.; Alhama Lucena, C.; Moreno Osuna F.2; Gómez García, M; Ramírez Pérez, MA..
H. de Montilla. Córdoba

ecampom@ephag.es

Justificación:

Algunos enfermos terminales acuden a urgencias en sus últimos días, en condiciones agónicas. Las condiciones en urgencias: masificación, lentitud para ingresar, y falta de camas, provocan que éstos fallezcan en urgencias sin ingresar. Urgencias no es área adecuada para morir, lo que provoca actitudes agresivas por la familia, e incapacidad y desesperación en los profesionales que poco pueden hacer. Nuestra urgencia está adaptada desde el 2012 con este procedimiento.

Objetivos:

Proporcionar una muerte digna al paciente moribundo, evitando que muera sólo y en lugar no indicado para morir, agilizando el ingreso al máximo. Descripción del procedimiento y resultados tras 7 años

Material y **Método**:

2010: Elaboración de procedimiento de ingreso rápido desde urgencias para pacientes en situación de muerte inminente (M.I.). Definición de M.I. 2011: Divulgación a todo el personal de urgencias y hospitalización. Elaboración de hoja de recogida de datos. 2012: Activación del procedimiento y habilitación de 1-2 habitaciones con cama individual y aseo. Análisis de datos 2012-2018.

Resultados:

Se recogieron 365 casos, de los cuales 312 cumplían criterios de M.I. Exitus: 80,82%. No exitus en el hospital: 19,18% (Altas in extremis: 12,61%, Alta a domicilio: 6,57%). Exitus en cama: 92,54%. (Exitus <15 min: 4,7%). 88,77% fallecen en las primeras 24h. La sedación fue necesaria en un 23,847%. Sin reclamaciones ni conflictos.

Conclusiones:

Desde 2012 disponemos del circuito específico en urgencias para el paciente moribundo.
Conseguimos que el 92,5% de los exitus esperados fallezcan en una cama
Tan sólo un 7,46% de los pacientes mueren en urgencias: Las causas no fueron humanas: Muerte en menos de 15 min.
Con la activación del procedimiento hemos logrado la dignificación del fallecimiento: morir en un área adecuada y acompañado
No se hemos tenido ninguna reclamación ni conflictos con la familia con este tipo de pacientes.

68

VISITA DE NIÑOS SIN RESTRICCIÓN A FAMILIARES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA ADULTOS. OPINIÓN DE LOS PACIENTES, FAMILIARES Y PROFESIONALES.

Alba Caballer, Consuelo Guia, Rosa Jam, Ana López, Noemí Simón
Hospital Universitari Parc Taulí.

acaballer@tauli.cat

Introducción

Los niños rara vez visitan a sus familiares ingresados en las unidades de cuidados intensivos adultos (UCI-a), a pesar de que se han descrito efectos beneficiosos para ellos (liberación y alivio)1. Entre los motivos por los cuales las visitas de niños no son habituales está la creencia de que existe un riesgo para el menor y/o el paciente, las normas restrictivas de las UCIs y actitud de profesionales2.

Objetivos

Objetivos generales

Desarrollar protocolo para visita niños menores 16 años a familiares ingresados en UCI-a.

Conocer opiniones pacientes/familiares/profesionales sobre visita niños menores 16 años a familiares ingresados en UCI-a.
Objetivos específicos
Avaluar protocolo para visita niños menores 16 años a familiares ingresados en UCI-a.
Analizar opiniones pacientes/familiares/profesionales sobre visita niños menores 16 años a familiares ingresados en UCI-a.

Metodologia

Estudio descriptivo realizado UCI-a polivalente (30 camas).
Fase I. Enero-marzo 2019
Realización encuesta "ad hoc" de opinión, voluntaria y anónima a pacientes/familiares/profesionales sobre visita menores en UCI-a.
Hoja información básica ingreso para familiares, especificando opción visitas de niños menores 16 años.
Tríptico información específica para familiares, sobre el desarrollo de la visita.
Documento ilustrativo infantil (cuento y dossier).
Guía estructurada y adecuada diferentes edades (pre-durante-post visita).
Fase II. Abril-diciembre 2019
1. Sesiones formativas para equipo médico/enfermería.
Implementación y valoración del protocolo.

Resultados

Fase I.
145 encuestas: profesionales 82, familiares 42 y pacientes 21.
Aspectos analizados:
Beneficio para el menor/paciente/familia. Respuesta afirmativa:
Profesionales: 96%/100%/94%
Familiares: 83%/40%/74%
Pacientes: 57%/62%/52%
Riesgo para el menor/paciente. Respuesta afirmativa:
Profesionales: 29%/7%
Familiares: 60%/ 60%
Pacientes: 33%/5%
Necesidad preparación previa del menor por parte del equipo asistencial. Respuesta afirmativa:
Profesionales: 91%
Familiares: 69%
Pacientes: 57%

Discusión

La mayoría de profesionales/familiares/pacientes consideran beneficioso para el menor poder visitar a sus familiares en UCI-a.
Existe divergencia de opinión entre profesionales/familiares/pacientes respecto al riesgo que supone la visita del niño a UCI-a.

Profesionales/familiares/pacientes coinciden en que es necesario una preparación previa del menor antes de la visita UCI-a.

Bibliografía

- Knutsson S, Samuelsson IP, Hellström AL, et. al. Children's experiences of visiting a seriously ill/injured relative on an adult intensive care unit. J Adv Nurs. 2008 Jan;61(2):154-62
- Anzoletti AB, Buja A, Bortolusso V, Zampieron A. Access to intensive care units: a survey in North-East Italy. Intensive Crit Care Nurs. 2008;24(6):366-74.

80

"CONSULTA DE SEGUIMIENTO POST-CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA: RESULTADOS DEL PRIMER AÑO".

María Ángeles de la Torre, Beatriz Nieto, Raquel del Olmo, Carlos Velayos, Ángela Alonso, Almudena Escribá.
Proyecto InnovaHUCI. Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid).

mangdelatorre@hotmail.com

Introducción:
Desde Abril de 2018, englobado dentro del Proyecto InnovaHUCI, se puso en marcha en el Hospital Universitario de Fuenlabrada (HUFLR) la Consulta de seguimiento Post-Cuidados Intensivos (CPCI).

Objetivos:
Estudio descriptivo del paciente en seguimiento en la CPCI desde Abril´18 a Marzo´19.

Metodología:
Durante el primer año de seguimiento Post-Cuidados Intensivos se derivaron a la CPCI todos aquellos pacientes con >2 días de ingreso y soporte ventilatorio (48h), sepsis, fracaso multiorgánico, PCR recuperada, delirio o SDRA. Se excluyeron aquellos con situación de dependencia previa, patología psiquiátrica, deterioro cognitivo o corta expectativa de vida. Se cita la 1ª visita al mes del alta hospitalaria y revisiones en 3,6,9 y 12 meses. Estudio descriptivo recuento y porcentajes para variables cualitativas, media +/-DE para cuantitativas, mediana + rango intercuartílico para cuantitativas no normal.

Resultados:
Se han valorado en la CPCI 34 pacientes. Un 74% fueron varones, la edad media: 62+/-12 con pache II y SAPS III al ingreso de 17+/-7 y 32+/-12 y SOFA 7+/-4. El motivo de ingreso fue medico 68%; un 59% procedía de Urgencias. Un 56% presentó delirio en UCI. La estancia en UCI fue de 6,5d (4-11), estancia hospitalaria 25d (15-42), estancia hospitalaria postUCI 11d (6-21) y nº de días desde el alta hospitalaria hasta la CPCI 35(31-46).
A todos los pacientes se les realizó la escala Barthel presentando un 53% algún grado de dependencia, la escala Moca donde un 44% mostró alteración cognitiva, la escala nutricional MUST con un 41% de pacientes en riesgo nutricional y la escala HAD que objetivó un 62% de los pacientes

con ansiedad o depresión. Hubo un 12% de los pacientes que presentó alteración en todas las áreas exploradas.
El 60% de los pacientes precisó seguimiento en la consulta por presentar alteración en alguna de las áreas evaluadas.
Un 20% de los pacientes participa en los Grupos de pacientes Post-UCI.

Discusión:

La CPCI nos permite diagnosticar con prontitud a los pacientes con Síndrome Post-Cuidados Intensivos y poner todos los medios a nuestro alcance para que recuperen su mejor calidad de vida posible. Dadas las medidas preventivas para el PICS iniciadas en nuestra unidad, además la CPCI permitirá la evaluación y valoración de las mismas.

Bibliografía:

- Extremera P, Añón JM, García de Lorenzo A. Are outpatient clinics justified in intensive care medicine? Med Intensiva. 2018 Mar;42 (2):110-113.
- Kuehn BM. Clinics aim to improve Post-ICU Recovery. JAMA. 2019. Feb 27. Doi:10.1001/jama.2019.0420. [Epub ahead of print].

Comunicaciones en formato póster

Nº	Comunicaciones en formato póster	Pag.
1	DAR LA CHAPA ...HASTA QUE LA *H* SEA UN HECHO	17
2	LA PÍLDORA VERDE.	18
4	CONTRIBUCIONES DE LA MUSICOTERAPIA EN LA INCLUSIÓN SOCIAL DE PERSONAS CON ESCLEROSIS MÚLTIPLES	20
5	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE FAMILIARES DE UCI. INSTRUMENTO DE HUMANIZACION.	22
6	UCI PUERTAS ABIERTAS. BARRERAS Y FACILITADORES	23
7	TU BATA ME SUENA	25
8	VIAJANDO JUNTOS HACIA LA HUMANIZACIÓN EN HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	27
9	EL BUEN MORIR EN LA UCI	28
11	TU SONRISA, LA PROTAGONISTA. ASSOCIACION FICAT	30
12	¿ESTAMOS MUY QUEMADOS EN LA UCI?	32
13	HOMENAJE A LA VIDA, 90 Y MAS.	33
14	EL SANATORIO COMO PARTE DE LA PROPUESTA EDUCATIVA PARA NUESTROS ADOLESCENTES. TRANSFORMANDO LA SALA DE ESPERA DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA EN AULA PARA CULTIVO DE LA COMPASIÓN.	34
15	EN COCHE AL QUIROFANO	36
17	ADECUACIÓN DE LOS TIEMPOS DE ESPERA PARA EL PACIENTE CON ORDEN DE INGRESO DESDE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO	37
18	TRES AÑOS DE EXPERIENCIA CON ACTIVIDADES LÚDICO-TERAPÉUTICAS EN HEMODIÁLISIS. POR UNA TÉCNICA MÁS HUMANA	40
19	CALIDAD PERCIBIDA EN UCI: GRUPOS FOCALES	41
21	ESTUDIO DEL IMPACTO DE UN PROGRAMA DE NEUROFELICIDAD PARA PERSONAS QUE TRABAJAN EN UN HOSPITAL.	42
22	"PROGRAMA CONOCE TU HOSPITAL"	45
23	"MUSICUIDARTE. ¿POR QUÉ NO?"	47
24	"EL PACIENTE CUENTA".	48
25	"PLAN DIGNIFICA: ¿HUMANIZAR LA ATENCIÓN EN UN ÁREA INTEGRADA? YES, WE CAN"	49
27	ACCEDE: PLAN DE ACCESIBILIDAD AL AMBITO SANITARIO EN EL MARCO DE LA DIVERSIDAD EN EL ÁREA SANITARIA DE TALAVERA DE LA REINA	50

28	"CARICIAS VALIENTES"	52
29	DIARIO DEL RECUERDO	54
30	LIMITACIÓN DE TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL A PETICIÓN DE LA PACIENTE EN PROCESOS IRREVERSIBLES. A PROPÓSITO DE UN CASO.	55
31	OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES SOBRE LAS BUENAS PRÁCTICAS DEL PROGRAMA DE CERTIFICACIÓN DE HUMANIZACIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS.	56
32	SESIONES DE INFORMACIÓN ENFERMERA PREVIOS AL INGRESO PARA UNA CIRUGÍA DE CÁNCER DE PULMÓN.	58
33	HUMANIZÁNDONOS EN LA SALA DE DIÁLISIS	59
34	CALIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS CUANDO FINALIZA LA VIDA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS	60
35	ENFERMERÍA INFORMA: PROYECTO INFOUCI. PROTOCOLO DE ESTUDIO	63
36	HU- UCI PRINCESA: MEJORANDO LA INFORMACIÓN A FAMILIARES.	65
37	IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS NO FARMACOLÓGICOS EN PACIENTES ADULTOS CON DELIRIO EN UNIDADES DE REANIMACIÓN.	66
38	REDUCCIÓN DEL ESTRÉS PRE QUIRÚRGICO	67
39	NIVEL DE ANSIEDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN UCI	68
40	CALIDAD DEL SUEÑO EN FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UCI CON REGIMEN ESTRICTO DE VISITAS	70
41	ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EN UN HOSPITAL DE CRÓNICOS	71
42	LAS PIZARRAS BIOGRÁFICAS DE LA UCI	72
43	EL CLIMA ORGANIZACIONAL COMO HERRAMIENTA PARA LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS	74
44	IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN LOS CUIDADOS INTEGRALES EN PACIENTES ADULTOS EN UNIDADES DE REANIMACIÓN.	75
45	ENFOQUE OPERATIVO DEL CONCEPTO DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA COMO ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL	76
46	PROYECTO WEB "CUIDAMOS COM # PASION"	77
48	CUIDANDO HERMANOS DONANTES	79
49	"COMPARTIENDO CUIDADOS: EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA PERSONA TRASPLANTADA Y SU FAMILIA"	80
50	DISEÑO Y FUNCIONAMIENTO INICIAL DE LA NUEVA UCI DEL HOSPITAL SANTA CATERINA	81
51	ATENCIÓN HUMANIZADA A CUIDADORES EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO (UCIP) DEL HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE MEDELLÍN - COLOMBIA A TRAVÉS DE UN PROGRAMA MULTIDISIPLINARIO PARA IMPACTAR EL SUFRIMIENTO Y	82

	APORTAR AL BIENESTAR.	
52	PASEOS QUE CURAN.	84
53	LE PREGUNTÉ AL TIEMPO: ¿QUÉ HACER PARA ALIVIAR MI DOLOR? "LIBROTERAPIA" UN SERVICIO QUE AYUDA A LA SALUD	86
54	"PASEOS VIRTUALES EN UCI: CON EL BENEPLÁCITO DEL DR. IGEÑO". ¿POR QUÉ NO MEJORAR LO BUENO?	87
55	LOS INTENSIVISTAS PODEMOS APORTAR CALIDAD FUERA DE NUESTRAS UCIS: SEDACIONES EN DIGESTIVO	89
56	"NARRACIONES LLENAS DE VIDA". UNA FOTO PANORÁMICA DE LA UCI EN 360º	90
57	HUMANIZANDO LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONARIOS Y CARDIOVASCULARES. HUCCA Y HUCICCV	91
58	"PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN EL DUELO PERINATAL DESDE LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA"	93
59	EVALUACIÓN DE UN MÉTODO DE PREVENCIÓN DE INSATISFACCIÓN DE PACIENTES EN UN HOSPITAL DE CRÓNICOS, BASADO EN LA ENTREVISTA CONTINÚA.	94
60	¿ES POSIBLE DISMINUIR EL BURNOUT DEL EQUIPO ASISTENCIAL DE UNA UCI POLIVALENTE A TRAVÉS DEL "GRUPO DE REFLEXIÓN TIPO BALINT" COMO INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA? DOS AÑOS DE EXPERIENCIA.	95
61	VALORACIÓN DEL BURNOUT POR PROFESIONES EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS DE ADULTOS.	97
62	¡¡¡PROYECTO «SSSHHHH.....SE DUERME!!!» **	98
63	REHABILITACIÓN CARDÍACA GRUPAL INTRAHOSPITALARIA	100
64	"LO IMPOSIBLE SÓLO TARDA UN POCO MÁS: ESTAMOS EN EL CAMINO...	101
66	ESCUELA PRINCESA. PROGRAMA DE CUIDADOS DE FISIOTERAPIA PARA FAMILIARES. TALLER UCI.	103
67	LA MUSICOTERAPIA EN LA DEMENCIA. REVISIÓN DE LAS ÚLTIMAS INVESTIGACIONES	104
69	UCI DE PUERTAS ABIERTAS: IMPLEMENTACIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID	106
70	"DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE UN PLAN ESTRATÉGICO DE HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN INFANTIL Y JUVENIL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN"	107
71	"DIFERENCIACIÓN DE UN ÁREA ESPECÍFICA DE ATENCIÓN INFANTIL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. ADAPTANDO EL MEDIO A LAS NECESIDADES DEL PACIENTE MENOR DE EDAD".	109
73	HUMANIZANDO UN SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA	110
74	NECESIDADES Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL CUIDADO DE LOS PACIENTES CRÍTICOS EN PROCESO DE FIN DE VIDA.	111
75	DIAGNÓSTICO DE LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO HUMANIZADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO.	113

76	VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A NTERVENCIONES EN EL LABORATORIO DE ARRITMIAS	114
77	"EL PSICÓLOGO EN UCI: DEL DESEO A LA REALIDAD"	115
78	PUESTA EN MARCHA DE UN GRUPO COLABORATIVO PARA LA PREVENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME POST CUIDADOS INTENSIVOS (SPCI): DEL THRIVE A ÍTACA.	117
79	RESULTADOS DEL PRIMER AÑO DEL PROYECTO INNOVAHUCI: PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME POSTCUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA (HUMANIZANDO LOS CUIDADOS INTENSIVOS).	119
83	LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS COMO HERRAMIENTA DIDÁCTICA PARA LA ENTRADA DE LOS NIÑOS EN LA UCI.	121
84	SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO CON LOS CUIDADOS ENFERMEROS	122
85	INSTAURACIÓN DE UN PROYECTO DE HUMANIZACIÓN EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ALTA COMPLEJIDAD. DESDE LAS BASES TEÓRICAS A LA PUESTA EN MARCHA	123
86	CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DE FALLECIMIENTOS HOSPITALARIOS Y REGISTROS DE CUIDADOS HUMANIZADOS DE FIN DE VIDA EN UN HOSPITAL DOCENTE ASISTENCIAL DE ALTA COMPLEJIDAD	124
87	EVALUACIÓN DE LAS "V JORNADAS AL OTRO LADO DEL PIJAMA" (AOLP): SENSIBILIZACIÓN EN VALORES Y HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA	126
88	UN PROTOCOLO DE COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS PARA FAMILIARES Y PACIENTES INGRESADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS	128

**Ganadora del premio a mejor comunicación en formato póster en la 3ª Edición de los Premios Pablo Ráez a las mejores comunicaciones científicas en Humanización de la Asistencia Sanitaria.

1

DAR LA CHAPA ...HASTA QUE LA *H* SEA UN HECHO

Mª Jose Guelbenzu Lasarte, Amaia Saralegui Gainza, Nuria Andión Espinal, Ana López Flamarique, Mª Rosario Sorbet Amóstegui, Mª Jesús Ancín Yániz.
Complejo Hospitalario de Navarra.

mjguelbenzu@yahoo.es

Introducción

En los últimos años, la complejidad técnica de las UCI ha podido relegar las necesidades emocionales a un segundo plano.1,2 Actualmente, se están promoviendo actitudes encaminadas a la humanización3, pretendiendo un compromiso activo de los trabajadores. Cuando un profesional se identifica y llama a las personas por su nombre, reconoce su singularidad, dignidad y su valor como persona.4

Objetivos

El objetivo principal del presente estudio fue promover la reflexión e involucrar al personal de UCI sobre la cultura de humanización.

Los objetivos específicos fueron:

-Identificar a los trabajadores de la UCI con su nombre y profesión para mejorar las relaciones interpersonales entre el personal, paciente y acompañantes.

-Implicar al personal mediante sus propuestas para favorecer su participación en las mejoras de humanización que se instauren en la unidad.

-Conocer el clima actual sobre Humanización del personal de la UCI.

Metodología

Se diseñó una chapa identificativa que fue introducida en la unidad por el equipo de humanización. Se esperó a la reacción del resto de los profesionales que se interesaron por la iniciativa. Se explicó que la manera de conseguir la chapa sería aportando ideas sobre humanización en un buzón que se colocó en la unidad. Tras recoger las aportaciones, se entregó una chapa a cada participante. Posteriormente, se analizaron las propuestas mediante un análisis descriptivo-cualitativo.

Resultados

Se recogieron 173 ideas. Las aportaciones se clasificaron por temas, en un total de 8 grupos; Condiciones laborales (24 comentarios), necesidad de psicólogo (5), comunicación-respeto a la intimidad (58), condiciones ambientales (35), identificación (23), musicoterapia (6), visitas (5) y objetos personales-entretenimiento (17).

Discusión

La participación del equipo en la iniciativa provocó mayor compromiso por parte de los trabajadores, estableciendo un nuevo marco de relaciones-interpersonales basado en la vinculación emocional con el proyecto5. Mediante esta acción se demostró que pequeños gestos, generan grandes cambios6.

Bibliografía

(1) Angus D.C., Barnato A.E., Linde-Zwieble W.T., Weissfeld L.A., Watson R.S., Rickert T., et al. Use of intensive care at the end of life in the United States: An epidemiologic study. Crit Care Med. 2004: 32: 638-49 in Holanda Peña MS, et al. Medición de la satisfacción de los pacientes Ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares. Med Intensiva. 2014. 663.1.
(2) Carlson B., Riegel B., Thomason T. Visitation: Policy versus practice. Dimens Crit Care Nurs 1998; 17: 43.
(3) Heras La Calle G., Zaforteza Lallemand, C.. HUCI se escribe con H de HUMANO. Enferm Intensiva. 2014; 25 (4): 123
(4) Chung G, Understanding Nursing Home Worker Conceptualizations about GoodCare. The Gerontologist, (53), 2, April 2013, 246-254.
(5) Márquez N, Estrategia de cambio en las instituciones de atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. (17) n6. 2001.
(6) Klein SM, A management communication strategi for change. Journal of Organizational change. (9). N2. 32-46

2
LA PÍLDORA VERDE.

Mª Rosario Sorbet Amóstegui, Mª Jesús Ancín Yániz, Carmen Castillo Santesteban, Mª Jose Guelbenzu Lasarte, Nuria Andión Espinal, Amaia Saralegui Gainza.
Complejo Hospitalario de Navarra.

txsorbet@gmail.com

Introduccion:
El desarrollo tecnológico de la medicina ha relegado a un segundo plano lo "invisible". La humanización pretende subsanarlo incluyendo acciones encaminadas al bienestar de las personas, cuidando también los espacios. El uso de la zona verde del Complejo Hospitalario de Navarra ayuda a alcanzar un mayor grado de armonía entre cuerpo, mente y alma de pacientes, familiares y profesionales.
Objetivos:
General:
Convertir el entorno natural exterior en una herramienta terapéutica para activar el área física, psíquica y espiritual de la persona.
Específicos:
- Habilitar un lugar donde realizar actividades físicas, y artísticas en contacto con la naturaleza.
- Posibilitar el encuentro entre pacientes, familiares, profesionales, sanos y enfermos, haciendo visible la enfermedad y que ayude a entender procesos de vida.
Metodología:
Se diseñó un proyecto dinámico desarrollado en tres fases. Inicialmente, se revisaron protocolos de

salida de pacientes, se adecuaron y señalaron 4 paseos seguros y sin barreras, marcando árboles singulares, colocando estratégicamente bancos y papeleras. Artistas locales colaboraron incluyendo pequeños poemas al recorrido. El proyecto se dio a conocer con paneles, folletos informativos, página web, paseos guiados, prensa y redes sociales. En las siguientes fases, se contempla un espacio para encuentro con mascotas, un gimnasio exterior y la realización de actividades lúdicas.

Resultados:

La adecuación de este espacio natural para pasear lo convierte en una herramienta terapéutica para el cuidado integral de la persona. Durante la estancia en el hospital, la posibilidad de salir al exterior, recibir los rayos del sol, contactar con la naturaleza, caminar, oír los pájaros y el viento, leer poemas, sentir el frescor en la cara…convierte este espacio en un entorno compasivo donde conseguir el equilibrio anímico y emocional.

Discusion:

Posibilitar el uso del espacio natural a los usuarios del hospital humaniza la atención sanitaria, fomenta hábitos saludables y atiende holísticamente a las personas.

Bibliografía:

1. Li Q, Morimoto K, Kobayashi M, Inagaki H, Katsumata M, Hirata Y, et al. A forest bathing trip increases human natural killer activity and expression of anti-cancer proteins in female subjects..J Biol Regul Homeost Agents. 2008 Jan-Mar;22(1):45-551.
2. Li Q et al. Effects of Forest Bathing on Cardiovascular and Metabolic Parameters in Middle-Aged Males. Evid Based Complement Alternat Med. 2016
3. Mao GX, Cao YB, Yang Y, Chen ZM, Dong JH, Chen SS, et al. Additive Benefits of Twice Forest Bathing Trips in Elderly Patients with Chronic Heart Failure. Biomed Environ Sci. 2018 Feb;31(2):159-162. doi: 10.3967/bes2018.020.
4. Ideno Y, Hayashi K, Abe Y, Ueda K, Iso H, Noda M, et al. Blood pressure-lowering effect of Shinrin-yoku (Forest Bathing): a systematic review and meta-analysis. BMC Complement Altern Med. 2017 Aug 16;17(1):409. doi: 10.1186/s12906-017-1912-z.
5. Hassan A, Tao J, Li G, Jiang M, Aii L, Zhihui J, Zongfang L, Qibing C. Effects of Walking in Bamboo and City Environments on Brainwawe Activity in Young Adults. Evid Based Complement Alternat Med. 2018 Feb 11;2018:9653857. doi: 10.1155/2018/9653857. eCollection 2018.
6. Kaplan R y Kaplan S. The experience of nature: A Psychological perspective. Cambridge University Press. UK 1989
7 .Bird,W. Natural thinking. The Royal Society for the protection of Birds. 2007
8. Dr. Quing Li. El poder del Bosque. Shinrin-Yoku. Ed. Roca. Abril 20186.
9. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan de Humanización en las Unidades de Cuidados
Intensivos (HU-CI). Madrid. Noviembre 2017
10. Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra. Departamento de salud del Gobierno de Navarra. Enero 2018
11. Guía de buenas prácticas clínicas. Cuidados centrados en la persona y familia. RNAO Registered Nurses
´Association of Ontario. Mayo 2015

12. Blanco A, Alcalde J T, Belasko M, Meyer A, Schwendtner O, Urtasun A, .Arboles viejos y árboles singulares de Pamplona. Ed. Ayuntamiento de Pamplona. Pamplona. Febrero 2010.
13. Abella, I. La magia de los árboles. Ed. Oasis. Barcelona 1996
14. Selhub E, Logan A C. El poder curativo de la naturaleza: La naturaleza como fuente de salud, vitalidad y bienestar . Ed.RBA. Barcelona 2012

4

CONTRIBUCIONES DE LA MUSICOTERAPIA EN LA INCLUSIÓN SOCIAL DE PERSONAS CON ESCLEROSIS MÚLTIPLES

Ednaldo Antonio Dos Santos, Esperanza Marchant Sánchez, María Angeles Ñiguez Ortiz
Universidad Católica de Valencia – España. Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas Brasil

edandos@alumni.uv.es

Introducción

Tratase de un estudio cualitativo, que aborda los beneficios de la musicoterapia en la inclusión social de un grupo de mujeres con esclerosis múltiples, pertenecientes en una asociación en la ciudad de San Pablo en Brasil.

Las personas con esclerosis múltiples al recibir el diagnóstico desarrollan sentimientos de frustración, tristeza, desmotivación, e incertidumbre de su futuro con la enfermedad, llevandolo-a una baja autoestima y un estado depresivo, teniendo como consecuencia el aislamiento social (Bogart, 2015).

Esta comprobado que cantar y tocar un instrumento despierta una serie de sentimientos y emociones que cambia el estado de humor de la persona, reflejandose en la forma como ella interacciona con las personas a su alrededor (Benenzon, 2011). Por esta razón es de gran relevancia que personas que estén en un estado depresivo tenga contacto con instrumentos musicales.

Objetivos:

- Estimular la socialización;
- Despertar la mirada hacia el otro;
- Influir en el aumento de la autoestima.

Metodología:

Se realizaron sesiones de musicoterapia en grupo, una vez a la semana con duración de 60 minutos entre julio y octubre de 2015. Como protocolo se usaron las fichas tituladas: histórico sonoro musical; testificación y ficha de evolución.

Las herramientas de evaluación del proceso fueron las fichas mencionadas anteriormente, más el análisis de audio, fotos y de los informes de otros profesionales que atendían las pacientes.

Discusión

Al final del proceso se identificó un aumento de la interacción entre las pacientes y también con los

que convivían en el espacio. Además de hacer música en las sesiones de musicoterapia, ellas empezaron a cantar y tocar con los demás compañeros de la asociación después de la intervención. Aunque se necesite de más investigación relacionada con la temática, la musicoterapia se mostró efectiva en el proceso de integración social de las participantes.

Bibliografía:

- Andrade, P. (2004) Uma abordagem evolucionária e neurocientífica da música. Neurociências. Vol. 1, n1. Julho- Agosto.
- Barcellos, L R. (2007) Cadernos de Musicoterapia n° 1. Rio de Janeiro: Enelivros.1992 Análise musicoterápica. Da recepção à produção musical do paciente "um caminho para a compreensão de sua história‖. Apostila de curso, estação EKI. São Paulo.
- Benenzon, R. (2011) Teoria da musicoterapia: Contribuição ao conhecimento do contesto não verbal, Editora Summus Eeditoral.
- Bogart, K. R. (2015). Disability identity predicts lower anxiety and depression in multiple sclerosis. Rehabilitation Psychology, 60(1), 105-109. http://dx.doi.org/10.1037/rep0000029
- Bréscia, V L. (2003) Educação Musical: bases psicológicas e ação preventiva. São Paulo: Átomo.
- Bruscia, K. E. (2016) Definindo Musicoterapia. 3 ed. Barcelona..
- Correa, C. (2009) Música, emoção e memória musical. In: Nascimento, M. Musicoterapia e a reabilitação do paciente neurológico. São Paulo: Memnon.
- Gaser, C. Schlaug, G. (2003) Brain structures differ betwenn musicians and non- musicians. The journal of neuroscience, vol 23(27), pp. 9240-9245. October 8.
- Jourdain, R. (1998) Música, cérebro e êxtase: como a música captura nossa imaginação. Tradução Sonia Coutinho. Rio de Janeiro: objetiva.
- Kantor, L. (2004) Esclerose múltipla e motivação - conversas com o portador. São Paulo: Serono.
- Leinig, C.E. (2009) A música e a ciência se encontram. Curitiba: Juruá.
- Leme, R. Neurofisiologia da música. In Nascimento, M. (2009) Musicoterapia e a reabilitação do paciente neurológico. São Paulo: Memnon.
- Lent, R. (2001) Cem Bilhões de Neurônios – Conceitos Fundamentais de Neurociência. São Paulo: Atheneu.
- Martins, J S. (2007) O trabalho com projetos de pesquisa: do ensino fundamental ao ensino médio. 5 ed. Campinas, SP: Papirus.
- Mayer, J. D., Salovey, P. & Caruso, D. (1997). Emotional IQ test [CD ROM]. Needham, MA: Virtual Knowledge
- Moscovici, S. (2001) Das representações coletivas às representações sociais. In: JODELET, D. (Org.) Representações Sociais. Rio de Janeiro: Eduerj.
- Rocha, V. Boggio, P. (2013) A música por uma ótica neurocientífica. Per musi no.27 Belo Horizonte jan./jun.

- Sacks, O. (2007) Alucinações musicais: relatos sobre a música e o cérebro. Tradução Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das letras.
- Sloboda, J A. (2008) A Mente Musical: psicologia cognitiva da música. Trad. Beatriz Ilari e Rodolfo Ilari. Londrina.
- UBAM (2010) - União Brasileira das Associações de Musicoterapia Musicoterapeutas painéis de descrição e validação - São Paulo Setembro e Outubro de 2010.
- Zimerman, E. (1997) Como trabalhamos com grupos. 1 ed. Porto Alegre: Artmed. 424 p.
- Weigel, A M G.(1988) Brincando de Música: Experiências com Sons, Ritmos, Música e Movimentos na Pré-Escola. Porto Alegre: Kuarup.

5

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE FAMILIARES DE UCI. INSTRUMENTO DE HUMANIZACION.

María Arís Pérez Lucendo, Marc San Baron, María Cruz Romera Alonso, Carmen Torres Echevarria, María José Galán Sánchez–Heredero, Alfonso Canabal Berlanga
Hospital Universitario de la Princesa de Madrid

m_aris_86@hotmail.com

Introducción:
La encuesta de satisfacción de familiares es una herramienta para establecer un ciclo de mejora de la calidad de un servicio que se enmarca fácilmente en los proyectos de humanización.
Objetivo: Conocer el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en UCI mas de 48h.
Metodología
DISEÑO: Estudio prospectivo unicéntrico desde octubre a diciembre 2018.
AMBITO: UCI polivalente Hospital Universitario de la Princesa de Madrid.
SUJETOS: Familiares de pacientes ingresados en UCI más de 48h, durante esos 3 meses.
INTERVENCION: Instrumento: Encuesta validada (FS-ICU 24) para familiares de pacientes ingresados en UCI, se entrega al cuidador principal.
Resultados:
Se contestaron 30 encuestas.
Destacaron con calificación excelente o muy bien:
En el trato percibido hacia el paciente 19 (65,52%).
La consideración de sus necesidades 28 (96,55%),
Apoyo emocional 21 (72,41%),
Preocupación y cuidados del personal, 26 (89,65%),
Frecuencia en comunicación del personal enfermería 24 (82,76%),
Frecuencia en comunicación personal médico 27 (93,1%),

Ambiente en la UCI 21 (82,14%),
Ambiente sala de espera, 9 (30,04%),
Facilidad para obtener información 25 (89,28%),
Se sintió muy incluido en la toma de decisiones 16 (66,67%), apoyado o muy apoyado 21 (84%), percepción de buen control sobre el cuidado que mi familiar recibió 10 (41,67%).

Discusión

La tasa de respuesta de las encuestas es mejorable. Las atenciones hacia los familiares y los pacientes son bien percibidos, también la información que reciben, sin embargo hay una calificación mejorable respecto a la sala de espera y a la percepción del control del cuidados del paciente por el familiar.

Es necesario que desarrollemos otras medidas para aumentar tasa de respuesta, mejorar el confort de los familiares durante la espera y en el control del familiar sobre el cuidado del paciente.

Bibliografia:

- MD. Pérez Cárdenas, M. Rodríguez Gómez, AI. Fernández Herranz, M. Catalán González, JC. Montejo González. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. Med Intensiva 2004;28(5):237-49.
- M.S. Holanda Peña, E. Ots Ruiz, M.J. Domínguez Artiga, A. García Miguelez, A. Ruiz Ruiz, A. Castellanos Ortega, R. Wallmann, J. Llorca Díaz. Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares. Med Intensiva 2015;39:4-12.
- Canabal Berlanga, G. Hernández Martínez. ¿Puede la satisfacción de los pacientes y familiares influir en la gestión de los servicios de medicina intensiva?. Med Intensiva. 2017;41(2):67-69.
- Martín MC, Cabré L, Ruiz J, Blanch L, Blanco J, Castillo F, et al. [Indicators of quality in the critical patient] Spanish. Med Intensiva. 2008; 32: 23-32.

6
UCI PUERTAS ABIERTAS. BARRERAS Y FACILITADORES.

María José Galán Sánchez -Heredero, Pilar Martín Minguillán, Loreto Martín-Téllez de Meneses, Natalia González García, Ainhoa Palomo Seldas, Juan Angel Toledano Peña..
Hospital Universitario de la Princesa de Madrid

mjgalansh@yahoo.es

Introducción:

La flexibilización de los horarios de visitas es una medida principal en los planes de humanización de las unidades asistenciales, considerada indicador de calidad por la SEMICYUC. En octubre del 2018 instauramos un proyecto de UCI puertas abiertas y evaluamos el impacto en su puesta en marcha.

Objetivos:
Valorar barreras y facilitadores en la puesta en marcha del proyecto de UCI de puertas abiertas.

Metodología:
Análisis descriptivo de la puesta en funcionamiento del proyecto de puertas abiertas:
Horario ampliado: 3h por la mañana y 4 horas por la tarde.
Figura del cuidador principal, tarjetas identificativas y libertad para entrar en su horario sin aviso previo, no así para el resto de familiares.
Talleres formativos para el cuidador principal.
Encuesta de satisfacción del cuidador principal.
Elaboración de material de cartelería con sus bases.
Sesiones informativas para el personal, recoger las impresiones de sus efectos. Descripción de Barreras y facilitadores.

Resultados:
-Barreras:
Dificultad para trabajar en presencia del familiar, confusión de los familiares en la distinción entre el cuidador principal y resto de familiares. La información del ingreso es más compleja (cartelería y folletos no son suficientes).
-Facilitadores:
La celebración de talleres formativos, enmarcados en la escuela de familiares y pacientes. 1 taller cada 15 días.
Excelente calificación de los cuidadores principales de la formación recibida, también en la encuesta de satisfacción.
Experiencias previas de otros centros y corriente facilitadora de sociedades científicas y autoridad sanitaria.

Discusión:
La relación con los familiares del paciente es clave en el propio beneficio del paciente, colaboran en el cuidado e incrementa su bienestar. Los proyectos de UCI de puertas abiertas son beneficiosos y crean satisfacción, pero tienen un coste de adaptación y organizativos que no es desdeñable. Pueden incrementar el estrés en el personal mientras se habitúan y precisa múltiples aclaraciones e intervenciones informativas.

Bibliografia

- Arnaiz Arnaiz V, et al. Escuchando a profesionales, pacientes y familiares: estudio sobre el régimen de visitas en una Unidad de Cuidados Intensivos. Med Intensiva. 2018. https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.11.004.
- Heras La Calle G, Alonso Ovies A, Gomez Tello V. A plan for improving the humanisation of intensive care units. Intensive Care Med. 2017;
- Indicadores de calidad del enfermo crítico, actualización 2017. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Madrid: SEMICYUC; 2017.
- Dolores Escudero, Lucia Viña y Clementina Calleja. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. Med Intensiva. 2014; 38(6): 371-375.

- Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Consultado junio 2018 en: http://www.madrid.org/es/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/plan-humanizacion-asistencia-sanitaria-2016-2019.
- Davidson JE, PowersK, Hedayat KM, Tieszen M, Lon A, Shepard E, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine. Task Force 2004-2005. Crit Care Med. 2007; 35:605-22.
- Errasti Ibarrondo B, Tricas Sauras S. La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. Enferm Intensiva. 2012:23:179-88.
- Gonzalez Carroll DL, Elliott JS, Fitzgerald PA, Vallent HJ. Visiting preferences of patients in the intensive care unit and in a care complex medical unit. Am J Crit Care. 2004; 13(3):194-198.
- Holden J, Harrison L, Johnson M. Families, nurses and intensive care patients: a review of the literature. J Clin Nurs. 2002; 11:140-8.

7

TÍTULO: "TU BATA ME SUENA"

Montserrat Sánchez Pellitero, Daniel Ordorica Rubiano, Sandra Del Sol Plaza, María Jesús Paredes González
Hospital Universitario Severo Ochoa De Leganés, (Madrid).

sanchezpellitero@gmail.com

Introducción

Las actividades o cursos dirigidos a la prevención del burn-out profesional cuentan cada año con más participantes ya que tensión laboral, frustración personal y actitudes inadecuadas de enfrentamiento a situaciones conflictivas son causas comunes de la aparición de este síndrome1. Los profesionales sanitarios hemos de ser capaces de contribuir a humanizar aquellos contextos donde sería peligroso priorizar la técnica y la formación científica sobre el aspecto humano2.

Objetivos

-"Rehumanización intrahospitalaria: Establecer puentes de unión entre profesionales de distintas categorías y servicios del área sanitaria con una actividad lúdica y creativa.

- Participación de profesionales, pacientes y familiares.

Metodología

Estudio cualitativo con diseño fenomenológico.

Se hicieron entrevistas en las distintas unidades y servicios del hospital y centros de salud del área, explicando el proyecto de un festival que incluyera números de música, canto, baile y teatro, en el que pudieran participar profesionales sanitarios del centro, pacientes y familiares. Se publicitó en carteles y página web.

Cada grupo tuvo un responsable, que configuró el número y coordinó ensayos. Contamos con la implicación de Gerencia y dirección.

Resultados

Reclutamos 130 participantes entre profesionales y pacientes para tres festivales musicales con números muy variados. Uno con motivo del 30 aniversario del hospital y otros dos con fines benéficos para la fundación "Mensajeros de la Paz". Se recaudaron 3000 euros, duró 2.30 horas y hubo 600 asistentes. Asistieron el viceconsejero de sanidad y el alcalde de Leganés reconociendo la labor de humanización del proyecto. Se grabó un vídeo como recuerdo.

Discusión

Mejorar el clima laboral repercute positivamente en la práctica diaria asistencial, en relaciones interprofesionales y relación profesional-paciente.

Consideramos imprescindible que se sigan promocionando proyectos lúdicos de este tipo que contribuyan a conocer a la persona que hay detrás de cada trabajador, potenciando así la relación interprofesional más allá de la práctica asistencial.

Bibliografía

1. De Pablo Hernández C. El síndrome de burnout y los profesionales sanitarios. Nursing (Ed española). 2007;25(8):60-5.
2. García Cabezas ME. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. Metas Enfermería. 2014; 17(1):70-4.
3. Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la asistencia Sanitaria. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Consejería de sanidad. 2016. 231 p.
4. Lucas García C, Gómez García CI, Antón Hurtado JM. La comunicación interprofesional desde la cultura organizacional de la enfermería asistencial. Cultura de los Cuidados Rev Enfermería y Humanidades. 2011; 15(31):85-92.
5. Rubio Rico L, Cosi Marsans M, Martínez Márquez C, Miró Borrás A, Sans Riba L, Toda Savall D, et al. Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos. Enfermería Intensiva. 2006; 17(4):141-53.
6. De la Peña Barroso Alonso M. Estudio sobre la relación del síndrome de burnout y la creatividad, el método y el orden en los profesionales sanitarios. 2016.

8

VIAJANDO JUNTOS HACIA LA HUMANIZACIÓN EN HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA

Sonia Santarrufina Lluch y Rosa Aguilar Sanchis
Hospital Universitario i Politécnico La Fe, Valencia

santarrufina_mar@gva.es

Introducción:
El Área Clínica de Enfermedades del Niño del Hospital Universitario i Politécnico La Fe trata de potenciar cuidados centrados en los niños y sus familias, impulsando estrategias que mejoren la atención sanitaria, promoviendo los derechos del niño hospitalizado, entre los que se encuentra el disponer de espacios diseñados para ellos, en los que se integren cuidados, educación y juegos.
Objetivos:
GENERAL: Mejorar el bienestar de los niños ingresados en la Fe y de sus familias, mediante la gestión de los recursos existentes, incluyendo a todos los agentes implicados (pacientes, familia y profesionales).
ESPECÍFICOS:
Identificar las iniciativas existentes para humanizar la asistencia del niño hospitalizado.
Adecuar espacios pediátricos.
Ofrecer cuidados globales y fomentar un enfoque multidimensional, incluyendo a la familia como copartícipe de los cuidados.
Metodología:
Descripción de proyectos realizados en el Hospital La Fe, durante el 2018, dirigidos a pacientes de 0 a 14 años y sus familias.
Resultados:
Proyectos identificados:
Unidad Pedagógica Hospitalaria: Proporciona atención educativa a pacientes de primaria y secundaria.
Apoyo social: Coordinación de recursos y ayudas por parte de Trabajado Social, ONGs y voluntariado.
Adecuación del entorno: Habitaciones individuales, decoración de salas y servicios centrales, etc.
Hospital de puertas abiertas
Medidas de distracción, ocio y entretenimiento: Diseño y programación de actividades (Payasospital).
Cartera de servicios para minimizar el ingreso hospitalario: UCSI, Hospital de Día y Hospitalización Domiciliaria.
Últimas iniciativas: Can de la Mano, APYT, "El Jardín de mi Hospi", Ratonhospital, etc.
Discusion:
Los proyectos descritos fomentan el bienestar de los niños ingresados y sus familias, que se implican, participan y los perciben como un activo de valor positivo en el proceso su enfermedad. Por tanto, requieren ser incluidos como pieza clave en la gestión de los cuidados proporcionados a la

población infantil.

Bibliografía:

- Carta Europea del Niño hospitalizado. Resolución del Parlamento Europeo A2- 25/86, DOCE 13 Mayo de 1986. Disponible en: https://www.edulacta.com/wp-content/uploads/2015/05/carta_europea_ninos_hospitalizados.pdf
- Acuerdo del Consejo Interterritorial: Impulsar y armonizar la humanización de la asistencia en las Unidades de Cuidados Intensivos neonatales Pediátricas y Neonatales del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 23 de julio de 2013. Disponible en: http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/DECALOGO_de_las_UCIS.pdf
- Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. BOE núm. 313, de 31 de diciembre de 1990. Disponible en: https://www.boe.es/boe/dias/1990/12/31/pdfs/A38897-38904.pdf

9
EL BUEN MORIR EN LA UCI.

Eva García Martínez, Ana María Rodríguez Vargas, José Luis Tato Tato, Julia Moreno Sánchez.
Hospital Francesc de Borja (Gandía).

jluistt7@hotmail.com

Introducción:

En la UCI fallecen pacientes que, pese a disponer de la más compleja tecnología, también necesitan la mejor atención humana.

La tecnificación de los cuidados dificulta una relación más humana entre pacientes, familiares y profesionales.

Objetivos:

- General: Garantizar una muerte digna en UCI.
- Específico: Crear un protocolo de cuidados al final de la vida cambiando el modelo de atención centrado en la enfermedad por uno centrado en las personas: pacientes, familia y profesionales.

Metodología:

- Actividades dirigidas al paciente:
- Acondicionamiento del entorno proporcionando calidez, confort, intimidad, dignidad, acompañamiento y respeto.
- 'Habitación de despedida o duelo'
- Asegurar el cumplimiento de los principios éticos de autonomía, beneficencia, no

maleficencia y justicia.

- Proporcionar cuidados paliativos.
- Dar a conocer la ley de 'muerte digna' posibilitando así al paciente planificar anticipadamente decisiones respecto a su tratamiento.
- Apoyo psicológico y espiritual.

- Actividades dirigidas a familiares:
  - Implicación en cuidados básicos.
  - Flexibilización de horarios de visita.
  - Garantizar el acompañamiento al final de la vida.
  - Garantizar la información comprensible y adecuada.
  - Sala de estar y de información.
  - Carta de condolencias post mortem.
- Actividades dirigidas a profesionales:
  - Cumplimiento del protocolo de adecuación del esfuerzo terapéutico.
  - Formación en bioética, cuidados paliativos y comunicación de malas noticias.
  - Mejorar la comunicación entre profesionales.
  - Visibilidad del síndrome 'Burn out'.
  - Talleres de gestión emocional.

Resultados:

Hemos creado un grupo de trabajo multidisciplinar en nuestra UCI para el desarrollo de un plan de humanización de cuidados intensivos que se encuentra en una fase inicial.

Se ha creado un buzón de sugerencias al alta y post mortem para detectar carencias asistenciales tanto de pacientes como de familiares.

Discusión:

- Es necesario mejorar los cuidados al final de la vida en UCI.
- Debemos buscar la excelencia desde un punto de vista multidimensional.
- Las UCIs y los profesionales del paciente crítico tienen el compromiso moral de liderar el cambio.

Bibliografía:

- MH+ UAC: Pla de millora de la Humanització en les unitats Assistencials de malalts Critics (Unitat de Reanimació "La FE"). 2018.
- LEY 16/2018, de 28 de junio, de la Generalitat, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida. [2018/6394] - Diario Oficial de la Generalitat Valenciana de 29-06-2018.
- La humanización de la muerte vista por un oncólogo. ABC periódico electrónico (03/10/08) [consultado el 02 de febrero 2019] https://sevilla.abc.es/ hemeroteca/historico-03-10-2008/sevilla/Nacional/la-humanizacion-de-la- muerte-vista-por-un-oncologo_81378561306.html
- C de la Fuente-Martos. DOI:10/2016/j.medin.2017.08.002. Implantación de un proyecto de humanización en la unidad de cuidados intensivos (unidad de cuidados intensivos Hospital Infanta Margarita, Cabra, Córdoba, España). http:// www.medintensiva.org/es-

implantacion-un-proyecto-humanizacion-una-articulo- S0210569117302206
- Plan de Humanización de las UCI de la Comunidad de Madrid. 2016 [consultado 2
- Febrero 2019]. Disponible en: http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/wp-content/uploads/2016/10/PlanHUCI.pdf
- Reflexión sobre la muerte y el morir en la UCI a partir de la perspectiva profesional en cuidados intensivos. Maria do Carmo Vicensi [consultado 02 de febrero 2019] http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n1/es_1983-8034-bioet-24-1-0064.pdf
- III Jornada Interautonómica de Humanización de la asistencia sanitaria. http:// sescam.castillalamancha.es/plan-de-humanizacion/jornadas/iii-jornada- interautonomica-de-humanizacion-de-la-asistencia-sanitaria
- ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES TERMINALES https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/267/1994-6.pdf?sequence
- Morir con dignidad en terapia Intensiva . Autor: Deborah Cook, M.D., and Graeme Rocker, D.M. Fuente: The New England Journal of Medicine Dying with Dignity in the Intensive Care Unit. Articulo IntraMed (2014) [consultado 25 enero 2019] https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=84527
- Plan de humanización de la asistencia Sanitaria 2016-2019. Conserjería de Sanidad. (2016). Fernando Alvares Martinez, Mª José Molero Pardo. Protocolo de actuación ante el proceso de la muerte. Comisión de Humanización de los Cuidados. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. http:// www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/ revistas/ED-092-10.pdf

11
TU SONRISA, LA PROTAGONISTA. ASSOCIACION FICAT

Ana Masia Garriga, Vanesa Mascarell Rey, Maria Teresa Arcos Mestre, Maria Vazquez Minguell, Lorena Rascón Rojas, Joana Ponce Muñoz.
Hospital Verge de la Cinta, Tortosa.

ana_masia_amp@msn.com

Introducción
La fisura labio palatina es una de las malformaciones congénitas faciales más frecuentes. 1 de cada 700 nacimientos presentan fisura al labio y/o paladar.
Se debe a la alteración en la fusión de los tejidos que originan el labio superior y paladar durante el desarrollo embrionario. Muchas veces las causas son desconocidas aunque algunos estudios apuntan a la combinación de factores genéticos y ambientales.
Aparece al inicio del embarazo, alrededor de la octava semana, y en algunos casos es posible detectar la fisura mediante ecografías.

Se pueden presentar, entre otras cosas:
*Dificultad al comer.
* Dificultad al hablar.
* Infecciones de oído.
* Mala alineación dental.
El tratamiento requiere de la intervención de un equipo multidisciplinar. Principalmente maxilofacial, intensivista, neonatología, ortodoncia, logopedia, genética, otorrino, psicología, nutrición, ortopedia, entre otros.
La asociación FICAT, nace de un grupo de padres que se conocen a través de las continuas visitas hospitalarias, y deciden formar la asociación para unirse con más familias y afectados.

Objetivos

General: Dar a conocer la asociación a los diferentes profesionales.
Específicos: Poder hacer difusión y ponernos en contacto con las familias afectadas.

Metodología

La asociación dispone de web y redes sociales. Se hacen quedadas periódicas; se reparten trípticos a los hospitales y hay un teléfono para una comunicación directa.

Resultados

Una disminución de los temores por la falta de conocimiento y ansiedad provocados por el nacimiento de un hijo con fisura.
Soporte emocional.
Información sobre las diferentes etapas por las que se pasa.
Orientación hacia las ayudas pertinentes.

Discusión

Pretendemos ofrecer acompañamiento emocional y aportar información útil a los padres que tengan o esperen un hijo con fisura, y así disminuir los miedos y ansiedad de cara a lo desconocido.

Bibliografía

1- Alison Ford M ; Tastets M E ; Alfonso Cáceres R "Tratamiento de la fisura labio palatina" (Consultado el dia 29 de Enero de 2019) Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864010705010
2- Glenny AM, Hooper L; Shaw WC; Reilly S, Kasem S; Reid J "Intervenciones alimentarias para el crecimiento y desarrollo de niños con labio leporino, fisura palatina o labio leporino y fisura palatina" La Biblioteca Cochrane Plus, 2007, Número 4
(Consultado el 30 de Enero de 2019) Diponible en :
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864010705010
3- Garmendía Hernándezl G; Garmendíall A M F ; Vila Morales D "Propuesta de una metodología de tratamiento en la atención multidisciplinaria del paciente fisurado labio-alveolo-palatino"
(Consultado en dia 2 de febrero de 2019) Disponible en : http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072010000200003&script=sci_arttext&tlng=pt
4- España-Lópeza J A ; Martínez-Plazaa A ; Fernández-Valadésa R ; Guerrero-López C ; Cortés-Sáncheza y Blas García Medinab R Tratamiento ortopédico con moldeador nasoalveolar prequirúrgico en la fisura labiopalatina unilateral (Consultado el 5 de febrero de 2019) Disponible en :

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-05582012000400005&script=sci_arttext&tlng=pt
5- Sotomayor Camayo J ; Gutarra Vilchez L A Factores de riesgo en el embarazo para la preséncia de fisuras labio maxilo palatinas. Consultado el 30 de Enero de 2019) Disponible en : http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/3369
6- Associació FÍCAT .Disponible en : http://ficat.info/

12
¿ESTAMOS MUY QUEMADOS EN LA UCI?

Martínez-López P, González-García AB , Mascaros-Gutierrez MC , Mateo-Rodríguez E , Cano-Moreno A , Serrano-Montagud S
Unidad de Cuidados Intensivos de Anestesia del Consorcio Hospital General Universitario de València.

kammara@gmail.com

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO
El síndrome de burnout (SB), constituye un problema de gran repercusión social e incluso se ha denominado la epidemia emergente de los profesionales de la salud. El objetivo fue conocer el grado de afectación del SB en nuestra unidad.

Material Y Método
Estudio transversal a través de la encuesta de Maslach Burnout Inventory (MBI). Está compuesta de 22 ítems en forma de afirmaciones y analiza las tres dimensiones del síndrome: desgaste emocional, cinismo y eficacia profesional.

Resultados
Se obtuvieron un total de 25 encuestas (15,4% del total). El 80% de los que contestaron fueron mujeres y un 24% enfermeras, un 36% auxiliares y un 38% médicos. Respecto a la relación con sus compañeros un 96% la describen como buena.
En la valoración de la escala MBI se obtiene en desgaste emocional 28,8±10,2 puntos (enfermería: 40,4±10 / facultativos: 28,2±10), cinismo 13±6 puntos (enfermería 16,5±6,5 / facultativos: 11±5) y en la eficacia profesional 38,2±6,2 puntos (enfermería: 38,9±6,4 / facultativos: 37,2±6,2).
El 73,3 % - 30% de enfermería-facultativos presentaban una alta vulnerabilidad a desarrollar el SB en un futuro y el 26,7% -10% de enfermería - facultativos lo padecía en el momento de realizar la encuesta.

Discusión
En la valoración del personal de nuestra UCI de la escala MBI, enfermería obtuvo mayor puntuación en las tres esferas. La incidencia y la vulnerabilidad a desarrollar el SB en un futuro era mayor en el colectivo de enfermería. Con esta encuesta hemos visto que son necesarias medidas para mejorar la situación de los trabajadores de la UCI, por un lado en relación con el personal (manejo del estrés, etc.), o relacionadas con la organización laboral y el trabajo (mejora del espacio y dotaciones técnicas, evitar sobrecarga laboral, mejorar la relación entre los profesionales y la comunicación,

etc.).

Bibliografia

- Burnout in the intensive care unit: it's a team problem. Hancock J, Hall R, Flowerdew G. Can J Anaesth. 2019 Jan 7. doi: 10.1007/s12630-018-01285-5
- Should all ICU clinicians regularly be tested for burnout? Yes. Papazian L, Sylvestre A, Herridge M. Intensive Care Med. 2018 May 7. doi: 10.1007/s00134-018-5094-z.

13
HOMENAJE A LA VIDA, 90 Y MAS.

Rosario Cuadro. Laura Ramos, Bruno Cuturi. Médico Pediatra, Santiago Caballero, Nahuel Bauza, Daiana Correa
ReCreo Americano. Sanatorio y Seguro Americano. Montevideo Uruguay.

rosariocuadro@gmail.com

Introducción.

En 2017, surge ReCreo Americano, un equipo multidisciplinario con una misión común: humanizar la asistencia que se brinda en el Sanatorio y Seguro Americano partiendo desde la concepción del ser humano como alguien integral donde interactúan aspectos biológicos, psicológicos, sociales, lúdicos y espirituales debiendo contemplarlos a todos en el proceso terapéutico.

En dicho contexto surge la iniciativa denominada "Homenaje a la vida, 90 y más"

Objetivo general: dignificar la figura de nuestros adultos mayores

Objetivos específicos:

Generar un espacio de escucha donde recepcionar lo que nuestros noventosos quieran compartir al respecto de sus experiencias de vida y espiritualidad involucrando además a sus familiares y/o cuidadores.

Afianzar los vínculos entre los pacientes, sus familias y el equipo asistencial.

Mejorar la experiencia de internación de nuestros adultos mayores.

Metodología:

La población objetivo fueron aquellos pacientes de 90 y más años internados en el Sanatorio Americano en condiciones neuropsiquiátricas de consentir su participación en la experiencia planteada.

Previo consentimiento del paciente, se le aplicó un cuestionario de 19 preguntas generales y 5 de espiritualidad procediendo a gravar las respuestas. Se le propuso además la selección de fotos u objetos que le resultaran significativos. Se les comunicó acerca de la idea de realizar una publicación institucional con los datos recogidos (debe firmar consentimiento informado).

Resultados:

Hasta el momento se cuenta con 6 historias editadas. Se realizó una encuesta de satisfacción a los pacientes quienes califican al cuestionario como excelente en todos los casos, planteando que

desean seguir participando de propuestas lúdico recreativas distintas a lo meramente asistencial.

Discusión:

Consideramos que este tipo de experiencias mejoran la calidad asistencial contribuyendo a disminuir el estrés que genera la enfermedad y la internación. Se fortalecen además los vínculos con el equipo asistencial.

Bibliografía

- Enric Benito, Mónica Dones y Javier Babero. EL ACOMPAÑAMIENTO ESPIRITUAL EN CUIDADOS PALIATIVOS. PSICOONCOLOGÍA. Vol. 13, Núm. 2-3, 2016, pp. 367-384
- Chochinov HM. Dignity-conserving care - a new model for palliative care. Helping the patient to feel valued. JAMA 2002; 287: 2253-2260. 10
- Balfour M. Mount Ten commandments of healing. J Cancer Ed. 2006;21:50-1.
- Cassell EJ. The nature of suffering and the goals in medicine. N Engl J Med. 1982;106:639-45.
- Torralba F. Antropología del cuidar. Barcelona: Institut Borja de Bioética; 1998. p. 119.
- Grof C, Grof S. La tormentosa búsqueda del ser. Una guía para el crecimiento personal a través de la emergencia espiritual. Barcelona: Ed. La liebre de Marzo; 1995.
- Puchalsky C, Ferell B, Virany R, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. J Palliat Med. 2009;12:885904.
- Benito E, Barbero J, Payás A, editores. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta. SECPAL. Madrid: Arán Ediciones SL; 2008

14

EL SANATORIO COMO PARTE DE LA PROPUESTA EDUCATIVA PARA NUESTROS ADOLESCENTES. TRANSFORMANDO LA SALA DE ESPERA DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA EN AULA PARA CULTIVO DE LA COMPASIÓN.

Rosario Cuadro, Bruno Cuturi, Laura Ramos, Santiago Caballero, Nahuel Bauza, Lucía Nicassio.
Recreo Americano. Sanatorio y Seguro Americano. Montevideo Uruguay.
El grupo de adolescentes de bachillerato Internacional del Colegio Saint Brendan's de Montevideo Uruguay que hicieron posible esta iniciativa.

rosariocuadro@gmail.com

Introducción: en 2017 nace ReCreo Americano, equipo multidisciplinario con una misión: humanizar la asistencia en el Sanatorio y Seguro Americano. En dicho contexto surge la iniciativa denominada: sala de espera de oncología pediátrica, aula para cultivo de la compasión.

Objetivos generales: cultivar la compasión en los adolescentes buscando generar adultos más sensibles y comprometidos con la sociedad.

Objetivos específicos:
Abrir las puertas del Sanatorio al voluntariado.
Convocar a la comunidad a ser parte del proceso de sanación despertando la vocación del servicio por y para los demás.
Involucrar a las autoridades institucionales en la práctica de una medicina más humana e integrada.

Metodología:

Se presentó el proyecto en el Colegio Saint Brendan's. La propuesta fue opcional y dirigida a adolescentes cursando bachillerato internacional en el marco de la asignatura Líderes Comunidad Acción y Servicio
Se realizaron reuniones previas para introducir conceptos sobre recreación terapéutica y de preparación para el contacto con el niño/ adolescente con cáncer. Se instrumentó una visita al Sanatorio donde sus autoridades presentaron a la institución y al personal. Se concurrió a sala de espera de oncología pediátrica en grupos de 3 adolescentes, acompañados de 2 recreadores, Se propusieron actividades lúdico recreativas dirigidas a mejorar la adaptación a la enfermedad y optimizar los vínculos de los pacientes y familiares entre sí y con el personal asistencial.

Resultados:

Se aplicó una de evaluación a los pacientes, sus familias y a los alumnos participantes obteniendo excelentes resultados
Se evidenció la importancia de generar propuestas recreativas que nos permitan trabajar la resiliencia.
Se logró el compromiso de las autoridades institucionales.

Discusión:

La incorporación de la comunidad al proceso de sanación de sus miembros afianza el sentido de cooperación y pertenencia que hace a nuestra cultura.

Bibliografía.

- Augé, M. (1993). Los no lugares: espacios del anonimato. Barcelona: Gedisa.
- Austin, D. Crawford, M. (2001). Therapeutic Recreation: An Introduction. 3 ed. Allyn and Bacon. Boston: MA.
- Csikszentmihalyi, M. (1996). Fluir. Barcelona: Editorial Kairós, S. A.
- Fundación Arcor. (9 de octubre de 2015). VÍCTOR PAVÍA: ¿Qué es jugar de modo lúdico? [Archivo de video] Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=3QvaMETEd5c
- Fundación Arcor. (24 de octubre de 2015). VÍCTOR PAVÍA: ¿Qué nos da el juego? [Archivo de video] Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=M6l2rGo12ow
- Fundación Arcor. (25 de septiembre de 2015). VÍCTOR PAVÍA: ¿Por qué es importante el juego? [Archivo de video] Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=hJgN4rgA2-4
- Gorbeña Echevarria, S. (2000). Modelos de intervención en ocio terapéutico". Bilbao. Universidad de Deusto.
- Lema, R., & Machado, L. (2013). La recreación y el juego como intervención educativa. Montevideo: IUACJ.
- Max Neef, M. (1991). Human scale development. New York: The Apex Press.

15
EN COCHE AL QUIROFANO

Esther Muñoz, Alejandra Hurtado, Amaia Uranga, Isabel Urrutia
Clínicas IMQ.

auranga@clinica.imq.es

Introducción

Para los niños pequeños puede ser muy estresante el hecho de enfrentarse a una intervención quirúrgica, aunque el procedimiento sea muy sencillo. Los niños sienten que "algo pasa" y que se les separa de sus aitas, que pasan a estar en brazos de personas vestidas de azul, en una zona diferente al resto del hospital, donde hasta ese momento, habían estado en todo momento acompañados de sus padres, hermanos o familiares. Y si son niños más mayorcitos, el concepto que ya han adquirido de un hospital, provoca, que aún se encuentren con mayor ansiedad y preocupación. Estos momentos no solo generan angustia en los más pequeños, sino también en los padres y en el personal.

A la enfermería del Bloque Quirúrgico, le preocupaban los lloros y el estado de nerviosismo y angustia de los más pequeños, en muchas ocasiones no conseguían calmar a los más pequeños. Revisando y haciendo benchmarking con otros hospitales, algunos pediátricos, observaron que habían apostado por una iniciativa un tanto diferencial, pero con muy buenos resultados, y esto era, llevar a los niños a quirófano en un coche eléctrico. Como en la clínica IMQ Zorrotzaurre, los niños siempre están acompañados hasta las puertas del Bloque Quirúrgico se valoró la posibilidad de incluirlo en el quirófano, en la zona del transfer. Se valoró la inversión con Dirección y se consensuó con anestesistas y cirujanos, y se decidió poner esta iniciativa en práctica.

Objetivos

Disminuir el sentimiento de angustia en niños pequeños y sus padres, derivado del momento de separación a la entrada del Bloque Quirúrgico (transfer).

Potenciar un ambiente "más calmado y alegre" los días de intervenciones pediátricas.

Facilitar los procedimientos pre-quirúrgicos por parte de enfermería y anestesia, ya que al estar el niño más relajado, se propicia la monitorización, y anestesia de una manera mucho más sencilla (él no está inquieto moviéndose constantemente, ya que entra al quirófano más relajado).

Mejorar el despertar de la anestesia disminuyendo el sentimiento de preocupación y llanto. Los especialistas señalan también que la forma en la que los niños se van a dormir predice cómo se despertarán después de la anestesia. Si se duerme asustado, se despertará de la misma manera; pero si el niño se duerme calmado, tiende a despertarse de la intervención con menos llanto y preocupación.

Metodología

Benchmarking iniciativas reducción estrés pediátrico

Valoración de la iniciativa con supervisión BQ – Dirección.

Análisis de tipología de coches

Adquisición y compra
Diseño del "nuevo circuito"
Despliegue de las normas de uso y "seguridad"
Puesta en marcha del proyecto
Análisis de resultados

Resultados/ Conclusiones

La medición del impacto de esta iniciativa en su primera etapa de andadura en la Clínica IMQ Zorrotzaurre entre niños y niñas de 2 a 6 años (el cochecito permite hasta 30 kg de peso) pone de manifiesto que el 98% de los menores hospitalizados quisieron hacer uso del cochecito para acudir a quirófano, que el 100% de los niños y niñas que montaron en el coche fue sin llorar y en calma y que, además, el 95% de los usuarios se despertó tranquilo y sin agitación tras la intervención. Estos hechos consiguieron que el 100% de los padres, cuyos hijos fueron usuarios de estos cochecitos, hayan considerado la experiencia como muy positiva.

17

ADECUACIÓN DE LOS TIEMPOS DE ESPERA PARA EL PACIENTE CON ORDEN DE INGRESO DESDE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

Antònia Melis Batle, Nofre Pons Sureda, Antonia Cortés Got.
Hospital Comarcal d'Inca

antoniam.melis@hcin.es

Introducción:

La demora en el ingreso hospitalario desde el SUH provoca un incremento en la estancia media del paciente en dicho servicio (1)(2), permanencia que impacta de manera negativa en el paciente (3-8) y en el sistema (3)

Objetivos:

Disminuir el tiempo que permanecen en el SUH los pacientes pendientes de ingreso.

Metodología:

Diseño longitudinal, cuasi-experimental, pre-post intervención, en el SUH de un hospital comarcal.
La muestra son los 18571 pacientes con orden de ingreso desde el SUH, entre el 1/01/2016 y el 15/12/2017 (pre-intervención) y entre el 16/12/2017 y el 6/03/2019 (post-intervención)
El 15/12/2017 se implanta la figura de la enfermera gestora de pacientes, responsable de agilizar los procesos de ingreso-alta de los pacientes (9).
Variables dependientes: 1) Tiempo de permanencia del paciente con orden de ingreso en el SUH; 2) Franja horaria de ingreso del paciente en planta de hospitalización (5)(10). Se analizó la tendencia.

Resultados:

1) La tendencia en el tiempo de boarding ha sido descendente en global, con elevaciones que se corresponden a picos epidemiológicos estacionales.

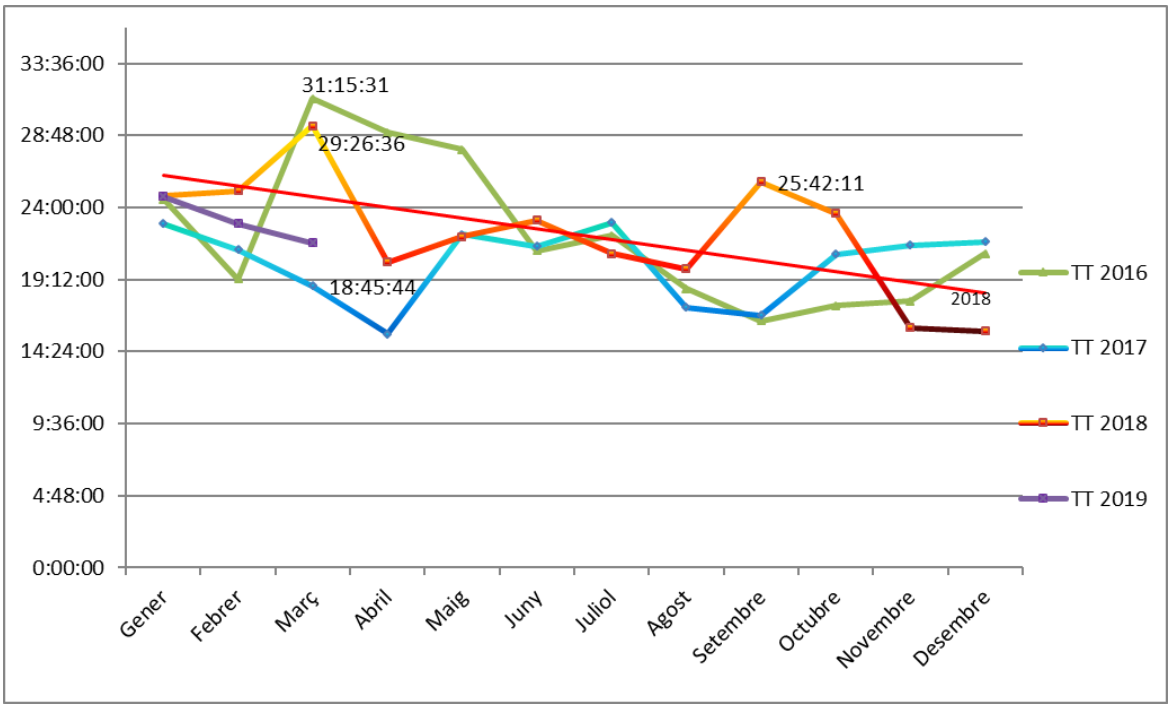

Gráfico 1: tiempo total que los pacientes pasan en urgencias con orden de ingreso

2) Se ha incrementado el porcentaje de pacientes que ingresa en la franja horaria de la mañana (8-15 h) y ha disminuido el que ingresa a partir de las 22 h.

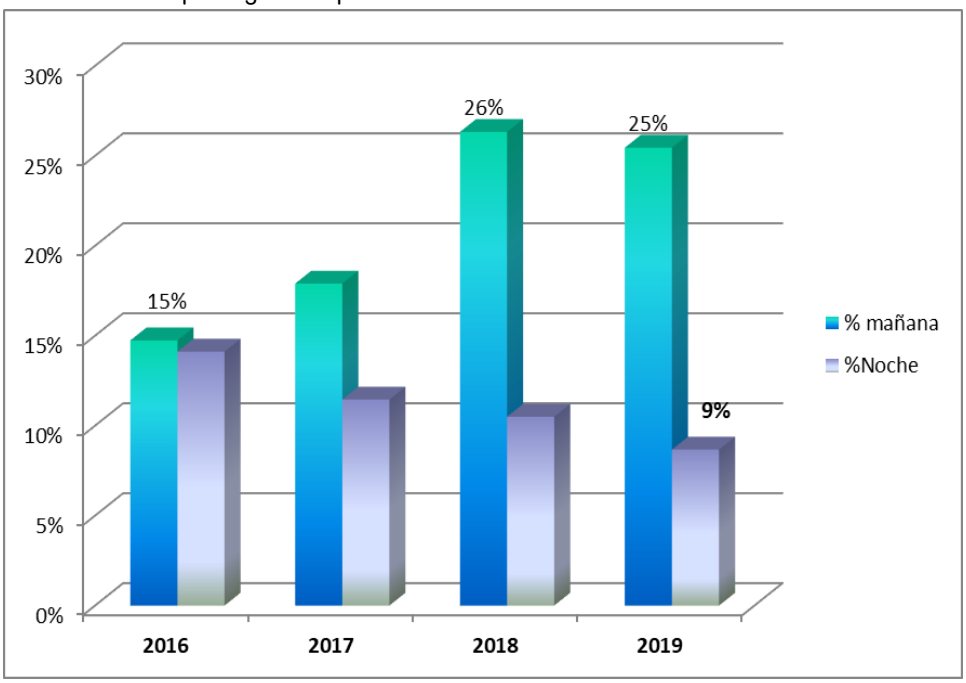

Gráfico 2: porcentaje de pacientes que ingresa entre las 8 y las 15 h

DISCUSIÓN: La inclusión de la figura de la enfermera gestora de pacientes ha sido efectiva para disminuir el tiempo de espera para el ingreso hospitalario y para adelantar la franja horaria de ingreso del paciente.

Bibliografía

- Wilper AP, Woolhandler S, Lasser KE, et al. Waits to see an emergency department physician: US trends and predictors 1997-2004; Health Aff (Millwood); 27: w84-95.
- Bernstein SL, Aronsky D, Duseja R, et al (2009). The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. Acad Emerg Med; 16: 1-10.
- Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, Schears RM, Bookman KJ (2009). Emergency department crowding, Part 1-Concept, causes and moral consequences. Annals of Emergency Medicine; 53(5): 605-611.
- Guttmann A, Schull MJ, Vermeulen MJ (2011). Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. British Medical Journal; 342:d2983.
- Bond K, Ospina MB, Blitz S, et al (2007). Frequency, determinants and impact of overcrowding in emergency departments in Canada: a national survey. Health Q; 10:32-40.
- Schnitker L, Martin-Khan M, Beattie E, Gray L (2011). Negative health outcomes and adverse events in older people attending emergency departments: a systematic review. Australasian emergency nursing journal; 14: 141-162.
- Samaras N, Chevalley T, Samaras D, Gold D (2010). Older patients in emergency departments: a review. Annals of emergency medicine; 56 (3): 261-269
- Pines JM,Localio AR, Hollander JE, Baxt WG, Lee H, Phillips C, et al (2007). The impact of emergency department crowding measures on time to antibiotics for patients with community-aquired neumonia. Annals of Emergency Medicine; 50: 510-516.
- Tudela P, Mòdol JM (2015). La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. Emergencias; 27: 113-120.
- Hwang U, Mccarthy ML, Aronsky D, Asplin B, Crane PW, Craven CK, Epstein SK, Fee C, Handel DA, Pines JM, Rathlev NK, Schafermeyer RW, Zwemer FL, Bernstein SL (2011). Measures of crowding in the emergency department: a systematic review. Acad Emerg Med; 18(5): 527-538

18

TRES AÑOS DE EXPERIENCIA CON ACTIVIDADES LÚDICO-TERAPÉUTICAS EN HEMODIÁLISIS. POR UNA TÉCNICA MÁS HUMANA.

Guillermo Pedreira Robles, Ana Vasco Gómez, Cristina Herrera Morales, Yaiza Martínez Delgado, M Teresa Baz Rodríguez, Verónica Suyapa Sauceda Salgado, Ernestina Junyent Iglesias..
Hospital del Mar de Barcelona.

gpedreira@parcdesalutmar.cat

Introducción.
Numerosas publicaciones presentan la realización de actividades durante la hemodiálisis como una manera de mejorar la actitud de los pacientes y de mantener adecuados niveles de salud tanto físico como mental1,2.
Objetivos. Analizar el conjunto de actividadesinstauradas en octubre 2016, diseñadas para mejorar la satisfacción de los pacientes en relación con la hemodiálisis y las variables psicofísicas a estudio.
Metodología.
Estudio observacional descriptivo transversal. Inclusión de todos los pacientes en programa de hemodiálisis del Hospital del Mar en Febrero del 2019. Se recogieron datos clínicos. Se valoraron las diferentes actividades mediante una escala tipo likert de 0 (muy mal) a 10 (muy bien). Se recogieron datos de autopercepción sobre el propio estado de salud.
Resultados.
Evaluados37 pacientes, 26 hombres y 11 mujeres, con una media de 64,65±17,83 años. La puntuación mediana para las actividades fue:

- Conciertos en directo: 7 [P255,5;P759,5]
- Colaboración con Pallapupas: 8 [P256;P7510]
- Celebraciones mensuales: 10 [P258;P7510]
- Ejercicio físico intradiálisis: 7 [P255;P7510]

En cuanto a la autopercepción, un 56,76% (21) percibía una mala calidad de vida, un 48,65% (18) un mal estado físico, un 21,62% (8) un mal estado mental, un 45,95% (17) sentir tristeza, un 35,14% (13) sentir nerviosismo, un 37,84% (14) percibía negativamente el tratamiento y un 29,73% (11) no estar satisfecho con la inversión de l tiempo. El 91,89% (34) desea continuar participando en las actividades organizadas.
Discusión.
A pesar de que no se pueden realizar comparativas estadísticas debido a que en el transcurso de estos 3 años los pacientes han variado, los resultados presentados son los mejores obtenidos hasta la fecha en todas las variables estudiadas2,3. Estos datos, junto con las puntuaciones de las actividades y la voluntad de continuar participando en el programa propuesto, validan la continuidad de nuestro trabajo.
Bibliografía.
1. Warsame F, Ying H, Haugen CE, Thomas AG, Crews DC, Shafi T, Jaar B, Chu NM, Segev DL,

McAdams-DeMarco MA. Intradialytic Activities and Health-Related Quality of Life Among Hemodialysis Patients. Am J Nephrol. 2018; 48(3): 181-189.
2. Pedreira-Robles G, Vasco-Gómez A, Martínez-Delgado Y, Herrera-Morales C, Junyent-Iglesias E, Ho Wong TM. Using Creative Activities to Improve Treatment Perceptions of Patients on Hemodialysis. NephrolNurs J. 2018; 45(5): 463-468.
3. Pedreira-Robles G, Vasco-Gómez A, Herrera-Morales C, Martínez-Delgado Y, Junyent-Iglesias E. Análisis del estado psicofísico de los pacientes en hemodiálisis. EnfermNefrol. 2018; 21(1): 44-51

19
CALIDAD PERCIBIDA EN UCI: GRUPOS FOCALES

Marisol Martínez Migallon, Maria José Espadas Maeso, Marian Tébar Betegón, Cani Añó Consuegra, Dolores Sanz Ortiz, Angela Garcia-Minguillan Talavera.
Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR)

msmartinezmm@hotmail.com

Introducción:
Tras elaborar un mapa de procesos de la asistencia sanitaria en la UCI del Hospital General de Ciudad Real, nos planteamos una mejora en la Comunicación y Atención de Pacientes y Familiares pero antes debemos conocer cómo lo estamos haciendo.
Objetivo general: Conocer la opinión y el grado de satisfacción percibida con respecto a la atención recibida por nuestros pacientes.
Objetivos específicos: Identificar necesidades y áreas de mejora desde la perspectiva de los usuarios. Sensibilizar de la importancia de la opinión del paciente en la mejora de la calidad.
Metodología: Usando una herramienta cualitativa que evalúa la Calidad Percibida por pacientes y familiares mediante Grupo Focal. Se trata de una entrevista grupal con preguntas dirigidas a conocer la experiencia vivida en la UCI en todas sus dimensiones tanto científico-técnicas como apreciación subjetiva del trato recibido. Se busca la interacción y participación entre todos los integrantes.
Resultados: El nivel de satisfacción en general es muy alto. Así las fortalezas que encontramos son una adecuada y compresible información. El personal sanitario es muy cercano y accesible respetando intimidad y confidencialidad. Tienen un sentimiento de seguridad y confianza en el equipo. Pero también hay debilidades como son la necesidad de información fuera de horarios previstos, un seguimiento posterior en forma de continuidad asistencial tras el alta de UCI y mayor acompañamiento de los familiares dentro de la UCI.
Discusión: Al tratarse de una estrategia cualitativa subjetiva no podemos extrapolar los datos al resto de población. Nos sirve para evaluar nuestra propia asistencia. Nos aporta información sobre cómo trabajamos y dónde podemos mejorar como es en mejorar la información clínica y continuar nuestra relación con ellos tras su alta de UCI. Además, podemos indagar mejor en el Sindrome PostCuidados Intensivos como parte de nuestra actividad dado el gran vínculo emocional que se

establece con nosotros.

Bibliografía:

*Satisfacción en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI):la opinión del paciente como piedra angular. MS Holanda Peña et al. Med Intensiva 2017;4(2):78-85

*Satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y los profesionales. G Martos-Casado et al. Enferm Intensiva 2014;25(4):164-172.

21

ESTUDIO DEL IMPACTO DE UN PROGRAMA DE NEUROFELICIDAD PARA PERSONAS QUE TRABAJAN EN UN HOSPITAL.

Marta Bustos Sepúlveda.

bustosmarta@yahoo.es

Introducción

Se diseña programa de Neurofelicidad para personas que trabajan en un hospital como TFM del Máster Propio de Neurofelicidad Aplicada de la Universitat de Valencia, realizándose en el madrileño Hospital de San Rafael con muestra multicentro, intencional y heterogénea con perfil sanitario y no sanitario de 30 sujetos. Realizándose mediciones en formato pre y postest.

Objetivos

General

Analizar crecimiento muestral en felicidad mediante Cuestionario de Oxford.

Específicos

Analizar si:

Aumentan en habilidades emocionales con TMMS-24.

Hay mejoría en burnout con Maslach Burnout Inventory.

Se genera efecto contagio: ¿Será capaz la muestra de polinizar lo aprendido mediante la realización de acciones concretas en sus lugares de trabajo?

Metodología

Se estructuran siete sesiones con dos líneas de acción, línea directa (con metodología expositiva, demostrativa y vivencial) y línea indirecta (con método Kolb)

Resultados

Cuestionario de Oxford.- La muestra crece en felicidad, con aumentos en:

Media aritmética.

Valores de rango inferiores y superiores.

En porcentajes.

Subjetivamente, uso de técnicas de neuroprogramacion, refieren ser más conscientes del tipo de actividades que les hacen felices y deciden realizarlas de modo intencionado.

Mejora en los tres aspectos de TMMS-24.
Maslach, no hay mejoría en agotamiento emocional, ni desgaste profesional, sí aumenta significativamente nivel de desempeño laboral.
En polinización, realizan actividades creativas y de alto impacto en sus centros de trabajo (ej. Poner notas de felicidad y motivación en las más de 600 taquillas del Hospital)

Discusión

El programa resulta eficaz para aumentar la felicidad y la inteligencia emocional de la muestra, siendo parcialmente eficaz en la dimensión burnout, por lo que se abre una vía de análisis, investigación y trabajo muy interesante para relacionar estos dos conceptos.

Bibliografía:

- Amber, Business & Costumer Solutions para PMFarma. (2013). La relación existente entre el nivel de felicidad y optimismo del médico de AP y el modelo que espera la industria farmacéutica. Recuperado de http://www.pmfarma.es/articulos/1391-la-relacion-existente-entre-el-nivel-de-felicidad-y-optimismo-del-medico-de-ap-y-el-modelo-de-relacion-que-espera-de-la-industria-farmaceuti.html
- Arrogante- Maroto, O., & Pérez-García, A. M. (2014). Estudio del bienestar en personal sanitario: relaciones con resiliencia, apoyo social, estrés laboral y afrontamiento (tesis doctoral). UNED Universidad Nacional de Educación a Distancia, España. Recuperado de http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Psicologia-Oarrogante/Documento.pdf
- Ben-Shahar, T. (2011). Practicar la felicidad. Un diario gratificante para tu realización en 52 semanas. Barcelona, España: Editorial Plataforma.
- Bustos, I., Bustos, LL., y Bustos, M. (2012). Alicia y la libreta de las emociones. Albacete, España: Qve.
- De Lucio, J.V. (junio de 2016). Infraestructura verde urbana. Ambienta, 115, 60-75. Recuperado de http://www.mapama.gob.es/ministerio/pags/Biblioteca/Revistas/pdf_AM/PDF_AM_Ambienta_2016_115_60_75.pdf
- DiotOcio. (Productor). Programa Nature Psycho-Training. De http://diotocio.com/programas/nature-psycho-training/
- El 59% de los trabajadores en España sufre algún tipo de estrés en el trabajo. (27 de junio de 2015). 20 minutos. Recuperado de https://www.20minutos.es/noticia/2499561/0/59-trabajadores-espana/sufre-algun-tipo/estres-trabajo/
- El 98% de los profesionales de la salud afirma que su trabajo le hace feliz. (28 de abril de 2017). El medico interactivo. Recuperado de http://elmedicointeractivo.com/98-ciento-profesionales-salud-afirma-trabajo-hace-feliz-estudio-doctoralia-20170428151133111501/
- El país-BBVA. (Productor). (2018). ¿Qué diferencia a la gente más feliz del mundo?. De https://aprendemosjuntos.elpais.com/especial/se-puede-aprender-a-ser-feliz-tal-ben-shahar/
- Extremera-Pacheco N., y Fernández-Berrocal P. (2005, noviembre, 2). Inteligencia emocional percibida y diferencias individuales en el meta-conocimiento de los estados emocionales:

una revisión de los estudios con el TMMS. Ansiedad y Estrés. Recuperado de http://emotional.intelligence.uma.es/pdfs/Trait%20Meta%20Mood%20Review%20(2005).pdf

- Fernández-Abascal, E. G., García-Rodríguez, B., Jiménez-Sánchez, M.P., Martín-Díaz, M.P., y Domínguez-Sánchez, F.J. (2010). La hostilidad, el humor, la felicidad y el amor. En E.G. Fernández-Abascal, Psicología de la emoción (pp. 373-429). Madrid, España: Editorial Lavel.
- Fernández-Berrocal, P., y Extremera. N., (2009). La Inteligencia Emocional y el estudio de la felicidad. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, 66 (23,3), 85-108.
- García-Moran, M., y Gil-Lacruz, M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. Persona, (19), 11-30.
- Gil-Monte, P. R., & Peiró, J.M. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. Psicothema, 11(3), 679-689. Recuperado de http://www.psicothema.com/pdf/319.pdf
- Goleman, D. (1996). Inteligencia Emocional. Barcelona, España: Kairós.
- Larivey, M. (2002). La puissance des émotions. Montréal, Canada: Les éditions de l'homme.
- Lega, L. I., Caballo. V. E., y Ellis, A. (1997). Teoría y práctica de terapia racional emotivo-conductual. (2ª Ed.). Madrid, España: Siglo XXI.
- Lyubomirsky, S. (2008). La ciencia de la felicidad. Barcelona, España: Editorial Urano.
- Martínez-Ortiz, M., y Moya-Albiol, L. (2015). Escucha te cerebro. La clave de la neurofelicidad. Recuperado de https://macs.bookwire.de/EBookDeliveryServiceStd/rs/download-mgr/ebook/download/2004000/22C08F819E0875BF/9788416429035.epub
- Martínez-Ortiz, M. (18 de enero de 2016). 5 razones por las que ser feliz en 2016 es bueno para ti [Mensaje en un blog]. Recuperado de http://manuelamartinez-ortiz.com/2016/01/18/5-razones-por-las-que-ser-feliz-en-2016-es-bueno-para-ti/
- Mora, F. (2012). ¿Está nuestro cerebro diseñado para la felicidad?. Madrid, España: Editorial Alianza.
- Nettle, D. (2006). Felicidad, la ciencia tras la sonrisa. Barcelona, España: Editorial Ares y Mares.
- Norris, J. M., & Vella-Brodrick, D.A. (2007). Is the Study of Happiness a Worthy Scientific Pusuit? Springer. doi: 10.1007/s11205-007-9147-x
- Nota de prensa Adecco. (20 de enero de 2014). La felicidad en el trabajo. España 2013. "Casi 8 de cada 10 españoles son felices en su profesión, concretamente un 79,7% de los encuestados así lo declara." Recuperado de https://es.scribd.com/document/202503643/IV-ENCUESTA-ADECCO-LA-FELICIDAD-EN-EL-TRABAJO
- Oblitas-Guadalupe, L. A. (2008). Psicología de la Salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. Avances Psicología. 16 (1) 9-38. Recuperado de http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf
- Palomera, R. (2008). Educando para la felicidad. En E.G. Fernández-Abascal, Emociones

Positivas (pp. 247-273). Madrid. España: Pirámide.

- Santos-Porras, N. & Diez-Sánchez, M. A. (2014). Variables psicosociobiológicas y burnout en sanitarios (tesis doctoral). Universidad de Salamanca, Salamanca, España. Recuperado de https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/125759/1/DPPMMLHM_PorrasSantosNieves_Variablespsicosociol%C3%B3gicas.pdf
- SATSE. (2012). Percepción de estrés en los profesionales de Enfermería en España. Percepción y síntomas de estrés en el colectivo enfermero español. Recuperado de file:///C:/Users/usuario/Downloads/Estudio%20SATSE%20%E2%80%9CPercepci%C3%B3n%20de%20estr%C3%A9s%20en%20los%20profesionales%20de%20Enfermer%C3%ADa%20en%20Espa%C3%B1a%E2%80%9D%20(2).pdf
- Tomás-Sábado, J., Edo-Gual, M., Aradilla-Herrero, A., Sorribes-López, J.V., Fernández-Najar, B., & Montes-Hidalgo, J. (Febrero 2014). Propiedades psicométricas preliminares de la forma española del Oxford Happiness Questionnaire Short-Form (OHQ-SF). XV Congreso Virtual de Psiquiatria.com. Interpsiquis.

22
PROGRAMA CONOCE TU HOSPITAL.

Pilar Fluriache Garcia-Caro, Mª Gracia Calvo Ballesteros, Raquel Lubiano Urdiales.
Área Integrada de Talavera de la Reina (GAI). Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

pfluriache@sescam.jccm.es

Introducción

La GAI de Talavera, dependiente del SESCAM, organiza desde 2013 actividades dirigidas a escolares en el marco de nuestro Plan de Humanización en colaboración del Equipo de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria de Talavera (EAEHD).

Participan profesionales –sanitarios y no sanitarios- no ya para despertar vocaciones, sino para descubrir a personas entusiastas con su trabajo que transmitan no tanto su saber, que también, sino sus inquietudes, sus energías y, sobre todo, su amor por la actividad que desempeñan y cómo ha ido evolucionando e influyendo en su toma de decisiones.

Objetivos

General

Abrir las puertas del Hospital a escolares desde una visión humanizadora.

Específicos

Potenciar ALIANZAS y SINERGIAS con otros colectivos fomentando la implicación de escolares y profesores.

Impulsar actividades de PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

Potenciar la PARTICIPACIÓN, IMPLICACIÓN Y MOTIVACIÓN de profesionales.

Metodología

Al inicio del curso se envía la guía a los centros docentes con actividades incorporadas desde 2013 acompañada de carta del Gerente de la GAI y de formulario para inscripción. Los centros rotan anualmente por las iniciativas.
En 2016 se diseña programa para Centros de Educación Especial.

Resultados

La actividades que incluye son: "Conozco mi hospital" (6º Educación Primaria), "Conozco mi hospital para Educación Especial" (10 -12 años), "Jornada de donación de órganos y trasplante (1º Bachillerato)", "Jornada de profesiones en el ámbito sanitario" (4º ESO) y "Jornada de hábitos saludables" (4º Educación Primaria).
Desde 2013 se realizan 17 actividades con participación de 1.707 alumnos de 20 centros, 2 de ellos de Educación Especial.

Discusión

Estos programas permiten crear vínculos de confianza entre escolares y el sistema sanitario, despertar vocaciones, potenciar el uso racional de los recursos e implicar a los profesionales en el camino de adoptar la Humanización en el ADN de nuestra organización.

Bibliografía:

- Plan Dignifica. Humanizando la asistencia. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. 2017
- Soto, S. A. M. C. (2007). Aula Hospitalaria El Aula Hospitalaria Un Camino A La Educación
- INCLUSIVA. Investigación Educativa, 11(19), 153-164.
- Serras, M. (2002). El aula hospitalaria como agente reductor de la ansiedad del niño hospitalizado. Siglo Cero:revista española sobre discapacidad intelectual, 33(200), 27-31.
- Hawrylak, M. F. (2000). La pedagogía hospitalaria y el pedagogo hospitalario. Tabanque: Revista pedagógica,(15), 139-150.
- Urmeneta, M. (2011). Aulas hospitalarias: una educación singular. Aula de Innovación Educativa, 202, 10-14.
- March JC, Prieto MA, Martínez F, Guerrero C. (2003). Kid's hospital: la calidad percibida por los niños y niñas de los hospitales de Andalucía. Hit Cien Econ Admon, 23, 25-3

23

"MUSICUIDARTE. ¿POR QUÉ NO?"

Pilar Fluriache Garcia-Caro, Alicia Oliva Jiménez, Mercedes Justo Martín, Rafa Medina Sánchez, Leonor Oviedo López.
Área Integrada de Talavera de la Reina (GAI). Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (SESCAM)

pfluriache@sescam.jccm.es

Introducción

La mejora en la humanización ha ganado un lugar importante en el Área de Talavera, trabajando en orientar la atención al respeto, la dignidad y la intimidad en el marco del Plan Dignifica.
MusiCuidArte introduce a los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica en la experiencia poética acompañada de la música de un violín, ofreciéndola como una útil herramienta de expresión y bienestar.

Objetivos

General

Acompañar en un proyecto de vida que se ha visto alterado como consecuencia de la enfermedad mental.

Específicos

Fomentar la confianza y autoestima entre los pacientes.
Favorecer la PARTICIPACIÓN, IMPLICACIÓN Y MOTIVACIÓN de profesionales y otros colectivos.
Promocionar y difundir la cultura musical y artística.

Metodología

Mediante la música y la palabra se ofrecen distintos recursos bibliográficos y de ocio a los pacientes.
Se realizan sesiones de 30 minutos de duración en una sala habilitada con periodicidad mensual.
Intervienen una narradora de poemas y un violinista. Los poemas y la música se eligen para cada sesión. Al final, los pacientes pueden participar activamente, haciendo sus contribuciones.

Resultados

Desde mayo de 2018 se realizan 5 sesiones e intervienen 46 pacientes con estas patologías: Intentos autolíticos, trastorno límite de la personalidad, esquizofrenia, retraso mental+trastornos de conducta, depresión mayor, trastorno bipolar y trastornos adaptativos. Según manifiestan algunos: "Esta es la mejor pastilla del día". Además, es bastante bien acogido por los profesionales.
Se realizan dos sesiones más en Hospital de Día Oncohematológico y en la UCI.

Discusión

Cualquier manifestación artística aporta a estos pacientes acompañamiento, diversión, consuelo y orientación para entender el mundo y la posibilidad de expresar sentimientos.
La implicación de agentes externos permite potenciar ALIANZAS y SINERGIAS con otros colectivos.
Nuestro objetivo es dar continuidad a la iniciativa, implicar a otros artistas y extenderla a otros espacios del Hospital.

Bibliografía:

- Plan Dignifica. Humanizando la asistencia. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. 2017

24
"EL PACIENTE CUENTA".

Pilar Fluriache Garcia-Caro, Sonia Plasencia Ordúñez, José María Ruiz de Oña, José Díaz Ayjón, Esther Sánchez Rodríguez, Susana del Olmo Núñez.
Área Integrada de Talavera de la Reina (GAI). Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (SESCAM)

pfluriache@sescam.jccm.es

Introducción
La mejora en la humanización ha ganado un lugar importante en el Área de Talavera materializándose en estrategias y acciones alineadas en el "Plan Dignifica", una iniciativa de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha para orientar la atención hacia el respeto, la dignidad y la intimidad. Uno de los cinco pilares es la participación ciudadana.
Objetivos
General
Dar participación a pacientes y entorno sobre su proceso asistencial en el Hospital General Nuestra Señora del Prado de Talavera de la Reina
Específicos
Obtener una visión global de la percepción del paciente sobre su hospitalización.
Implementar acciones de mejora que repercutan en una mayor humanización
Ofrecer una imagen de transparencia de la gestión pública
Metodología
Se conforma un grupo de trabajo que acuerda esta iniciativa a través de entrevistas y encuestas y se diseña un cuestionario.
Estudio descriptivo transversal. Se utiliza muestreo estratificado proporcional, relacionado con la ubicación de los pacientes. Las encuestas se entregaron en un intervalo de 6 meses.
Resultados
Se realizan 9 entrevistas a pacientes de varias especialidades, quince días tras el alta, y 184 encuestas a pacientes o acompañantes al recibir el alta.
La satisfacción global es de muy bien o bien de 85,32% y un 1.63% entre mal o muy mal. El confort es considerado como 77,9% muy bien o bien y un 4,3% como mal o muy mal y la información como bien y muy bien por un 70.5 y un 3,7 como mal o muy mal. Según el 16,71 % los profesionales no se identifican en su primer contacto.
Discusión
El análisis de la satisfacción proporciona información para generar respuestas oportunas y optimizar los recursos desde una visión humanizadora. Es fundamental la implicación de directivos en estos

proyectos que van más allá de la gestión de números y presupuestos.

Bibliografía:

- Plan Dignifica. Humanizando la asistencia. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. 2017
- Mira J, Vitaller J, Aranaz J, Herrero J, Buil J. La satisfacción del paciente: concepto y aspectos metodológicos. Rev Psicol Salud. 1992;
- Fagot-Largeault A, en: Boladeras M (coord.), Bioetica del cuidar: ¿Que significa humanizar la asistencia? Ed. Tecnos, 2015.

25

"PLAN DIGNIFICA: ¿HUMANIZAR LA ATENCIÓN EN UN ÁREA INTEGRADA? YES WE CAN"

Pilar Fluriache Garcia-Caro, José María Ruiz de Oña, José Carlos Martín, Susana Fernández Crespo, Silvia Quemada Hernández, Consolación Lozano González
Área Integrada de Talavera de la Reina (GAI). Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (SESCAM)

pfluriache@sescam.jccm.es

Introducción

La mejora en la humanización ha ganado un lugar importante en el Área de Talavera, trabajando en orientar la atención al respeto, la dignidad y la intimidad en el marco del Plan Dignifica puesto en marcha en 2015.

Se trata de que nuestro sistema tenga en cuenta que actuamos con personas, con sus necesidades clínicas, pero también con sus necesidades humanas. Para ello es necesario un cambio de ACTITUD: de tratar al paciente a tratar a la persona.

Objetivos General

- Impulsar proyectos para crear una cultura de HUMANIZACIÓN.

Objetivos Específicos

- Potenciar ALIANZAS y SINERGIAS con colectivos externos.
- Favorecer la IMPLICACIÓN Y MOTIVACIÓN de profesionales.
- ACERCAMIENTO Y ORIENTACIÓN constante a pacientes y profesionales.

Metodología

Se designa un responsable y se constituye una COMISIÓN PERMANENTE para recibir propuestas y proponer acciones y se difunde el plan.

Líneas: COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN, ASISTENCIA SANITARIA INTEGRAL E INTEGRADA, PROFESIONALES, ESPACIOS Y CONFORT y PARTICIPACION CIUDADANA.

Se crean 4 grupos de trabajo operativos y 5 de soporte, las iniciativas se plasman en fichas, algunas extrapolables al resto del SESCAM. Paulatinamente se van formando nuevos grupos.

Para su evaluación se tienen en cuenta el grado de cumplimiento, nivel de implicación e indicadores concretos.

Resultados
Se plantean 116 acciones de las cuales 85 se han implantado y hay implicados más de un centenar de profesionales. De forma progresiva se van introduciendo nuevas medidas hasta triplicar en la actualidad su número.

Discusión
El Plan Dignifica es una oportunidad.
En el inicio no fue bien acogido. "El binomio "DIGNIFICA/HUMANIZACIÓN" abrió algunas heridas.
El trabajo y los resultados favorecen la implicación según el dicho de "envidia sana"
Hemos constatado la importancia de la participación de los equipos directivos.
El liderazgo y la capacidad de ilusionar y "arrastrar" a otros es básico.

Bibliografía

- Plan Dignifica. Humanizando la asistencia. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. 2017
- Fagot-Largeault A, en: Boladeras M (coord.), Bioetica del cuidar: ¿Que significa humanizar la asistencia? Ed. Tecnos, 2015.
- Bermejo, JC. Humanizar la Asistencia Sanitaria. Centro de Humanización de la Salud. Ed. Desclée. 2ª ed. Bilbao. 2015
- Mira J.J . La Comunicación Interna en el hospital [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2013. Disponible en: http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500714/n10.8_Comunicaci__n_Interna_Hospital.pdf
- Lizarraga Mansoa S, Ayarra Elía M, Cabodevilla Eraso I. (2006). La comunicación como piedra angular de la atención al paciente oncológico avanzado. Bases para mejorar nuestras habilidades. Atención primaria, 38(Supl. 2), 7-13.

27

ACCEDE: PLAN DE ACCESIBILIDAD AL AMBITO SANITARIO EN EL MARCO DE LA DIVERSIDAD EN EL ÁREA SANITARIA DE TALAVERA DE LA REINA.

Susana Fernández Crespo, Silvia Quemada Hernández, Ana Granado San Miguel, Consolación Lozano González, Victoria Méndez-Cabeza Fuentes, Vanesa Muñoz Rodríguez
Área Integrada de Talavera de la Reina, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

susanaf@sescam.jccm.es

Introducción
Existe una sensibilidad en el Área de Salud de Talavera en garantizar el cuidado de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo físico o sensorial mejorando la accesibilidad de espacios y circuitos y más concretamente con la relacionada con la salud sexual y reproductiva.

ACCEDE surge precisamente para atender esta demanda trasladada por asociaciones de pacientes y del ámbito de la educación especial en el marco del plan de humanización.

Objetivos

GENERAL:

Mejorar la accesibilidad al ámbito sanitario de personas con discapacidad en el marco de la atención a la diversidad integral.

ESPECIFICOS:

Mejorar el abordaje de las actuaciones de promoción y prevención en salud sexual

Mejorar el acceso a las instalaciones

Flexibilizar tiempos de atención y acceso a citas

Metodología

Se conforma grupo de trabajo de 15 personas, con representación del ámbito sanitario, social y educativo basado en la participación, trabajo colaborativo e interdisciplinar. Se realiza un estudio previo de casos para la valoración y toma de decisiones y se diseña un circuito de acceso a la oferta sanitaria de salud sexual para personas con discapacidad en el que intervienen trabajo social y matrona (detección y derivación) y ginecólogo (atención en consulta).

Resultados

Desde octubre de 2017 a febrero de 2019 se atienden en la consulta 17 pacientes con una media de edad de 16.8 años. Proceden de centro educativo especial, atención primaria y servicios sociales.

El motivo de la consulta es mayoritariamente implante de método anticonceptivo y asesoramiento.

Discusión

EL éxito de ACCEDE se debe a la participación de colectivos sociales así como al trabajo de captación de los trabajadores sociales.

Nuestro objetivo es implantar un programa de Educación para la Salud en todos los centros educativos del Área.

La implicación del Equipo directivo y las sinergias con colectivos sociales es básica.

Bibliografía:

- Plan Dignifica. Humanizando la asistencia. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. 2017
- Acuerdo Marco, de 12 de febrero 2007, colaboración entre Consejería de Bienestar Social, Consejería de Educación y Ciencia y Consejería de Sanidad de la JCCM, en materia de actuación con menores de edad que presentan trastornos de salud, situaciones de riesgo social y necesidades educativas especiales.
- LOMCE
- Real Decreto Legislativo 1/2013 de 29 noviembre, por el que aprueba el texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

28
"CARICIAS VALIENTES"

Inmaculada Flores Lucas, Mª Carmen Prieto, Fco Javier Sanchez Trives, Ana Agudo Gamo, Sonia Morant Mañez, Nuria Perez Martinez.
Hospital Universitario de Torrevieja

iflores@torrevieja-salud.com

Introducción

Sabemos por diferentes estudios que La debilidad muscular adquirida en las Unidades de cuidados intensivos (DA-UCI) es una complicación frecuente de nuestros pacientes. La movilización temprana ha sido propuesta como una estrategia para ayudar a contrarrestarla.

La implicación de la familia en la movilización precoz se considera un agente muy importante para la recuperación del paciente.

Objetivos

Objetivo General:

Implantar un protocolo de movilización precoz en Uci incluyendo a la familia.

Objetivos Específicos.

Aumentar la comunicación y contacto cuidador/paciente.

Contribuir al afrontamiento del familiar hacia la enfermedad sintiéndose de utilidad

Metodologia

Estudio post implantación del proyecto con criterios de escala SF-36 para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud.

El ámbito es una UCI polivalente de 15 camas.

Se incluyen pacientes que tras su ingreso en UCI conectados más de 7 días con Ventilación mecánica y cumplen con las condiciones idóneas para empezar con la movilización; se le entregara al familiar/cuidador principal un tríptico explicativo para la realización de un taller impartido por el personal de fisioterapia, educando en la movilización de articulaciones y extremidades del paciente mediante unos sencillos ejercicios.

Durante este tiempo al familiar se le dará una tarjeta participativa "YO AYUDO A LA MOVILIZACIÓN de……."

Y al alta de la unidad se le dará un Diploma para seguir animando a participar en la recuperación de su familiar.

Resultados

El resultado es la mejora la calidad de vida, considerándose un parámetro de resultado tan importante como la supervivencia.

Discusión

El comportamiento de las variables fisiológicas, reafirma que esta intervención es una estrategia viable y segura para el paciente crítico, además de que reduce los días de VM y estancia en UCI, lo que puede resultar en mejores niveles de calidad de vida para el paciente tras el alta hospitalaria.

Bibliografia.

- Alteraciones asociadas al desacondicionamiento físico del paciente crítico en la unidad de cuidado intensivo. Revisión sistemática. Eliana María Cardona Pérez, Adriana González Quintero, Geovana Padilla Chivata, Sheila Ivonne Páez Rincón, Luz Angela Alejo de Paula, Yúber Liliana Rodríguez Rojas Mov.cient.Vol.8 (1): 131-142ISSN: 2011-7191. Enero a Diciembre de 2014
- Consecuencias Fisiológicas del Reposo en Cama Kristin J tuempfle1 y Daniel G Drur departamento of Health Sciences Gettysburg, College, Gettysburg,PA,Estados Unidos. Artículo publicado en el Journal PubliCe Premium año 2007.
- Movilidad Temprana en UCI Kinesi-logo Felipe Andrés Gonzalez Sequel Equipo de Kinesiología Intensiva y Terapia Respiratoria del Centro de Paciente Crítico Cínico INDISA. Octubre 2015.
- Rehabilitación funcional del paciente neurológico en la UCI Esther Cecilia Wilches, María Eugenia López, Gloria Patricia Arango. Guía neurológica 2004
- Implementación de un programa de movilización temprana en pacientes críticos Esther Cecilia Wilches-Luna, Vilma Eugenia Muñoz ArcosEleonora Girón, Dayana Ortega, Marcela Arias, Gloria Pelaez y Diego MuñozActa Colombiana de Cuidado Intensivo, 2015-10-01, Volumen 15, Número 4, Páginas 287-292, Copyright ©2015 Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo.
- Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y

mental Gemma Vilaguta,b, José María Valderasa,b,c, Montserrat Ferrera,b,d, Olatz Garina,b, Esther López-Garcíae y Jordi Alonsoa,b,f. 2008

29
DIARIO DEL RECUERDO

Sonia Morant Mañez, Inmaculada Flores, Nuria Perez Martinez, Yolanda Hidalgo Encina Jessica Najar Chávez, David Maestro Ruiz.
Hospital Universitario de Torrevieja Salud, Hospital Universitario del Vinalopó.

soniamorantmanez@gmail.com

Introducción
La estancia de un paciente en una unidad de cuidados intensivos (UCI) asocia diversos estresores además del motivo médico que suele ser de riesgo vital. El trastorno de estrés postraumático (TEPT) tras ingreso en UCI afecta tanto al paciente como a su familia, e incluye recuerdos desagradables, delirio, dolor y otras secuelas psíquicas. Se han descrito diversas estrategias para abordar este problema, entre las que se encuentra el "diario del paciente crítico" o "diario del recuerdo", una herramienta con utilidad para la recuperación emocional del enfermo.
Objetivos
Implantar el "diario del enfermo crítico" o "DIARIO DEL RECUERDO" y evaluar su utilidad en la recuperación emocional que forma parte del síndrome post-UCI (PICS), al rellenar los fallos en la línea temporal que ocasionan los tiempos de sedación, y que se relacionan con la presencia de malos recuerdos, fabulaciones, distorsión de la realidad y pesadillas. .
Metodología
Estudio pre y postimplantación del diario, evaluando los resultados de forma cualitativa y cuantitativa mediante escalas de autopercepción y los criterios del DSM-5 para el TEPT. El ámbito es una UCI polivalente de 15 camas. Los sujetos de estudio son los pacientes y sus familiares. El personal investigador incluye a todos los estamentos asistenciales.
Se dotará al servicio del material necesario ("el diario", material de escritura, tríptico informativo del proyecto con instrucciones).
Resultados
Documentar los acontecimientos de naturaleza "no médica" y generar así recuerdos, resultará una herramienta útil para abordar el TEPT post-UCI.
Discusion
En el discurso del paciente de UCI encontramos miedo a los días sin recuerdos y a recuerdos erróneos. Hasta el momento la carga en el manejo de este problema recae en la familia y el personal sanitario más cercano, sin que se presuma una formación adecuada ni un beneficio para el paciente. La implementación del "diario del enfermo crítico" o "diario del recuerdo" puede ser parte de la atención multidisciplinar al PICS.

Bibliografía

- Blanco López, L., & Velasco Cardiel, N. (2018). Diarios de UCI y estrés postraumático: aproximación a la eficacia y experiencias vividas mediante un método mixto. Recuperado de https://repositorio.uam.es/handle/10486/684682
- Martos-Casado, G., A. Aragón-López, y N. Gutiérrez-Ramos. «Satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos: percepción de los familiares y los profesionales». Enfermería Intensiva 25, n.° 4 (1 de octubre de 2014): 164-72. https://doi.org/10.1016/j.enfi.2014.10.001.
- Piquero Cuevas, María. «Secuelas psicológicas e impacto emocional tras el alta de una Unidad de Cuidados Intensivos», 26 de junio de 2017. https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/11609.

30

LIMITACIÓN DE TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL A PETICIÓN DE LA PACIENTE EN PROCESOS IRREVERSIBLES. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Moreno Jiménez, Maria; Modrego Capitán, José; Gámez García, Sergio; Galve Martínez, Éric; Martín Saumell, Ainhoa; Rosselló Sancho; Juan.
Hospital Clínico de Barcelona. Hospital Dos de Mayo, Barcelona

mariamorenojimenez13@gmail.com

Introducción:
La limitación de tratamientos de soporte vital (LTSV) es un proceso que concluye en una decisión clínica que toma el equipo asistencial conjuntamente con el paciente y/o su familia, teniendo en cuenta su voluntad, retirando medidas tales como la ventilación mecánica.
Caso Clínico:
Se presenta el caso de una mujer de 49 años que ingresa en la Unidad de Vigilancia Intensiva Respiratoria del Hospital Clinic de Barcelona con diagnóstico de mielitis longitudinalmente extensa rápidamente progresiva secundaria a anticuerpos anti-NMO (Neuromielitis óptica). Es intubada, ventilada y posteriormente traqueostomizada por debilidad muscular y afectación bulbar. El tratamiento administrado no ofrece ninguna mejoría a nivel clínico concluyéndose que la afectación bulbar es irreversible.
La paciente se encuentra en plenas facultades cognitivas, mentales y psicológicas (confirmado por Psiquiatría), con tetraplejia y dependencia total de la ventilación mecánica. Conociendo sus nulas expectativas de recuperación, la paciente comunica su voluntad de que se le retiren las medidas de soporte vital (aceptando que esta retirada la llevará a la muerte). Los familiares confirman conocer su voluntad, aceptando y respetando su decisión.
Conclusiones:
El equipo asistencial solicita valoración del Comité de Ética Asistencial concluyendo este que, ante

un pronóstico nefasto y habiendo manifestado la paciente no querer vivir con dependencia total, mantener su situación clínica puede considerarse maleficencia. La ventilación mecánica es un tratamiento, por lo que de acuerdo con los principios bioéticos de autonomía y no maleficencia la demanda de la paciente se debe llevar a cabo, adoptando las medidas necesarias para evitar cualquier tipo de sufrimiento adicional tanto para ella como para su familia.

Discusión:

Cuando un paciente solicita una LTSV, el equipo asistencial debe realizar una completa valoración del caso, considerando siempre la voluntad del paciente y su familia de forma respetuosa, en base a los principios bioéticos y a la legalidad vigente.

Bibliografía:

1. Cook D, Rocker G. Dying with dignity in the intensive care unit. N Engl J Med. 2014;370(26):2506-14.
2. Monzón Marín JL, Saralegui Reta I, Abizanda I Campos R, Cabré Pericas L, Iribarren Diarasarri S, Martín Delgado MC, Martínez Urionabarrenetxea K; Grupo de Bioética de la SEMICYUC. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. Med Intensiva. 2008;32(3):121-33.
3. Vallès-Fructuoso O, Ruiz-de Pablo B, Fernández- Plaza M, Fuentes- Milà V, Vallès-Fructuoso O, Martínez-Estalella G. Perspectiva de los profesionales de enfermería de unidades de cuidados intensivos sobre la limitación del tratamiento de soporte vital. Enferm Intensiva. 2016;27(4):138-145.
4. Cabré-Pericas L, Solsona-Durán J. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. Med Intensiva. 2002;26(6):04-311
5. Estella A, Martín MC, Hernández A, Rubio O, Monzón JL, Cabré L; Grupo de trabajo bioética SEMICYUC. Pacientes críticos al final de la vida: estudio multicéntrico en Unidades de Cuidados Intensivos españolas. Med Intensiva. 2016;40(7):448-50.
6. La Limitación de Tratamientos de Soporte Vital (LTSV) explicadas a los pacientes y familiares. Sociedad Española de Medicina Intensiva. En www.smicyuc.org

31

OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES SOBRE LAS BUENAS PRÁCTICAS DEL PROGRAMA DE CERTIFICACIÓN DE HUMANIZACIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS.

Juan Rosselló Sancho, Sergio Gámez García, Marta Villanueva Cendán
Hospital Clínic de Barcelona. Hospital 2 de Maig. Barcelona.

joanrossancho@yahoo.es

Introducción:

El proyecto HU-CI fomenta que los cuidados que proporcionamos a los pacientes de cuidados intensivos (UCI) tengan ese carácter humano que los pacientes, su familia, los profesionales y la sociedad necesita y reclama. A nivel teórico, humanizar una UCI es una idea aceptada, pero cuando

se introducen cambios para conseguir la acreditación de humanización en cuidados intensivos aparecen resistencias por parte de algunos profesionales. Por ello, antes de iniciar ningún cambio, es necesario conocer qué opinan los profesionales para que sea un proyecto participativo y no una imposición.

Objetivos:

Conocer la valoración que hacen los profesionales de algunas buenas prácticas del programa de certificación HU-CI.

Metodología:

Encuesta anónima con 26 ítems a los profesionales que trabajan en la Unidad de Vigilancia Intensiva Respiratoria (UVIR) del Hospital Clínic de Barcelona. Interpretación de los resultados de la encuesta con una escala de Likert de 5 puntos: respuestas mayores o iguales a 3.5 son consideradas aceptables y menores a 3.5 no aceptables.

Resultados:

Se analizan 20 encuestas, donde destaca un consenso de los profesionales que creen que se puede aumentar la humanización de los cuidados que proporcionamos (4.8). El personal detecta problemas estructurales (1.5-1.9) y de ruido (2.2). También, que las técnicas y procedimientos no respetan unos horarios adecuados (2.65-2.85). En cambio, la idea de UCI abierta no consigue un 3.5, pero los horarios actuales son mejorables (3.1). Destaca un rechazo importante a las visitas de niños (1.8), mascotas (2.1) y la comida de casa (2.8).

Discusión:

El nivel de aceptación de todos los ítems del programa de certificación es dispar, por lo que en su ejecución se empezará con aquellos que obtienen mayor consenso, siendo necesario realizar una planificación e implementación más progresiva de los que tienen mayor resistencia.

Bibliografía:

- Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI; 2017 [acceso 8 de noviembre de 2017]
- C. de la Fuente-Martos, M. Rojas-Amezcua, MR. Gómez-Espejo, P. Lara-Aguayo, E. Morán-Fernández y E. Aguilar-Alonso. Implantación de un proyecto de humanización en una unidad de cuidados intensivos. Med Intensiva. 2018;42(2):99-109.
- D. Escudero, L. Viña, C. Calleja. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. Med Intensiva. 2014;38(6);371-375.

32

SESIONES DE INFORMACIÓN ENFERMERA PREVIOS AL INGRESO PARA UNA CIRUGÍA DE CÁNCER DE PULMÓN.

Alicia Irene Gasulla Guillermo, Sergio Gámez García, Juan Rosselló Sancho.
Hospital Clínic de Barcelona. Hospital 2 de Maig. Barcelona.

gasulla38@gmail.com

Introducción y objetivos:
Un diagnóstico de cáncer tiene un impacto enorme en la mayoría de los pacientes y familias. La depresión, ansiedad y miedo que aparecen tienen multitud de causas. Entre ellas, el desconocimiento de todo el proceso asistencial que se llevará a cabo en el hospital.
A raíz de la detección por parte del equipo de enfermería de altos niveles de ansiedad y miedo de los pacientes que ingresan para cirugía torácica de cáncer de pulmón, se decide la implementación de un programa de sesiones informativas antes de su ingreso con el objetivo de que el paciente y su familia conozcan todo el proceso asistencial que se llevará a cabo durante el ingreso hospitalario.
Metodología:
se programan sesiones informativas cada 15 días de una hora de duración dirigidas por una enfermera experta de cirugía torácica del hospital Clínic de Barcelona. En dichas sesiones se hace hincapié principalmente en:
Información de pruebas diagnósticas y cuidados de enfermería previas a la cirugía.
Puntos de información durante todo el proceso asistencial.
Motivo y horarios de visita de la unidad de críticos/semicríticos respiratorios, unidad donde el paciente será trasladado tras la intervención.
Cuidados básicos de enfermería que recibirá durante todo su ingreso hospitalario: manejo del drenaje, inicio de la deambulación, fisioterapia, ingesta, dolor.
Resolución de dudas y aclaraciones.
Estas sesiones se complementan con un practicum de fisioterapia respiratoria y otro de deshabituación tabáquica.
Resultados:
Este programa se inició en octubre 2017 y ha recibido 26 pacientes, 18 hombres y 8 mujeres.
Conclusiones:
Los estudios acerca de la satisfacción de los pacientes hospitalizados señalan que la información y comunicación son variables asociadas a altos grados de satisfacción percibidos por los pacientes y sus familiares. En próximos estudios pretendemos conocer ese nivel de satisfacción.
Bibliografía:

- Pujiula-Masó J, Suñer-Soler R, Puigdemont-Guinart M, Grau-Martín A, Bertrán-Noguer C, Hortal-Gasull G, et al. La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de calidad asistencial. Enferm Clin. 2006;16(1):19-26.
- Guía para medir la satisfacción respecto a los servicios prestados. Gob. de Navarra. 2009.

33

HUMANIZÁNDONOS EN LA SALA DE DIÁLISIS

Áurea Callejas Herrero, Mª Jesús Rollán de la Sota, María Berdón Berdón, Mª Eugenia Muñoz Arrate, Javier Yáñez Abuja, Pablo González Pereira.

acallejash@saludcastillayleon.es

Introducción

El presente plan de actuación se enmarca dentro de una concepción de la salud como proceso global, en el convencimiento de que todas las actividades destinadas a promocionar el bienestar anímico y emocional siempre van a favorecer las actuaciones sanitarias habituales, además de facilitar la relación profesional sanitario-paciente.

La vida hospitalaria ofrece pocas oportunidades para la distracción de los pacientes, incluso en ciertas unidades durante la administración de medicamentos hay momentos que pueden dedicarse a actividades culturales. Todo ello ayuda a los pacientes a afrontar su situación y a entretener durante el proceso.

Objetivo:

Describir el efecto de las actividades realizadas dirigidas a favorecer la humanización dentro de las unidades con alta carga tecnológica en el Hospital CUV

Objetivo específico:

Analizar las barreras en la implementación de actividades dirigidas a la humanización

Diseñar un plan de actividades dirigidos a los pacientes y sus familias

Método:

Estudio descriptivo. Se describen las distintas actividades realizadas y los efectos que provocaron en los pacientes, mediante encuesta. El ámbito de estudio es un hospital de tercer nivel con 777 camas y 22 quirófanos con alto nivel tecnológico perteneciente a la red pública de Salud de Castilla Y León. Dirigido a los pacientes ingresados en diálisis, UVI, Urgencia de Pediatría, Hospital de día Onco-hematológico. El estudio se llevó a cabo a lo largo del 2018. Para el análisis de las barreras en la implementación y diseño de nuevas actividades, se formó un grupo de trabajo con los jefes de unidad y enfermeras para la puesta en común de las dificultades encontradas.

Resultados

Las actividades realizadas han sido: Microconciertos de guitarra, flauta, bandurria y violonchelo. Lectura escenificada de cuentos y relatos cortos, baile, juegos de grupo (Bingo)etc.

Los resultados de la encuesta fueron:

- 100% de los pacientes encuestados les ha parecido una experiencia enriquecedora, positiva y entretenida.

-Al 100% de los pacientes la sesión de Hemodiálisis le resultó más corta y con mejor tolerancia a la misma.

Las principales barreras encontradas por el grupo de trabajo fueron: Infraestructura deficitaria en cuanto al espacio.

Finalmente se diseñaron actividades acordes a las demandas y preferencias de los pacientes.

Discusión:

En los últimos 10 años la evolución tecnológica en la atención a la salud de los pacientes hospitalizados hace que en diversos hospitales se estén llevando a cabo intervenciones como herramienta terapéutica que conciencien de la importancia de este tipo de cuidados tanto al personal sanitario como a los propios pacientes, con altos niveles de satisfacción tal y como se muestra en la literatura consultada.

Conclusión:

Las actividades realizadas dirigidas a favorecer la humanización han resultado gratificantes para los pacientes, en el futuro se tendrán en cuenta estrategias para superar las barreras detectadas y las preferencias de los pacientes.

Bibliografía

1. Burrai F, Lupi R, Luppi M, Micheluzzi V, Donati G, Lamanna G, et al. Effects of Listening to Live Singing in Patients Undergoing Hemodialysis : A Randomized Controlled Crossover Study. Biol Res Nurs. 2018;1(9).
2. Burrai F, Micheluzzi V, Zito M pia, Giurdanella P, Sisti D. Original research effects of live saxophone music on physiological parameters , pain , mood and itching levels in patients undergoing haemodialysis. J Ren Care. 2014;249–56.
3. Lin Y, Lu K, Chen C, Chang C. The Effects of Music as Therapy on the Overall Well-Being of Elderly Patients on Maintenance Hemodialysis. Biol Res Nurs. 2012;14(3):277–85.
4. Kutlu AK, Eren G. Effects of music on complications during hemodialysis for chronic renal failure patients. Hemodialyis Int. 2014;18:777–84.
5. Cantekin I, Tan M. The Influence of Music Therapy on Perceived Stressors and Anxiety Levels of Hemodialysis Patients. reanl Fail. 2013;35(1):105–9.

34

CALIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS CUANDO FINALIZA LA VIDA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Adriana Muñoz Navarro, Jose Jesús Ruiz Jordan, Marta Romero-Garcia, Laura de la Cueva-Ariza, Pilar Delgado-Hito.
Universidad de Barcelona.

laughter.mn@gmail.com

Introducción:

Dado el enfoque tecnológico y biomédico de las unidades de cuidados intensivos (UCI) es necesario conocer la calidad de los cuidados al final de la vida (CFV) y cómo se aplican en la actualidad, indicadores de la preservación de la dignidad de la persona.

Objetivos:
Analizar las características de los cuidados enfermeros a la persona en la etapa de final de vida en UCI. Para ello, el primer objetivo específico es describir los indicadores que ofrecen CFV de calidad. Así como también identificar las intervenciones que demuestran calidad asistencial en los CFV de un paciente en las UCI.

Metodología:
Revisión bibliográfica narrative en PubMed, EBSCOhost, ScienceDirect y resgistro de publicaciones de Proyecto HU-CI de artículos originales, revisiones y opinión de expertos publicados desde 2013 en inglés y español. Palabras clave "nursing care", "end-of-life" y "intensive care unit". RESULTADOS: Se seleccionaron 21 artículos, identificándose la comunicación intraprofesional, con pacientes y familias como uno de los indicadores de calidad más importante en el proceso de final de vida. Las familias de los pacientes críticos se sienten satisfechos con los cuidados que reciben, pero objetivan aspectos a mejorar acerca del CFV. En esta etapa, los profesionales deben evitar el sufrimiento del paciente y promover una muerte digna. Las enfermeras deben invitar a la familia a participar en los CFV ofreciéndoles también soporte emocional donde la humanización del cuidado juega un papel fundamental.

Discusión:
La formación de los profesionales en habilidades no técnicas es imprescindible para ofrecer cuidados de calidad. Se requiere la creación de protocolos de CFV en las UCI siendo la humanización del cuidado un elemento esencial a la hora de incrementar o conseguir calidad asistencial.

Bibliografía:

- Brooks, L. A., Bloomer, M. J., & Manias, E. (2018). Culturally sensitive communication at the end-of-life in the intensive care unit: A systematic review. Australian Critical Care, 1–8. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.07.003
- Su, A., Lief, L., Berlin, D., Cooper, Z., Ouyang, D., Holmes, J., … Prigerson, H.
- G. (2018). Beyond pain: Nurses' assessment of patient suffering, dignity and dying in the intensive care unit. J Pain Symptom Manage, 55(6), 1591–1598. https://doi.org/10.1007/s10393-014-0979-y.Disease
- Brooks, L. A., Manias, E., & Nicholson, P. (2017). Communication and decision-making about end-of-life care in the intensive care unit. American Journal of Critical Care, 26(4), 336–341. Retrieved from http://ajcc.aacnjournals.org/content/26/4/336.full.pdf+html
- Velarde-García, J. F., Luengo-González, R., González-Hervías, R.,
- Dificultades para ofrecer cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos. La perspectiva de enfermería. Gaceta Sanitaria, 31(4),299–304. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.006
- Baliza, M. F., Bousso, R. S., Poles, K., Dos Santos, M. R., Silva, L., & Paganini, M. C. (2015). Fatores que influenciam os enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva nas decisões de final de vida. Rev Esc Enferm USP, 49(4), 572–579. https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000400006
- Sadler, E., Hales, B., Henry, B., Xiong, W., Myers, J., Wynnychuk, L., … Fowler, R. (2014).

Factors affecting family satisfaction with inpatient end-of-life care. PLOS ONE, 9(11), 1–7. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110860

- Girbau, M. B., Monedero, P., Centeno, C., Candela, A., Martínez, A., Santos, G., … Monedero, P. (2017). El buen cuidado de pacientes que fallecen en unidades de cuidados intensivos en España. Un estudio basado en indicadores internacionales de calidad asistencial. Anales Del Sistema Sanitario de Navarra, 40(3), 339–350. https://doi.org/10.23938/ASSN.0026
- Moritz, R. D., Lago, P. M. do, Souza, R. P. de, Silva, N. B. da, Meneses, F. A. de, Othero, J. C. B., … Azeredo, N. (2008). Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 20(4),422–428. https://doi.org/10.1590/s0103-507x2008000400016
- Crowe, S. (2017). End-of-life care in the ICU: Supporting nurses to provide high-quality care. The Canadian Journal of Critical Care Nursing, 28(1), 30–33.
- Noome, M., Dijkstra, B. M., van Leeuwen, E., & Vloet, L. C. M. (2016). Exploring family experiences of nursing aspects of end-of-life care in the ICU: A qualitative study. Intensive and Critical Care Nursing, 33, 56–64. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.12.004
- Noome, M., Dijkstra, B. M., Van Leeuwen, E., & Vloet, L. C. M. (2016). The perspectives of intensive care unit nurses about the current and ideal nursing end-of-life care. Journal of Hospice and Palliative Nursing, 18(3), 212–218. https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000221
- Ganz, F. D., Endacott, R., Chaboyer, W., Benbinishty, J., Nun, M. Ben, Ryan, H., … Spooner, A. (2015). The quality of intensive care unit nurse handover related to end of life: A descriptive comparative international study. International Journal of Nursing Studies, 52(1), 49–56. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.009
- registered nurses who have provided end-of-life care within an intensive care unit. International Journal of Palliative Nursing, 20(11), 549–556. https://doi.org/10.12968/ijpn.2014.20.11.549
- Mani, Z. A. (2016). Intensive care unit nurses experiences of providing end of life care. Middle East Journal of Nursing, 10(1), 3–9. https://doi.org/10.5742/mejn.2015.92778
- Brooks, L., Manias, E., & Nicholson, P. (2017). Barriers, enablers and challenges to initiating end-of-life care in an Australian intensive care unit context. Australian Critical Care, 30(3), 161-166. http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2016.08.001
- Velasco Bueno, J. M., & Heras La Calle, G. (2017). Humanizando los cuidados intensivos. De un proyecto inspirador a nuevas realidades. Ética de Los Cuidados, 10(20). Retrieved from http://www.index-f.com/eticuidado/n20/et2000.php
- Estella, A., Martín, M. C., Hernández, A., Cabré, L., Monzón, J. L., & Rubio, O. (2016). Pacientes críticos al final de la vida: Estudio multicéntrico en unidades de cuidados intensivos españolas. Medicina Intensiva, 40(7), 448–456. https://doi.org/10.1016/j.medin.2015.12.006
- Heras La Calle, G., Martin, M. C., & Nin, N. (2017). Buscando humanizar los cuidados intensivos. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 29(1). Retrieved from http://www.rbti.org.br/artigo/listar/23/2/2011#

- Gálvez Herrer, M., Gómez García, J. M., Martín Delgado, M. C., Ferrero Rodríguez, M., & HU-CI, M. del P. (2017). Humanización de la sanidad y salud laboral: implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del Proyecto HU-CI. Med Segur Trab (Internet), 63(247), 103–119.
- Holanda Peña, M. S., Ots Ruiz, E., Domínguez Artiga, M. J., García Miguelez, A., Ruiz Ruiz, A., Castellanos Ortega, A., … Llorca Díaz, J. (2015). Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares. Medicina Intensiva, 39(1), 4–12. https://doi.org/10.1016/j.medin.2013.12.008
- Heras La Calle, G., & Zaforteza Lallemand, C. (2014). HUCI se escribe con H de HUMANO. Enfermería Intensiva Intensiva, 25(4), 123–124. https://doi.org/10.1016/j.enfi.2014.11.001
- Romero-García, M., de la Cueva-Ariza, L., Benito-Aracil, L., Lluch-Canut, T.,Trujols-Albet, J., Martínez-Momblan, M. A., … Delgado-Hito, P. (2018). Nursing Intensive-Care Satisfaction Scale [NICSS]: Development and validation of a patient-centred instrument. Journal of Advanced Nursing, 74(6), 1423–1435. https://doi.org/10.1111/jan.13546
- Heras La Calle, G., & HU-CI, M. del P. (2017). Voluntades anticipadas, cuidados paliativos intensivos y morir en la UCI. In Humanizando los cuidados intensivos: Presente y futuro centrado en las personas. (pp. 277–296). Distribuna. Retrieved from https://esaludate.com/tienda/libreria/824-humanizando-los-cuidados-intensivos. html
- Heras La Calle, G., & HU-CI, M. del P. (2016). Cuidados al final de la vida. In Humanización en las unidades de cuidados intensivos (pp. 25–39). Retrieved from
- https://humanizandoloscuidadosintensivos.com/wp-content/uploads/2016/10/PlanHUCI.pdf

35
ENFERMERÍA INFORMA: PROYECTO INFOUCI. PROTOCOLO DE ESTUDIO

Marta Luz Fernández Catalán, Rebeca Fernández Vadillo, María Álvarez Pol, Begoña Quicios Dorado, María Martín rodríguez, Mª Dolores Rodríguez Huerta.
Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila

drodriguezh@salud.madrid.org

Introducción:
las necesidades de la familia del paciente de UCI han sido analizadas en múltiples estudios poniendo de manifiesto que una de las principales es recibir adecuada información, además de seguridad, apoyo, confort y proximidad. En el 75% de las UCIs españolas la información es exclusivamente médica, observándose con frecuencia la demanda de aclaraciones por parte del familiar al personal de enfermería a pie de cama o fuera de horario, sin embargo, según revela el estudio de Velasco et al, los familiares opinan que el 63% de las preguntas podrían ser contestadas por médicos o enfermeras/os indistintamente, el 27% preferentemente por los médicos y 10% por las

enfermeras/os.
Objetivos. Principal: evaluar el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes de UCI que recibirán un SMS informativo por parte de enfermería (grupo intervención) frente a la del grupo control. Secundario: cuantificar la demanda de información fuera de horario como consecuencia de la intervención.
Métodos:
estudio prospectivo tipo ensayo con dos brazos, aleatorizado y de intervención no farmacológica, cegado para el investigador que encuestará a los participantes, que son las personas de contacto de los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario de La Princesa, (Madrid), que cumplan los criterios de inclusión.
Resultado principal:
satisfacción de los familiares de los pacientes de UCI con la atención recibida, evaluada con el Cuestionario CCFNI sobre Necesidades de la Familia en UCI, adaptado y validado para la población española por Gómez, Ballester y Gil sobre la versión breve del Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) de Harvey.
Discusión:
la implantación de un sistema de información de enfermería sobre la situación del paciente por SMS añadido a la dinámica informativa habitual en UCI será útil para los familiares del paciente, aumentará la satisfacción y calidad percibida del usuario.
Bibliografía

- Chien WT, Chiu YL, Lam LW, IP WY. Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: A quasi-experimental study. Int J Nurs Stud 2006; 43: 39-50.
- Auerbach S M, Kiesler DJ, Wartella J, Rausch S, Ward K R, & Ivatury R. Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients 'family members during critical care hospitalization. Am J Crit Care. 2005; 14:202-210.
- Maxwell KE, Stuenkel D, Saylor C. Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. Heart Lung 2007; 36: 367-376.
- Pardavila Belioa MI, Vivarb CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. Enferm Intensiva. 2012; 23(2):51-67.
- mari FH. Perceived and Unmet Needs of Adult Jordanian Family Members of Patients in ICUs. J Nurs Scholarsh 2009; 41: 28-34.
- Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina MJ, Forcelledo L, et al. Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. Revista de calidad asistencial. 2016.
- Velasco Bueno JM, et al. Principales demandas informativas de los familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos. Med Intensiva. 2017. https://doi.org/10.1016/j.medin.2017.09.007
- Gómez Martínez S, Ballester Arnal R, Gil Juliá B. El Cuestionario de Necesidades de los

Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI) versión breve: adaptación y validación en población española. An. Sist. Sanit. Navar. 2011; 34 (3): 349-361.

36

HU- UCI PRINCESA: MEJORANDO LA INFORMACIÓN A FAMILIARES.

María Martín Rodríguez, Rebeca Fernández Vadillo, Begoña Quicios Dorado, María Álvarez Pol, Marta Luz Fernández Catalán, Mª Dolores Rodríguez Huerta,
Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

drodriguezh@salud.madrid.org

Introducción:
la satisfacción con la atención de los familiares de pacientes ingresados en UCI está relacionada con la comunicación y toma de decisiones mientras que la incertidumbre supone un factor importante en el desarrollo de ansiedad y depresión. Los profesionales de enfermería pueden mejorar la información en UCI, dando respuesta así a la necesidad de seguridad y de comunicación del usuario/familia (NOC 0902, Comunicación NANDA 00157).
Objetivos:
general: mejorar el grado de información de los familiares en UCI. Específicos: evaluar factibilidad y aceptación de un sistema de información de enfermería a los familiares de los pacientes ingresados en UCI.
Métodos:
pilotaje de una intervención informativa de enfermería. Se informó diariamente a las 12 horas de la información médica, durante al menos 3 días y 8 como máximo, a través de un SMS codificado a un familiar asignado por el paciente que aceptó participar en el estudio (n=34). Posteriormente se les encuestó evaluando los resultados mediante triangulación entre investigadores.
Resultados:
se identificaron 3 categorías: "Utilidad": la información es útil en cualquier circunstancia, el 26,4% opinan que solo para quién no pueda acudir al hospital. "Efecto emocional": efecto tranquilizador de la información, aunque fuera negativa, sobre todo después del turno de noche. "Contenido del SMS": un 32,3% lo ven escaso y poco concreto, el resto lo ven adecuado. Un 11,7% destacan que la información del turno de tarde era muy seguida de la visita. Grado de utilidad: 48,5% "muy útil", 48,5% "algo útil" y 3% "poco útil". No hubo ninguna demanda de información extraordinaria.
Conclusión:
la información aportada por enfermería produce un efecto tranquilizador y beneficioso, incluso en casos muy graves. El SMS ya es utilizado por el sistema de salud para otros fines, no conlleva un considerable costo económico ni sobrecarga de trabajo al profesional.
Bibliografía

- Van Mol, M. M., Boeter, T. G., Verharen, L., Kompanje, E. J., Bakker, J., & Nijkamp, M. D. (2017).

Patient- and family-centred care in the intensive care unit: a challenge in the daily practice of healthcare professionals. J Clin Nurs, 26(19-20), 3212-3223.

- Torke, A. M., Wocial, L. D., Johns, S. A., Sachs, G. A., Callahan, C. M., Bosslet, G. T Burke, E. S. (2016). The Family Navigator: A Pilot Intervention to Support Intensive Care Unit Family Surrogates. Am J Crit Care, 25(6), 498-507.
- Kirchhoff KT, Song MK, Kehl K. Caring for the family of the critically ill patient. Crit Care Clin. 2004. 20(3):453-66, ix-x.
- Kloos JA, Daly BJ. Effect of a Family-Maintained Progress Journal on anxiety of families of critically ill patients. Crit Care Nurs Q. 2008; 31(2):96-107. http://dx.doi.org/10.1097/01.CNQ.0000314469.41507.cb
- Diagnósticos Enfermeros 2015-2017. Definiciones y clasificación. NANDA Internacional. 3ª Ed. Eselvier 2016.

37

IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS NO FARMACOLÓGICOS EN PACIENTES ADULTOS CON DELIRIO EN UNIDADES DE REANIMACIÓN.

Maria Milagrosa Ceballos Martín, Iluminada Barber Cubas,
Hospital La Fe, Valencia

maysol91@hotmail.com

Introducción:
El delirio post-operatorio (DPO) constituye una complicación frecuente y relevante de los pacientes post-quirúrgicos en las unidades de críticos adultos. Se asocia con mayor estancia hospitalaria, mayor riesgo de complicaciones y de mortalidad así como reducción de la funcionalidad y del estado cognitivo a lago plazo. Sin embargo, no se aconseja una aplicación rutinaria de fármacos como tratamiento inicial del delirium. Recientemente, se ha obtenido una reducción significativa en la incidencia del delirio con estrategias de prevención no-farmacológica.

Objetivos
El objetivo de este trabajo es el establecimiento de un protocolo de detección precoz del estado de delirio, y la implementación de estrategias de prevención no-farmacológicas para una atención de calidad e integral a los pacientes post-quirúrgicos de las unidades de críticos adultos.

Metodología
Elaboración de un plan de cuidados especifico que actúen sobre los factores de riesgo que predisponen al delirio mediante actuaciones no-farmacológicas dirigidas a :
- Favorecer del sueño, disminuyendo la luz y el ruido ambiental, uso de antifaces, tapones para los oídos.
- Prevenir el dolor, con técnicas de relajación y masajes.
- Movilización temprana, con ejercicios pasivos en cama, uso de pedalier. factores psicológicos,

ambientales
- Modulación ambiental y estimulación cognitiva, orientando temporo-espacialmente con relojes en pared, musicoterapia.
–Participación de la familia en las actividades citadas.

Resultados

Un 90% de los pacientes se muestra satisfecho y acoge con agrado las actividades dirigidas a la prevención del delirio.

Conclusión

-El cuidado no farmacológico en pacientes frágiles, sugiere que la preservación de ciertas rutinas cognitivas y motoras, junto con disminución de estimulos nociceptivos, son capaces de reducir el impacto del delirium.
-Es necesario realizar un cuidado integral del paciente que tenga en cuenta las necesidades emocionales de los pacientes y familias, partiendo desde la dimensión humana.
-La implementación de los protocolos debe ir acompañado de un cambio de mentalidad del personal sanitario.

Bibliografía:

- Dra. A. Pérez, A.López, Protocolo de humanización hacia el paciente, en el servicio de reanimación adultos LA FE, Valencia.
- Pamela L. Swearingen, Manual de enfermeria médico-quirúrgica.
- E.Tobar, M. Abedrapo, Delirium postoperatorio.Una ventana hacia una mejoría de la calidad y seguridad en la atención de pacientes quirúrgicos. https.scielo conicyt.cl/scielo.php

38
REDUCCIÓN DEL ESTRÉS PRE QUIRÚRGICO

Vanesa Mascarell Rey, Maria Vazquez Minguell, Lorena Rascón Rojas, Joana Ponce Muñoz, Ana Masía Garriga
Hospital Verge de la Cinta, Tortosa.

teresaarme69@gmail.com

Introducción:

Como enfermeras del servicio de reanimación del centro, somos la primera toma de contacto del paciente con el área quirúrgica. Por lo tanto, nos mostrarán sus preocupaciones y dudas
De esta manera tenemos que hacer una valoración biopsicosocial del paciente para poder solucionar todo lo que le provoque estrés y ansiedad antes de la intervención. Estos miedos pueden afectar la recuperación postoperatoria del enfermo.
La ansiedad suele estar provocada por miedo al dolor, a morir, al desconocimiento, a la anestesia, a ser mutilados, a la pérdida de algún órgano

Objetivos:
Reducir el miedo y estrés del paciente quirúrgico Preparar tanto física como psicológicamente al paciente para la intervención quirúrgica Reforzar la información del paciente Identificar las actividades de enfermería adecuados para disminuir la ansiedad del paciente
Metodología:
Búsqueda bibliográfica de artículos y estudios científicos sobre el tema. Las palabras clave de la búsqueda han sido: Estrés, ansiedad pre quirúrgica
Resultados:
La información obtenida muestra la disminución del estrés y ansiedad en aquellos pacientes que han complementado y ampliado sus conocimientos sobre el proceso que conlleva su operación. También muestra el papel fundamental de enfermería para conseguir este objetivo con sus actividades
Conclusiones con las implicaciones para la práctica clínica:
En nuestro trabajo cuidar del paciente es parte esencial de nuestro día a día. Dentro de nuestras tareas destacaría aquellas que pueden hacer sentir mas seguro al paciente y por tanto es imprescindible hacer: presentarnos al paciente, recibir al paciente, ser empáticos, escucharlo, mirarlo, transmitir seguridad, responder sus preguntas y tranquilizarlo.
Bibliografia:

- Gordillo Leóna F ; Arana Martíneza J M; Mestas Hernández L ; Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos (Consultado el 5 de febrero de 2019) Disponible en :http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2011000300008&script=sci_arttext&tlng=pt
- Jerez C ; Ullán A M ; Lázaro J J Fiabilidad y validez de la versión española de la escala de evaluación de la ansiedad prequirúrgica (Consultado el 20 de febrero de 2019) Disponible en :https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034935615002297
- Orihuela-Pérez I ; Pérez-Espinosa J A ; Aranda-Salcedo T ; Zafra-Norte J; Jiménez-Ruiz R; Martínez-GarcíA ; González-Ramírez A R ; MiguelEscobar F (Consultado el 26 de febrero de 2019) Disponible en : https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862110001683

39

NIVEL DE ANSIEDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN UCI

María Sonia Carrascosa Martínez, Verónica Pereira Padilla
Hospital Neurotraumatológico de Jaén

mariasonic@gmail.com

Introducción:
El ingreso en UCI es una vivencia estresante y traumática, que puede provocar shock y ansiedad en pacientes y familiares.
Nuestra UCI es una unidad de puertas cerradas con visitas restringidas, donde la familia no participa

en los cuidados del paciente. Creemos que para una atención sanitaria de calidad y cumplir con la primera línea estratégica del manual de buenas prácticas de humanización en la UCI, debemos dar soporte a las necesidades emocionales y psicológicas de los familiares y abordar su experiencia emocional.

Objetivos:

Generales:

- Identificar aspectos emocionales de los familiares de pacientes ingresados en UCI para implementar mejoras encaminadas a la humanización.

Específicos:

-Conocer el nivel de ansiedad de los familiares de pacientes ingresados en UCI, según el perfil sociodemográfico

- Conocer si la ansiedad de los familiares depende del género o el parentesco.

Metodología:

-Estudio observacional, descriptivo y transversal sobre 47 familiares de pacientes ingresados al menos 15 días en UCI, que hayan aceptado participar en el estudio.

-Se utiliza la subescala de cribado de ansiedad de GOLDBERG

-Se valoran variables sociodemográficas

Resultados:

El 64% eran mujeres y el 36% hombres.

El 40 % eran cónyuges , el 26 % eran hijos , el 15 % eran hermanos y el 19% otros

La ansiedad, según la subescala de ansiedad de Golberg, estaba presente en 89% de casos (88% hombres , 90% mujeres) y por parentesco en el 94% de los cónyuges, el 91% de los hijos, un 85% de los hermanos y un 77% de otros .

Discusión:

El nivel de ansiedad en una UCI en la que no existe presencia ni participación de familiares en los cuidados es muy elevada.

Conocer el nivel de ansiedad de los familiares según su perfil sociodemográfico puede servir para iniciar acciones de humanización que contribuyan a su disminución.

Bibliografía:

- De la Gándara Ji. Manejo de depresión y ansiedad en atención primaria.Aten Primaria1997:20(7)389-94
- Escala de ansiedad y depresión de Golgerg .Escala E.A.D.G.(Golberg y cols.,1998,versión española GZEMPP,1993)
- Manual de buenas practicas de la humanización de cuidados intensivos 2017 ISBN 978-84-697-7456-4

40

CALIDAD DEL SUEÑO EN FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UCI CON REGIMEN ESTRICTO DE VISITAS.

Verónica Pereira Padilla, María Sonia Carrascosa Martínez
Hospital Neurotraumatológico ,Jaén.

pequiita1974@yahoo.es

Introducción:
Una buena calidad del sueño es fundamental como factor determinante para la salud mental y física. El ingreso de un paciente en UCI rompe con el ritmo de vida normal de pacientes y familiares. El sueño y descanso pueden verse alterados por el estrés resultante, ya que la ansiedad y la preocupación de familiares pueden verse potenciados en una UCI de puertas cerradas con régimen estricto de visitas.

Objetivos
Generales:
- Identificar el nivel de descanso de los familiares de pacientes ingresados en UCI de puertas cerradas y visitas restringidas, para implementar mejoras encaminadas a la humanización.
Específicos:
-Conocer la calidad del sueño percibida por familiares de pacientes ingresados en UCI
-Identificar la presencia de insomnio e hipersomnio

Metodología:
-Estudio observacional,descriptivo y transversal sobre 47 familiares de pacientes ingresados al menos 15 días en UCI, que hayan aceptado participar en el estudio.
-Para la recogida de datos se usa como herramienta el Cuestionario de Oviedo del sueño (subescalas: satisfacción subjetiva del sueño, insomnio, hipersomnio)

Resultados:
De las 47 respuestas recibidas, las puntuaciones para cada subescala son: Subescala Satisfacción subjetiva del sueño:

-Muy insatisfecho : 4%
-Bastante insatisfecho : 10%
-Insatisfecho: 44%
-Termino medio: 34%
-Satisfecho: 4%
-Muy satisfecho: 0%

Subescala Insomnio:
-Leve: 4%
-Moderado: 36%
-Grave: 61%

Subescala Hipersomnio:

-Presenta hipersomnio: 93%
-No presenta hipersomnio:7%

Discusión:
Un elevado porcentaje de familiares presenta trastornos en la calidad del sueño,con mala satisfacción del mismo, con insomnio e hipersomnio.
La mala calidad del sueño percibida por familiares de pacientes ingresados en una UCI puede servir para iniciar acciones de humanización que contribuyan a su disminución.

Bibliografía:
1.Manual de buenas practicas de la humanización de cuidados intensivos 2017 ISBN 978-84-697-7456-4
2.Cuestionario de Oviedo de Calidad de Sueño,elavorado pore J:Bobes,M.P.Gonzalez,PASaiz y cols(2000)
3.Propiedades psicométricas del cuestionario de Oviedo del sueño: Psicotherma ISSN0214-9915 VOL12, n°1.2000

41

TÍTULO: ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EN UN HOSPITAL DE CRÓNICOS

Daniel Martín Bautista, Sara Cholbi Tomás, Silvana Rada Martínez
Hospital La Pedrera (Dénia).

martin_danbau@gva.es

Introducción
La atención centrada en la persona (ACP) es un modelo profesionalizado que cuida, promueve la autonomía y el control de la persona, tratando de aumentar la calidad de la atención desde dimensiones relacionadas con la calidad de vida, reconociendo la singularidad de cada individuo, enfatizando sus capacidades y apoyando su autodeterminación. Este modelo se ha implantado con personas mayores en residencias.
Objetivos
- General: describir la aplicación del modelo de ACP en el Hospital de La Pedrera.
- Específicos: Describir las intervenciones específicas y aspectos por desarrollar.
Metodología
Análisis descriptivo actual sobre qué modelo de ACP empleamos y cómo lo aplicamos.
Resultados
Realizamos diversas intervenciones desde un marco individualizado, holístico e integrador, estableciéndose una relación de interacción mutua entre paciente, cuidador y personal asistencial. El eje vertebrador son los Planes de Atención Integral periódicos (2,85* por persona), dirigidos por el médico gestor del caso y en los que se alinean los objetivos en base a las siguientes dimensiones de valoración: 1 físico-clínica, 2 motora/funcional, 3 seguridad, 4 psicológica, 5 entorno socio-

familiar, 6 cuidador y 7 valores y trato del paciente. Otras intervenciones personalizadas importantes son las reuniones diarias del Equipo Básico Asistencial, reuniones familiares sistematizadas, el grupo de apoyo psicosocial (11*), talleres formativos a familiares (24*), historia de vida, cartas de pésame (11*), colaboración con voluntariado y, finalmente, la transición asistencial del paciente desde nuestro centro al lugar de continuidad de su atención.
* datos de 2018.
Discusión
Disponemos de un modelo de ACP implantado que guía la atención del paciente. En su aplicación, observamos elementos bien desarrollados, como el trabajo interdisciplinar y la atención a necesidades específicas, y otros a implementar, como la participación sistemática del paciente en el establecimiento de objetivos del tratamiento, para fomentar el ajuste de expectativas y su capacidad de autodeterminación.
Bibliografía:

- Martínez Rodríguez, T., Díaz-Veiga, P., Rodríguez Rodríguez, P., Sancho Castiello, M (2015).
- Modelo de atención centrado en la persona. Presentación de los Cuadernos prácticos. Madrid, Informes Envejecimiento en red, nº 12.
- Guía de Recursos Documentales. La Atención Centrada en la Persona. 2015. Servicio de
- Documentación. Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Imserso. Salamanca.
- Rodríguez Rodríguez, Pilar. Ponencia "Bases científicas, principios y aplicaciones del modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona". Fundación Pilares para la Autonomía Personal. 3-09-
- 2012. Encuentro sobre Envejecimiento, Fragilidad y Dependencia: Aplicaciones del Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP). Universidad Internacional Menéndez Pelayo. 3 al6-09-2012, Santander.

42
LAS PIZARRAS BIOGRÁFICAS DE LA UCI

Rodríguez Alcalá A, Yuste Bustos F, Rodríguez Hidalgo I, Coba Diéguez A, Igeño Cano JC.
Hospital San Juan de Dios. Córdoba.

francisca.yuste@sjd.es

Introduccion
En nuestra UCI trabajamos desde hace 4 años con pizarras biográficas en cada BOX. Se utilizan diariamente por todo el equipo, como medio de conocimiento de la biografía del paciente y para plasmar aspectos a destacar en su cuidado.

Las pizarras son un sistema de mejora de la comunicación entre los miembros del trinomio paciente - familia-profesionales, que promueven una información homogénea y unificada, sobre el que no existe bibliografía al respecto.

Objetivo

Comprobar si el uso de pizarras biográficas proporciona una atención más humana y de mayor calidad según la opinión subjetiva de las familias de los pacientes.

Material Y Metodos

Se diseñó una encuesta con 4 preguntas destinadas a familiares de pacientes, con tres respuestas posibles sobre las pizarras biográficas (Si / No / No sé – me da igual).

Se seleccionó de manera aleatoria a 50 familias de pacientes con una estancia superior a 48 horas, de entre los 481 ingresos realizados entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2018.

Las encuestas se realizaron telefónicamente. Contestaron a la llamada 33 familias.

Resultados

- 90,9%: El personal de la UCI atiende mejor cuando dispone de una pizarra biográfica y los cuidados al paciente son más personalizados.
- 93,3%: Sería beneficioso llevar a cabo esta práctica en todas las UCI.
- 90,9%: Las pizarras biográficas facilitan una atención más humanizada.

Discusion

- Uso de pizarras biográficas para que todo el equipo conozca la biografía del paciente, según las familias encuestadas, mejora la calidad de los cuidados en la UCI, favorece el trato personalizado y una atención más humanizada.
- Los resultados de nuestro estudio nos han servido para diseñar una nueva pizarra que incluya más información para garantizar aún más su estado de satisfacción y confort, ya que es algo que consideramos tras los resultados obtenidos un plus fundamental para su mejora diaria y en la apreciación de recibir un cuidado más personalizado y humanizador:
  - Cuidador principal.
  - Apoyo espiritual
  - Localidad de origen.
  - Aficiones.
  - Gustos alimenticios, musicales y cinematográficos.
  - Datos, mensajes y fotos de la familia (incluidas sus mascotas).

Anexo (Comentarios Destacados):

- Algunas frases que nos han comunicado las familias (incluimos varias en un anexo) nos indican que esta medida redunda en una mejora del bienestar del paciente.
- "En las plantas deberían llevarse a cabo este tipo de métodos o parecidos para que todo el mundo se sienta cuidado de la misma forma y reciba estos cuidados".
- "Trato inmejorable en esta UCI, independientemente del uso de las pizarras, aunque la iniciativa de nuevas ideas que favorezcan un mejor cuidado y trato siempre es bien recibido y se

debería de aplicar en más sitios".

- "Todas las prácticas nuevas, en beneficio del paciente, son positivas".
- "Dan igual estas iniciativas, ya que cuando estas en una UCI no tienes ganas de nada".
- "Las vivencias de esa UCI deberían conocerse para ayudar en todos sitios".
- "Es como una familia. Te sientes como en tu casa".
- "100% humanos".
- "El trato fue extraordinario, no creo que las pizarras influyeran tanto en la atención como en los cuidados ya que eso depende de los profesionales y mejor no se puede hacer".

43

EL CLIMA ORGANIZACIONAL COMO HERRAMIENTA PARA LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS.

Sandra Anento Nolla, Inka Cuesta Nogales, Sílvia Domínguez Martínez, Mari Carmen Lluís Benaiges, Maria Luisa Paniagua Asensio, Cinta Marsà Fadurdo.
Hospital de Tortosa Verge de la Cinta.

cmarsaf.ebre.ics@gencat.cat

Introducción:
Vivimos en un mundo cada vez más deshumanizado, en el cual el conocimiento y la práctica del concepto de humanización se alejan cada vez más de la práctica enfermera. Numerosos estudios apuntan que las actitudes que los profesionales de enfermería manifiestan en su lugar de trabajo están influenciadas y englobadas dentro de una cultura y un clima organizacional propios.
De aquí, nace la necesidad de detectar el grado de afectación de la organización para poder establecer unas líneas de actuación que permitan abordar el problema.

Objetivos:
Determinar el clima organizacional en cinco unidades de hospitalización del Hospital de Tortosa Verge de la Cinta.

Metodología:
Se trata de un diseño de estudio descriptivo.
Para determinar el clima organizacional se emplea la escala validada y adaptada al español "Practice EnvironmentScale of the Nursing Work Index" (PES-NWI) .

Resultados
Partiendo de una población de 174 profesionales, se recogieron 72 encuestas (41,4% de participación). La clasificación del hospital según la escala PES-NWI, es un hospital favorable ya que 4 de los 5 factores superan la media establecida (2,5) entendiendo que, por encima de 2,5, los profesionales tienden a estar de acuerdo con el ítem en su entorno laboral.
El factor 2 , el factor 3 , el factor 4 y factor 5 superan la media establecida. El factor 1 no la supera.
Si desglosamos los resultados por unidades, observamos que, de las 5 unidades, 3 son consideradas favorables y 2 mixtas .

Discusión:
El factor con puntuación más baja hace referencia a la dotación y adecuación de recursos. Cabe destacar como favorable que el resto de factores se sitúan por encima de la media establecida. Tendremos que dirigir intervenciones concretas encaminadas a aumentar la satisfacción y bienestar de los profesionales, para que repercutan directamente en los cuidados a los pacientes y se realicen unas curas de mejor calidad y más humanizadas.

Bibliografía:
1. Aarons G, Sawitzsky A. Organizational Culture and Climate and Mental Health Provider Attitudes Toward Evidence-Based Practice. Pshycol Serv. 2006; 3(1):61-72.
2. Segura AA. Clima organizacional: un modo eficaz para dirigir los servicios de salud. Av. Eferm. 2012; XXX(1):107-13.
3. Gómez J, Morales JM, Sesé A, Bennasar M, Artigues G, Perelló C. Entorno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: situación en las Islas Baleares. Gac. Sanit. 2011; 25(3):191-7.

44
IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN LOS CUIDADOS INTEGRALES EN PACIENTES ADULTOS EN UNIDADES DE REANIMACIÓN.

Iluminada Barber Cubas, Rosario Ana Ricarte Domenech, Maria Milagrosa Ceballos Martín
Hospital La FE, Valencia.

ilubar.agu@hotmail.com

Introducción:
Los pacientes ingresados en nuestras Unidades de Críticos se encuentran en numerosas ocasiones impedidos para poder interactuar con los profesionales de la salud que les atendemos. Consideramos que el cuidado del paciente crítico es incompleto si no se acompaña del abordaje de los problemas no médicos, en relación a sus sentimientos de ansiedad, miedo, soledad. Las claves para lograr una mejora en la asistencia y especialmente de los pacientes críticos que están sufriendo una situación clínica muy vulnerable pasa por establecer una comunicación eficaz que implique una mejora en la atención y en su cuidado.

Objetivo:
Establecer diferentes metodologías de comunicación que nos permita determinar lo que el paciente pretende decir. Dichos procedimientos fudamentalmente irán dirigidos a los pacientes mas vulnerables como son:

- Problemas neurológicos: afasia
- Problemas respiratorios: intubados o con traqueostomía
- Desconocimiento: del idioma o del abecedario

Metodología:
Uso de aplicaciones con ilustraciones sobre diferentes situaciones y peticiones comunes de pacientes críticos. Para ello diseñamos diferentes situaciones a través de figuras internacionales que favorezcan nuestra comunicación y facilitamos el uso de dispositivos electrónicos y otros elementos distractores que permita disponer de sistemas de traducción on line para aquellos pacientes que tengan una barrera del idioma. Además disponemos de intérpretes de diferentes países que el hospital ha proporcionado para estos fines.
Resultados:
Alrededor de un 20% de los pacientes ingresados en la Unidad de Renimación de Adultos, presentan problemas comunicativos.
A la mayoría de los pacientes se les enseñan dichas ilustraciones cuando los profesionales entendemos que existe una barrera importante de comunicación por causa multifactorial. Tan solo un 1% requiere interpretes o dispositivos on line.
Un 99% de los pacientes se muestran satisfechos, con la obtención de una mejora en la comunicación y disminución de la ansiedad entre un 90-95%.
Bibliografía:

- Dra. A. Pérez, A.López, Protocolo de Humanización hacia el paciente, en el Servicio de Reanimación Adultos LA FE, Valencia
- SIIS Centro de documentación y Estudios. Vivir mejor. Hacia una comunicación efectiva. http://www.siis.net/documentos/ficha/199384.pdf
- Clara I. Delgado Santo. CEPAP-IMSERSO. Cuaderno de apoyo a la comunicación con el pacientehttp://www.ceapat.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/cuadernoapoyointelectual.pdf

45
ENFOQUE OPERATIVO DEL CONCEPTO DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA COMO ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Amparo García Casabo, Mª Dolores Juan Boluda, Daniel Martin Bautista, Rosa Perles Tur, Jaume Morera Guitart, Silvia Vilar Amorós.
Hospital La Pedrera. Denia.

Vilar_silamo@gva.es

Introducción
La Humanización de la Asistencia (HA) es un aspecto clave de la Calidad Asistencial. Al igual que la calidad, es un concepto global que debe hacerse operativo para implementar acciones de mejora.
Objetivos
Presentar un modelo de trabajo en HA en el que mediante la identificación de distintas dimensiones y la planificación de acciones específicas para cada una se logra mejorar la HA.

Metodología

En el 2009 creamos el Comité "Confort y Hospitalidad". En 2017 se renombra como Comité de Humanización Asistencial. Realizamos reuniones (30), sesiones formativas (6) y elaboramos documentos "Manual de estilo hospitalario y "Plan de confort y hospitalidad".

Resultados

Identificamos las siguientes dimensiones: 1) Confort y Hospitalidad de instalaciones y servicios, 2) Enfoque integral basado en necesidades, 3) Trato compasivo, 4) Información y comunicación a pacientes y familiares, 5) Ajuste de Expectativas, 6) Enfoque ético en la toma de decisiones y 7) Empoderamiento de pacientes y familiares en la toma de decisiones. El punto 1 se trabajó en años previos. Para el punto 6 ya existe un comité de Bioética. Se priorizan otras tres dimensiones a desarrollar (método Hanlon), creando grupos de trabajo multidisciplinares para cada una: Para "Información y comunicación con pacientes y familiares" se desarrolla el "Proceso de Información y comunicación a pacientes en el HLP"; para " Trato compasivo" desarrollamos estrategias de difusión y formación en trato compasivo entre los profesionales; para " Ajuste de expectativas" se crea grupo de trabajo para elaborar un plan de acción para mejorar profesionalmente este aspecto.

Discusión

La HA es un aspecto clave y global de la Calidad Asistencial. Un abordaje operativo a través de un enfoque multidimensional permite plantear acciones concretas más amplias que van más allá de los aspectos habituales de la ética y del confort.

Bibliografia

- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan de humanización de la asistencia sanitaria en la Comunidad Valenciana. 2000
- Bermejo, JC. Qué es humanizar la salud: por una asistencia sanitaria más humana. Madrid: San Pablo; 2003
- González Blasco P. Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados. Rev. Aten Primaria 2006; 38(4):225-229.

46
PROYECTO WEB "CUIDAMOS COM # PASION"

Torres Figueiras, M; Gil Collados, M; Soriano Ruiz, MJ
Departamentos de salud Elche- Crevillente y Departamento de Salud de Torrevieja

mtorres@vinaloposalud.com

Introducción

El término compasión se encuentra sumergido dentro de los planes de humanización actuales y cada vez es más usado en los foros relacionados. La compasión (que no lástima) implica el reconocimiento del sufrimiento y la puesta en marcha de acciones para resolverlo, aliviarlo o

acompañarlo. Necesita como primer paso de la empatía (necesaria pero no suficiente), que es la habilidad para comprender el universo emocional de las personas, sabiendo escuchar, acoger y aceptar su situación sin juzgarla.
Muchas son ya las comunidades autónomas a nivel nacional que han puesto en marcha planes de humanización de la asistencia sanitaria, pero a la hora de darle visibilidad hay necesidad de ofertar recursos webs llamativos.

Objetivos

Centralizar y dar visibilidad a todas las acciones, procedimientos y programas enmarcados dentro del plan de humanización de la organización.

Metodología

Esta web recogerá apartados de cada una de las iniciativas de humanización puestas en marcha por la organización:

1. Plan de acogida a pacientes
2. Visita guiada en paritorio.
3. Área de Pediatría.
4. Hospital saludable.
5. Proyecto "salas de estar".
6. Proyecto MHUAC.
7. Visitas de mascotas.
8. Enlaces de interés.
9. Buzón de sueños cumplidos: buzón de sugerencias para iniciativas de los profesionales

Resultados

El resultado del proyecto es la creación de la web en la intranet hospitalaria y la difusión de manera trasversal del plan humanización para que impregne toda la organización, donde se muestran de forma interactiva todas las iniciativas llevadas a cabo y todas las aportaciones que los profesionales quieran hacer.

Discusion

Los blogs y páginas web están considerados como unas herramientas fundamentales en cualquier ámbito de la vida, destaca su capacidad de interactividad, compartir conocimientos e información, flexibilidad para incluir imágenes y propias experiencias, aumento de la comunicación rápida y efectiva y el sentimiento de pertenencia a un grupo.

Bibliografía

- http://mastermarketingdigital.es/ventajas-internet-comunicacion-empresarial/
- https://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/notas-de-prensa-sec/8080-internet-fuente-indispensable-para-los-profesionales-de-enfermeria
- FERNANDEZ CACHO, Luis Manuel; GORDO VEGA, Miguel Ángel y LASO CAVADAS, Silvia. Enfermería y Salud 2.0: recursos TICs en el ámbito sanitario. Index Enferm[online]. 2016, vol.25,n.12[citado 20190314],pp.5155.Disponibleen:<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962016000100012&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1699-5988.
- https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/las-tic-en-el-cuidado-de-la-saludcomo-y-

para-que-utilizarlas-DDIMPORT-017315/

- http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/127
- http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/649/158

48

CUIDANDO HERMANOS DONANTES

Eugenia Trigoso Arjona, Estrella Larios Reyes, Maria Sol Albert Velert
Hospital Universitario y Politécnico LA FE. Valencia

eugeniatrigoso57@gmail.com

Introducción

El Trasplante de progenitores hematopoyéticos es un tratamiento estandarizado para la mayoría de enfermedades hematológicas, malignas y no malignas. El número de trasplantes alogénicos realizados emparentados y no emparentados, está en continuo crecimiento, siendo mayor estos últimos. En pediatría, la donación entre hermanos representa el 40%.

Según los últimos resultados reportados a la EBMT, entre 600 -700 niños son donantes para sus hermanos siendo la fuente de progenitores empleada la Medula ósea (MO) con proceso médico-quirúrgico complejo o progenitores de sangre periférica, (SP) considerada menos agresiva, pero no exenta de riesgos.

Objetivos

General.

Estandarizar la atención emocional a los niños donantes.

Específicos:

Reconocer a los donantes menores en el proceso de tratamiento de sus hermanos.

Apoyar a los padres ante el dilema emocional de someter a su hijo sano a un procedimiento no exento de riesgo.

Metodología

Los donantes menores son informados del procedimiento de acuerdo a su edad. Si el procedimiento recomendado es TMO, para facilitar la organización familiar, el ingreso se realiza en la Unidad de Trasplantes, para cuidados pre y postquirúrgicos con educación sanitaria al alta. Cuando la recolección de células es de SP, se realiza en la Unidad de Aféresis. En ambos casos y al final del procedimiento, se le hace entrega al niño de un diploma "Al mejor donante" con mención al esfuerzo realizado, acompañado de un regalo adecuado a su edad.

Resultados:

En los últimos 3 años se han realizado en nuestra unidad 60 Trasplantes Hematopoyéticos ,31 autólogos y 29 alogénicos de los cuales 10 fueron donación entre hermanos (3 MO y 7 SP) nuestros resultados están pendientes de evaluar.

DISCUSIÓN Dado el repetido agradecimiento expresado tanto por los padres como por los donantes,

hemos decidido implementar este procedimiento y estandarizar el protocolo de atención emocional a nuestros donantes.

Bibliografía:

- Hematopoietic stem cell donation: psychological perspectives of pediatric sibling donors and their parents .D. Hutt et al. Bone Marrow Transplantation (2015) 50, 1337–1342; doi:10.1038/bmt.2015.152. ; published online 6 July 2015
- Risk of complications during hematopoietic stem cell collection in pediatric sibling donors :a prospective European Group for Blood and Marrow Transplantation Pediatric Diseases Working Party study. Jan Styczynski et al. 2935BLOOD, 22 MARCH 2012 VOLUME 119, NUMBER 12

49

"Compartiendo Cuidados: Educación para la Salud en la persona trasplantada y su familia"

María del Carmen Cuenca Soriano, Ana María Morilla Bellido, María Isabel Hernández Alonso, Estrella Montes Pérez
Hospital universitario La Fe de Valencia, Reanimación.

ammbellido@hotmail.com

Introducción

La persona trasplantada de corazón pierde su capacidad de autocuidado cuando ingresa en una Unidad de Reanimación en estado crítico y esto supone un gran impacto emocional en todo su núcleo familiar e implica un complejo abordaje multidisciplinar.

El paciente trasplantado y su familia son el centro de nuestros cuidados, pretendiendo así cubrir sus necesidades desde todas las dimensiones cognitivas, afectivas, sociales y psicomotoras y mostrar gran competencia clínica.

Desde esta perspectiva, el equipo de profesionales de la unidad de cuidados críticos puede desarrollar sus competencias en Educación para la Salud dirigidas tanto al paciente como a su familia ya que su puesta en práctica conlleva efectos positivos en los resultados clínicos del paciente, en la disminución de la morbimortalidad, en costes y recursos sanitarios.

Objetivos:

General

Fomentar la Educación para la Salud en el paciente y su cuidador principal en la Unidad de Reanimación del Hospital La Fe.

Específicos

Identificar signos y síntomas de alarma.

Promover la adhesión al tratamiento y la dieta.

Desarrollar las tres dimensiones: saber qué hacer, querer y tener voluntad para hacerlo y llevar a cabo la acción (conocimientos, habilidades y actitudes positivas).

Proporcionar seguridad y confianza.
Adaptar la flexibilidad de horario al cuidador principal dependiendo de las circunstancias.

Metodología

Descripción de un caso clínico de paciente trasplantado de corazón con afectación multisistémica y cuyo abordaje terapéutico ha integrado cuidados clínicos globales centrados en el paciente y su familia.

Conclusiones

La participación activa de la familia junto con la formación e información y apoyo emocional fue fundamental en la evolución clínica del paciente y durante su estancia en la sala de hospitalización hasta el alta, creando un ambiente de confianza, seguridad y bienestar entre los profesionales, el paciente y familia.
La Educación para la salud es la clave para mejorar la calidad de los cuidados.

Bibliografía

- M. Pueyo-Garrigues, Á. San Martín Loyola, M.C. Caparrós Leal y C. Jimenez Muñoz. Educación para la salud en el paciente trasplantado y su familia en una unidad de cuidados intensivos. Unidad de Cuidados Intensivos, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España; 2016.
- Zenteno, P. Cid y K. Saez. Autoeficacia del cuidador familiar de la persona en estado crítico. Unidad de Paciente Crítico Adulto, Clínica Santa María, Providencia, Santiago de chile, Chile.

50

DISEÑO Y FUNCIONAMIENTO INICIAL DE LA NUEVA UCI DEL HOSPITAL SANTA CATERINA.

Laia Isern Meix, Josep Maria Sirvent,
Vitaller arquitectura, Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta.

lim@vitaller.com

La UCI del Hospital Trueta ha sido durante años la única dentro de la Región sanitaria de Girona con posibilidad de tratar a los pacientes críticos de nivel 3. Su ocupación media habitualmente ha sido del 92%. Por este motivo, se pensó en crear una nueva UCI en un hospital cercano con capacidad de tratamiento de pacientes críticos de nivel 2 y una única gestión de flujo.
Los **objetivos** asistenciales fueron poder atender a todos los pacientes críticos de la región sanitaria con una gestión global multicentro y multinivel.
En el diseño de esta UCI el objetivo principal fue el de lograr un espacio funcional para una mejor atención y recuperación de los pacientes críticos.
La **metodología** utilizada para alcanzar estos objetivos fue LEAN healthcare, ya implantada en el hospital con el fin de optimizar los espacios y circuitos, eliminando todo aquello que no aporta valor añadido.
Se analizaron distintos aspectos antes de empezar el proyecto como el funcionamiento de la UCI del hospital de referencia. Este análisis previo sirvió para realizar un diseño de la nueva UCI centrada en

el paciente y sus necesidades.
Los temas que se reflejan en el proyecto como principales a la hora de crear unos espacios más humanizados han sido el máximo aprovechamiento de la iluminación natural, las vistas al exterior (naturaleza) desde los boxes, disminución del ruido ambiental, la privacidad de los pacientes, ambiente de trabajo saludable y amplio, segregación de las circulaciones y voluntad de integración de los familiares en el box.
En los primeros meses de funcionamiento, podemos afirmar que la ocupación de la UCI principal ha disminuido, también han disminuido los traslados de los pacientes críticos fuera de la región y la satisfacción de los pacientes, familiares, así como de los profesionales.

Bibliografía:

- "Evolution of intensive care in the UK". Intensive Care Society. 2003. http://icmwk.com/wpcontent/uploads/2014/02/evolution_of_intensive_care_2003.pdf
- HUCI. Humanizando los cuidados intensivos. https://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/inicio/
- THE CENTER FOR HEALTH DESIGN. www.healthdesign.org
- ROGER S. U. (1984). View through a Window May Influence Recovery from Surgery. Science, New Series, Volume 224, Issue 4647 (Apr. 27, 1984), 420-421

51

ATENCIÓN HUMANIZADA A CUIDADORES EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO (UCIP) DEL HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE MEDELLÍN – COLOMBIA- A TRAVÉS DE UN PROGRAMA MULTIDISIPLINARIO PARA IMPACTAR EL SUFRIMIENTO Y APORTAR AL BIENESTAR.

Julio Nicolás Torres Ospina, César Augusto Vanegas Díaz, Yaneth Giraldo Sánchez, Mariana Suárez Yepes, Ana Del Mar Cortina, Catalina Mesa Muñoz.
Grupo de comunicación afectiva / Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín, Colombia.

jnicolastorres@gmail.com

Introducción

El paso por la unidad de cuidado intensivo pediátrico genera sufrimiento y vulnerabilidad al paciente y su familia. Tomar consciencia de ello, permite entender a la familia como sujeto activo con capacidad de resistir y superar adversidades.

Objetivos

Estimular la construcción de significantes que buscan darle sentido a la experiencia.
Facilitar el entendimiento de la enfermedad, el sufrimiento y muerte como parte de la vida.
Propiciar espacios reflexivos que ayuden afrontar el desafío planteado por la enfermedad.
Favorecer interacciones entre cuidadores para conocerse y no ser indiferentes a la condición del otro. Escenario propicio para la consolidación de redes de apoyo.

Metodología

Desde 2012, diferentes encuentros generadores de confianza (de escucha, talleres reflexivos, secciones de logoterapia y reuniones de mutua ayuda en duelo), comprendimos el significado de tener un hijo en UCIP, las múltiples necesidades, el impacto del estrés y el sufrimiento.
A través de la metodología de Sistematización de Experiencias (1), la revisión de la literatura simultánea y el análisis, permitió ir de la atención centrada en el paciente y la familia (2) a la construcción de una propuesta de intervención psicosocial.

Resultados

Desde enero 2012 a marzo 2019 se han realizado 67 encuentros de escucha, 116 talleres reflexivos y 16 encuentros de mutua ayuda en duelo. Han participado 2300 personas.
"Agradecido por este espacio, que nos permite comprender que el mundo continua en el otro, solidarizarnos en su experiencia y dolor y aprender la palabra como medicina para el alma ".- Madre de paciente

Discusión

El equipo de salud tiene la obligación moral de ampliar la óptica, tomar consciencia del sufrimiento y emplear todos los medios disponibles para aliviarlo, paliando su impacto y aportando al bienestar.
En esta tarea, aprendemos de la capacidad de superación de los seres humanos a la hora de afrontar y vivir adversidades.

Bibliografía

1. Torres-Ospina N J, Vanegas-Díaz C A, Yepes-Delgado C E.
Atención centrada en el paciente y la familia en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico del hospital Pablo Tobón Uribe, sistematización de la experiencia. Rev Gerenc Polit Salud. 2016; |15 (31): 190-201
2. American Academy of Pediatrics, Committee on Hospital Care and Institute for Patient and Family Centered Care. Patient and family centered care and the pediatrician´s role. Pediatrics. 2012;(129):394-404. doi:10.1542/peds.2011-3084
3. Velasco JA. Ambos lados de la puerta. REMI. 2002; 2(12S).
4. Bernat R, López J, Fonseca J. Vivencias de los familiares del enfermo ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos. Un estudio cualitativo. Enferm Clin. 2000; 10: 19-32.
5. Gutiérrez B, Alvariño B, Luque M, Ramírez M. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI revisión sistemática de estudios cualitativos. Enfermería Global.2008; 7(1):14-28.
6. Côa TF, Mandetta MA. The vulnerability experienced by the family of children hospitalized in a Pediatric Intensive Care Unit. Rev. Esc. enferm USP. 2011; 45(4):825-32. doi.org/10.1590/S0080-62342011000400005.
7. Latour JM, van Goudoever JB, Schuurman BE, Albers MJ, van Dam NA, Dullaart E, etal. A qualitative study exploring the experiences of parents of children admitted to seven
Dutch pediatric intensive care units. Intensive Care Med. 2011 Feb;37(2):319-325. doi.1007/s00134-010-2074-3.
8 . Harbaugh BL, Tomlinson PS, Kirschbaum M. Parents' perceptions of nurses' caregiving behaviors in the pediatric intensive care unit. IssuesComprPediatrNurs. 2004;27(3):163-78.
9. Merk L, Merk R. A parents' perspective on the pediatric intensive care unit: our family's journey. PediatrClin North Am. 2013 Jun; 60(3):773-80. doi: 10.1016/j.pcl.2013.02.012..

10. Cassel EJ. The nature of suffering and the goals of medicine.NEngl J Med. 1982; 306(11):639-45.

52

PASEOS QUE CURAN.

Sandra Somoza Cid, Jose María Gajo Alcina
Hospital Asepeyo Coslada

sandrasomozacid@gmail.com

Introducción:
La hospitalización prolongada es un motivo de angustia para el paciente y su entorno, especialmente en los que se encuentran en reposo o tienen dificultad de movilidad. Una de las medidas que realizamos desde el proyecto de humanización "Asepeyo humaniza" consiste en realizar "paseos que curan".

Objetivos

General:
Prevenir complicaciones psicocognitivas derivadas del encamamiento prolongado.
Específicos:
Fomentar en el paciente y en su entorno social un ambiente de bienestar con el personal hospitalario.
Proporcionar al paciente la posibilidad de relacionarse con los demás y disfrutar del aire libre y de luz natural con los beneficios que aporta.

Metodología

Revisión bibliográfica de las publicaciones en revistas científicas indexadas en las bases de datos bibliográficas.
Pacientes diana:
Reposo absoluto o relativo que estén clínicamente estables.
Dificultad para manejarse por sí mismos y/o tengan déficit de soporte social.
Pacientes con contraindicaciones:
Inestables.
Alteración de la conciencia.
Riesgo de inestabilidad.
Otros que el médico considere.
Desarrollo:
Detectar paciente y autorización médica.
Establecer cuidados y buscar confort.
Organizar al personal.
Si hay incidencias, posponer avisando al paciente.

Avisar al entorno.
Respetar si no quiere realizar el paseo.

Resultados

En nuestro hospital hemos realizado sesiones informativas con el personal, publicado artículos en el boletín informativo de la mutua, recogido datos mediante encuestas a los pacientes y entregados protocolos en cada control de enfermería. Además, hemos establecido criterios para poder cuantificar los paseos mediante el registro de la intervención NIC 4390 terapia ambiental.

Discusión

A raíz de este estudio y del aumento considerable de la implicación del personal se ha incrementado el bienestar de los pacientes encamados y para sus familias quedando constatado el beneficio que aportan los paseos, además se ha formalizado el protocolo incluyéndolo en la DAPP.

Bibliografía

- Consejería de sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan de humanización de la asistencia sanitaria 2016-2019. Madrid: Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria; 2016. Disponible en: http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf
- Jacoby SF, Shults J, Richmond TS. The effect of early psychological symptom severity on long-term functional recovery: a secondary analisis of data from cohort study of minor injury patients. Int J Nurs Stud. 2017; 65: 54-61.
- Schveitzer MC, Zoboli EL, Vieira MM. Nursing challenges for universal health coverage: a systematic review. Rev Lat Am Enfermagem. 2016; 24-26.
- Silva RM, de Oliveira DC, Pereira ER. The discursive production of professionals about humanizing health: singularity, rights and ethics. Rev Lat Am Enfermagem. 2015; 23(5): 936-944.
- Floreani M, Rejc E, Taboga P, Ganzini A, Pišot R, Šimunič B et al. Effects of 14 days of bed rest and following physical training on metabolic cost, mechanical work, and efficiency during walking in older and young healthy males. PLoS One. 2018;13(3).
- Ferreira LR, Artmann E. Pronouncements on humanization: professionals and users in a complex health institution. Cien Saude Colet. 2018; 23(5): 1437-1450.
- Michelan VCA, Spiri WC. Perception of nursing workers humanization under intensive therapy. Rev Bras Enferm. 2018 ;71(2): 372-378.
- Luiz FF, Caregnato RCA, Costa MRD. Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. Rev Bras Enferm. 2017;70(5):1040-1047.
- Sueiras P, Romano-Betech V, Vergil-Salgado A, de Hoyos A, Quintana-Vargas S, Ruddick W et al. Today´s medical self and the other: Challenges and evolving solutions for enhanced humanization and quality of care. PLoS One. 2017 31;12(7).

53

LE PREGUNTÉ AL TIEMPO: ¿QUÉ HACER PARA ALIVIAR MI DOLOR?: "LIBROTERAPIA" UN SERVICIO QUE AYUDA A LA SALUD

Salcedo Sánchez, C; Urbano Silva, I; Del Campo Molina, E
Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir –Montilla. Córdoba.

ecampom@ephag.es.

Introducción
Numerosos estudios demuestran los beneficios que puede tener sobre la salud y el bienestar de los pacientes la práctica habitual de la lectura 1-3. En consonancia con éstos, la Biblioteca de la Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir que engloba 7 hospitales de alta resolución (Andújar, Montilla, Alcalá la Real, Puente Genil, Alcaudete y Peñarroya) desarrolló un servicio que pone a disposición de pacientes y acompañantes, libros y revistas.

Objetivos:
Facilitar a pacientes y acompañantes, libros y revistas de temática variada en puntos hospitalarios estratégicos.
Amenizar la estancia de los pacientes y acompañantes para poder reducir el estrés y la ansiedad que puede originar el ingreso en el Hospital, aportando tranquilidad, entretenimiento y en muchas ocasiones compañía.

Metodología:
Enero-10: Campaña de recogida de libros, solicitando la colaboración de instituciones públicas y privadas, así como de pacientes y profesionales del Hospital. Abril-10: Colocación de expositores con libros y revistas en las salas de espera del Hospital y zonas de paso. Las temáticas de los libros son múltiples. Mayo-10: Difusión por intranet, y cartelería. Revisiones: Mensual: Reposición de ejemplares deteriorados e incluyendo nuevas incorporaciones. Anual: Reposición total de la colección. Incluidos de los libros en una base de datos.

Resultados:
Actualmente disponemos de 13.700 ejemplares donados y 60 expositores con 15 libros y revistas de diferentes temáticas cada uno. Cada libro contiene en su interior un "prospecto farmacéutico" con indicaciones terapéuticas y posología para que "esta medicina" ayude al lector a levantar el ánimo, evadirse de su problema de salud y mejore la estancia de sus acompañantes: Existen 23 prospectos diferentes en función de la temática en la que está clasificado el libro.

Discusión:
La "Libroterapia" ayuda a minimizar el estrés y la ansiedad de pacientes y acompañantes que ocasiona la estancia en el Hospital, contribuyendo a hacerles más llevadero este periodo y a aumentar su bienestar.

Bibliografía:

- Alonso Arévalo J; Fernández Martín CL; Mirón Canelo JA; Alonso Vázquez A. La lectura y su relación con la salud y el bienestar de las personas. 2018 RCICS. 2018; 29(4); 1-11

- Guardiola E; Baños J-E. La lectura ¿influye en nuestra salud?. Rev med Cine[Internet]. 2017;13(1)1-2
- Silverberg LI. Bibliotherapy: The therapeutic use of didactic and literary texts in treatment, diagnosis, prevention and training. JAOA: J Am Osteop Assoc.2003;103(3):131.

54

"PASEOS VIRTUALES EN UCI: CON EL BENEPLÁCITO DEL DR. IGEÑO". ¿POR QUÉ NO MEJORAR LO BUENO?

López Valero M, Del Campo Molina E, Ramírez Pérez MA, Antúnez F, Parias Angel N, Ferrer Higueras MJ.
Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir. Hospital de Montilla (Córdoba). Hospital Santa Bárbara (Puertollano-Ciudad Real). Hospital Valle de los Pedroches (Pozoblanco-Córdoba).

ecampom@ephag.es

Introducción.
El ingreso en UCI puede constituye una experiencia estresante provocando ansiedad. "Paseos que curan" es un proyecto liderado por Dr. Igeño, como una de las medidas para Humanizar en UCI, obteniendo grandes beneficios. Las Tecnologías de Información y Comunicación son instrumentos válidos que pueden mejorar el modelo del proyecto "paseos que curan". La Realidad Virtual (RV) permite interaccionar con un ambiente tridimensional, proporcionando información multisensorial en un mundo ficticio a tiempo real. Hipótesis de estudio: "¿Podemos disminuir la ansiedad de los pacientes ingresados en UCI mediante paseos virtuales (PV)?"
Objetivos.
Disminuir la ansiedad de pacientes de UCI, utilizando RV.
Aumentar el N° de casos que puedan beneficiarse, y la seguridad del paciente, aportando los beneficios de "paseos que curan", sin salir del box.
Metodología.
Revisión bibliográfica de aplicación de RV en pacientes en UCI y beneficios tras realizar "paseos que curan". Creación de un proyecto conjunto con colaboración de 3 UCIs. Estudio trasversal aplicado descriptivo. Registro de resultados tras intervención de "PV" en UCI. Material: Gafas de realidad virtual individuales y videos realizados por el grupo de trabajo.
Criterios de inclusión: Estancias > 4 días. Pacientes con cuestionario ansiedad-depresión positivo al ingreso o en su evolución.
Criterios de exclusión: Pacientes inestables o con alto riesgo de desarrollarlo. Pacientes inconscientes.
Resultados.
Los "paseos virtuales de H-UCI" es una propuesta que se plantea en el grupo de mejora multidisciplinar en línea con la H-UCI. Se trata de un proyecto en inicio sin tener datos aun de

resultados.

Discusión.

La RV como estrategia no farmacológica, puede ser una herramienta útil para usar en pacientes de UCI que refieren ansiedad.

La utilización de RV mejora la idea de los paseos que curan ya que aumenta la seguridad del paciente al no tener que abandonar el paciente su box y puede hacerse en mayor cuantía.

Bibliografía:

- Igeño Cano, J. C., 2016, HU-CI Humanizando los cuidados intensivos. Recuperado de: https://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/saldelauci-el-protocolo-paseo/
- Juliá, B. G., Arnal, R. B., Martínez, S. G., Palomino, E. R., & García, C. G. (2010). Síntomas de ansiedad y depresión tras la hospitalización en una unidad de cuidados intensivos. Fórum de Recerca, (15), 293-304.
- Gil, B., Ballester, R., Gómez, S., & Abizanda, R. (2013). Afectación emocional de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. Revista de psicopatología y psicología clínica, 18(2), 129-138.
- Miranda, V. L. (2010). Aspectos vivenciales del paciente durante su estadía en Unidad de Cuidados Intensivos. Revista chilena de medicina intensiva, 25(4), 199-203.
- Realidad Virtual para rehabilitación de patologías cardíacas Rev Paraninfo Digital | 2017 | Año XI(26)
- Educación en salud: en la búsqueda de metodologías innovadoras Cienc enferm -Chi- | 2011 | XVII(1):57-69
- Realidade Virtual no Controlo da Dor e do Distress Associados a Procedimentos Dolorosos em Crianças e Adolescentes: Meta Análise [Realidad virtual en el control del dolor y de la angustia asociado con procedimientos dolorosos en niños y adolescentes: un meta-análisis] Pensar Enfermagem | 2010 | 14(2):2-18
- The hospital of tomorrow in 10 points By: Jean-Louis Vincent; Jacques Creteur. In: Critical Care, Vol 21, Iss 1, Pp 1-4 (2017); Web server without geographic relation, Web server without geographic relation (org): BioMed Central, 2017. Language: English

55

LOS INTENSIVISTAS PODEMOS APORTAR CALIDAD FUERA DE NUESTRAS UCIS: SEDACIONES EN DIGESTIVO

Del Campo Molina, E; García Prior, MA; Rivera Espinar, F.; Durban Garcia, I.; Chicano Gallardo, M; Peña Ojeda, JA.
Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir. Hospital de Montilla (Córdoba).

ecampom@ephag.es

Introduccion:
Objetivo: Valorar si las sedaciones realizadas por UCI en procedimiento de colonoscopia/endoscopia disminuyen la percepción del dolor en los pacientes. Valorar los resultados del trabajo
Material y Método: Sedaciones realizadas por facultativos de UCI en procedimientos invasivos (endoscopia y colonoscopia) en CCEE de digestivo. Se procedió a la realización de un cuestionario de percepción del dolor y de satisfacción, y se pasó el documento al paciente antes y posterior a la sedación, así como al endoscopista e intensivista que realizaban la técnica y la sedación. Se han recogido 103 sedaciones en un plazo de 6 meses sin rechazar ningún cuestionario y se han obtenido los resultados de las mismas.
Resultados: Sedaciones realizadas: 103 (33% Varones), con una edad media de 50,4 (Max 88- Min 16), y un tiempo medio por proceso de 28,43 min (60-6). Colonoscopias 91%, endoscopias 9%. Las sedaciones fueron realizadas por los facultativos de UCI. Se usan medias para calculo de resultados con un rango del 1 (Nada de dolor) al 10 (Dolor insoportable): a) Dolor que el paciente cree que va a tener antes de la sedación: 4,66. Dolor que ha tenido tras el procedimiento: 1,18. Satisfacción del endoscopista: 9,88. Dificultad para sedación del intensivista: 1,32. No hubo ninguna complicación en nuestra serie
Conclusiones:
La sedación realizada por intensivista en colonoscopias/endoscopias disminuyen la percepción de dolor en esos procedimientos
Los intensivistas podemos aportar al hospital mejoras en el dolor y percepción de técnicas invasivas en otras zonas de trabajo fuera de la UCI.
Es posible salir de nuestras UCIs, mejorando la calidad de ciertas técnicas de otras especialidades.
La satisfacción del endoscopista que realiza la técnica y la percepción del paciente son claves en la mejora de la calidad percibida.

56

"NARRACIONES LLENAS DE VIDA". UNA FOTO PANORÁMICA DE LA UCI EN 360°

Del Campo Molina, E; López Valero, M; Pedraza Hidalgo L; Ruiz Caballero, P; Aguilera Peña, M; Moreno Osuna, F.;
Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir. Hospital de Montilla (Córdoba).

ecampom@ephag.es

Introducción.
Si preguntásemos como es una UCI, podría verse diferente dependiendo de la vivencia que cada uno tenga. La realidad puede verse con una foto de 360° donde opinen profesionales, familiares y pacientes. Cada uno tendrá su propia vivencia..
Objetivos.
Poner en valor y dar una visión a la sociedad del trabajo realizado por los profesionales de UCI.
Conocer de primera mano las vivencias que ocurren en una UCI contadas por: Profesionales, Pacientes y Familiares de pacientes
Reconocimiento a un gran jefe de UCI dándole el nombre del proyecto
Metodología.
Grupo de trabajo multidisciplinar. Creación de un proyecto nacional basado en relatos de vivencias de profesionales, pacientes y familiares en su paso por una UCI, que posteriormente queden plasmados en un libro de relatos y representación de una obra de teatro basada en el conjunto de relatos. Mayo-Agosto 18: Difusión del proyecto: cartelería/internet. Septiembre 18: Presentación a la sociedad del proyecto. Septiembre-Noviembre 18: Recogida de relatos. Noviembre-Diciembre 18: Revisión de relatos para la edición del libro. Enero-Marzo19: Edición y maquetación del libro y 1ª reunión del Jurado.
Resultados.
Se recopilaron 92 relatos, de los cuales 90 fueron aptos. Se eligieron 42 relatos para publicación del libro "Narraciones llenas de Vida". De ellos se escogerán en Mayo los 6 mejores relatos que serán los premiados en el proyecto. Pendiente de realizarse: Mayo 19: Presentación del libro a la sociedad y 2ª reunión del jurado. 7 Junio 19: Presentación de Obra de teatro y entrega de premios
Discusión.
La lectura del libro nos hará comprender como se piensa en el otro lado, y que siente el paciente, el familiar y el profesional: Quizás entendiendo "al otro" podamos provocar una mejora en los aspectos humanos que aún faltan en nuestras UCIs.

57

HUMANIZANDO LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONARIOS Y CARDIOVASCULARES. HUCCA Y HUCICCV

Montserrat Venturas, Miguel Angel Gimenez Lajara, Clara Diago Crisol, Rosa María Jurado Artigas, Silvia Pérez-Ortega.
Instituto Clínic cardiovascular, Hospital Clínic Barcelona, Universidad de Barcelona, Universidad Castellón de la Plana (UJI).

mventuras@clinic.cat

Introducción
A partir de diciembre de 2018 se propone ampliación de los horarios de visita durante la tarde en las UCIs cardiovasculares de nuestro hospital.
Objetivos
Evaluar el grado de satisfacción del personal sanitario de la unidad cuidados cardiológicos agudos (UCCA) y UCI cardiovascular (UCICCV) previo y posterior a ampliación de horarios de visita.
Identificar las necesidades respecto a los horarios de visita que plantean las familias de pacientes ingresados en las UCIs de nuestro centro.
Metodología
Estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal.
Se realizaron entrevistas a familiares de pacientes ingresados en la UCCA y la UCICCV, previo a ampliación de horario de visitas y al mes. En los mismos periodos, se realizaron encuestas al personal de la UCCA y la UCICCV sobre los efectos de los horarios de visitas.
Resultados
Se realizaron 95 encuestas a profesionales. El 80% de profesionales lo consideran beneficioso para el paciente y familia, da mayor confianza a la familia 74% y mejora la comunicación 68%. Sin embargo, el 74% de los profesionales no se han visto beneficiados, refieren mayor carga de trabajo 73% y posponen cuidados enfermeros el 72%. El 88% considera que conlleva una segunda línea de cuidados a la familia y el 96% afirman que no han disminuido los cuidados básicos al paciente.
Se realizaron 93 entrevistas a familiares. El 100% está satisfecho con los cuidados ofrecidos al paciente, 35% está a favor de horarios sin restricciones, 45% desearía que se ampliase el turno de mañana y 78% querría implicarse en los cuidados de su familiar.
Discusión
Estos resultados nos plantean líneas de mejora para que el profesional pueda incluir la familia en los cuidados al paciente, sin que suponga una carga de trabajo, sino una colaboración. Se realizarán actividades en esta línea y se valorará de nuevo la satisfacción en 6 meses.
Bibliografía
- Grupo de trabajo de certificación de proyecto HU-I. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI; 2017 [acceso 31 de octubre de 2018]. Disponible en: https://humanizandoloscuidadosintensivos.com/wp-

content/uploads/2017/11/Manual-Buenas-Practicas-HUCI.pdf

- Consejería de sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan de humanización de la Asistencia sanitaria 2016-2019. Línea estratégica: Humanización en las unidades de cuidados intensivos. 129-168 [acceso 31 de octubre de 2018]. Disponible en: http://www.madrid.org/es/transparencia/sites/default/files/plan/document/881_232_bvcm017902_0.pdf
- G. Heras La Calle, C. Zaforteza Lallemand. HUCI se escribe con H de Humano. Enferm Intensiva 2014;25:123-4
- Meseguer González, Sílvia. Humanització de les unitats de cures intensives: necessitats de la família. Revisió bibliogràfica. 2017. Disponible en: http://hdl.handle.net/10230/32788
- Pérez MD, Rodriguez M, Fernández AI, Catalán M, Montejo JC. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. Med Intensiva. 2004;28(5): 237-49.
- Saralegui Gainza. Gestión del cambio en una Unidad de Cuidados Intensivos. Régimen de visitas en una UCI. De un modelo restrictivo, a un modelo permisivo. 2015. Disponible en: http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/18628/AmaiaSaraleguiGainza(TFM).pdf;sequence=4
- L. Marco Landa, I. Bermejillo Eguía, N. Garayalde Fernández de Pinedo, I. Sarrate Adot, M. A. Margall Coscojuela, M. C. Asiain Erro. Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras. Enferm Intensiva 2000;11(3):107-117
- Kirchhoff KT, Pugh E, Calame RM, Reynolds N. Nurses' beliefs and attitudes toward visiting in adult critical care settings. Am J Crit Care 1993;2:238-45.
- Errasti-Ibarrondo, S. Tricas-Sauras. La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. Enferm Intensiva. 2012;23(4):179---188
- Zaforteza Lallemand, A. García Mozo, R. Quintana Carbonero, C. Sánchez Calvín, E. Abadía Ortiz y J. Albert Miró Gay. Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿qué opinan los profesionales? Enferm Intensiva. 2010;21(2):52–57
- N. Ayllón GarridoAutor para correspondencianuria.ayllongarrido@osakidetza.net
  P. Montero Rus, M.I. Acebes Fernández, J. Sánchez Zugazua. Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales. Enferm Intensiva.2014;25(2):72-7

58

"PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN EL DUELO PERINATAL DESDE LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA"

Sonia Plasencia Ordúñez, Vanesa Muñoz Rodriguez, Ana Granado San Miguel, Milagros Abellán Durán.
Área Integrada de Talavera de la Reina. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

pfluriache@sescam.jccm.es

Introducción

Ante una pérdida perinatal, aparece la frustración de un proyecto.

El sufrimiento es un proceso psicológico, que en los casos de pérdida de un ser querido se denomina duelo.

También los profesionales que se enfrentan a situaciones en las que se ha producido una muerte, participan del sufrimiento de los familiares. Quedan así expuestos a diferentes emociones.

Por ello, la necesidad de protocolizar la atención y considerar los mecanismos y medios adecuados para minimizar el impacto de las emociones negativas, en los familiares y profesionales.

Objetivos

General.

Mejorar la asistencia prestada a la mujer, su pareja y familia ante situaciones de pérdida perinatal.

Específicos.

- Protocolizar la atención de los profesionales y promover su formación.
- Ofrecer una continuidad en la atención del proceso.
- Mejorar los cuidados ofrecidos en el proceso de pérdida gestacional.

Metodología

Se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar para elaborar el protocolo de atención al duelo perinatal que se puso en marcha en nuestro área sanitaria desde febrero de 2017.

Resultados

A día de hoy, se han incluido 26 mujeres en situación de pérdida a distintas edades gestacionales, así como también en pérdidas neonatales (3casos) o tras interrupciones voluntarias del embarazo (1 caso).

Discusión

Las mujeres y sus familias, han manifestado verbalmente la satisfacción general por el seguimiento de la situación de pérdida. Debemos confeccionar encuestas de satisfacción para evaluar la calidad de la atención.

Cuatro de las mujeres incluidas han podido recibir la atención psicológica que precisaban. Gracias a la inclusión en este protocolo, se vio la necesidad de seguimiento por parte de los profesionales de la unidad de salud mental pertenecientes al grupo tras evaluar los test que se incluyen dentro de las revisiones realizadas.

Los profesionales implicados reconocen haber mejorado su formación en el tema.

Bibliografía:

1.-OVIEDO SOTO, S, et al "Duelo materno por muerte perinatal" Revista Mexicana de Pediatría. Vol 76.

Núm. 5 Septiembre-octubre 2009 p 215.
2.-VEGA FRANCO, L. "Muerte perinatal: el duelo de los padres. Revista Mexicana de Pediatría Vol 76. Núm. 5 Septiembre-octubre 2009 Pp 203-204.
3.-http://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica_0.pdf
4.-Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica de autonomía del paciente
5.-Ley 5/2010 de derechos y deberes en materia de salud en el ámbito de Castilla-La Mancha
6.-BOE núm. 57, de 7 de marzo de 2016
7.-Informe UMAMANITA. Encuesta sobre la calidad de la atención sanitaria en casos de muerte intrauterina
8.-Guía de Atención Profesional a la Pérdida y el Duelo durante la Maternidad. Servicio Extremeño de Salud.
9.-Definiciones perinatológicas. 2004. Protocolos Asistenciales SEGO. Disponible en: www.sego.es.

59

EVALUACIÓN DE UN MÉTODO DE PREVENCIÓN DE INSATISFACCIÓN DE PACIENTES EN UN HOSPITAL DE CRÓNICOS, BASADO EN LA ENTREVISTA CONTINÚA.

Emérita Cuéllar Barrio, M.ª Teresa Gomis Mascarell, Jaume Morera Guitart
Hospital La Pedrera. Dénia.

gomis_mte@gva.es.

Introducción:
- Las entrevistas de satisfacción en salud, se utilizan para valorar la calidad percibida por los usuarios.
En nuestro hospital de crónicos, los pacientes ingresan en diferentes programas asistenciales: convalecencia, paliativos, daño cerebral y cuida.

Objetivos:
-Valorar , si la realización de entrevistas de satisfacción se asocia a una baja tasa de quejas , en relación al confort, hospitalidad y trato, en un hospital de pacientes crónicos .
- Mejorar la satisfacción del paciente ingresado, desde el punto de vista preventivo.

Material y métodos:
-Estudio transversal, realizado desde enero 2016- abril 2018, a todos los pacientes hospitalizados.
Se les realizó una entrevista de satisfacción, al ingreso, durante la hospitalización y al alta.
Se recogían diferentes ítems: hospitalidad, atención del personal, atención sanitaria, información, humanidad/ética, funcionamiento, instalaciones, accesibilidad y actividades-entretenimiento.

Resultados:
- Se realizaron 2069 entrevistas. Al paciente (78,6%), a terceros (21,4%).
- N.º de pacientes entrevistados 729, varones 439, mujeres 290. Edad media 68,7 años.
- Porcentaje de entrevistas realizadas en cada programa:

Convalecencia (91,61%), Paliativos (59,9%), Daño cerebral (88,8%), Cuida (81,89%).
- Media de entrevistas realizadas fué 3.
- Demora para realizar las entrevistas, fué 9,7 dias.
- N.° de quejas 110 (5,3%). Los resultados de los diferentes ítems fueron:
    - Hospitalidad 34 (30,9%)
    - Atención personal 20 (18,8%)
    - Inespecificas 14 (12,7%)
    - Instalaciones 11 (10%)
    -Atención sanitaria 9 (8,18%)
    - Humanidad/ ética 8 (7,27%).

Discusion:
- Se obtiene un nivel elevado de satisfacción (92%).
- La entrevista de satisfacción continuada, supone una herramienta preventiva de la insatisfacción durante la estancia hospitalaria, de pacientes crónicos.

Bibliografía:

- Protocolo del Servicio de Atención al Paciente (SAIP), del hospital de La Pedrera.
- Calidad percibida por los usuarios de un servicio de Medicina Interna tras 5 años de aplicación de una encuesta de satisfacción. J. García-Aparicio, J. Herrero-Herrero, L. Corral-Gudino, R. Jorge-Sánchez. Revista de calidad Asistencial. Volume 25, issue 2, March-April 2010, pages 97-105.
- Survey of satisfaction in hospitalized patients at a urology department. Arrebola-Pajares A, tejido-Sanchez A, Jimenez-Alcaide E, Medina-Polo J, perez-Cadavid S, Guerrero-Ramos F, Passas-Martínez JB, Díaz-González R. Arch Esp Urol .2014 Sep;67 (7):621-7.
- Patients perception of dignity in an Italian general hospital: a cross-sectional analysis. Ferri et al. BMC Health Services Research (2015) 15:41

60

¿ES POSIBLE DISMINUIR EL BURNOUT DEL EQUIPO ASISTENCIAL DE UNA UCI POLIVALENTE A TRAVÉS DEL "GRUPO DE REFLEXIÓN TIPO BALINT" COMO INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA? DOS AÑOS DE EXPERIENCIA.

Mariana Noya, Cecilia Pugliese, Ignacio Trujillo, Fanny Basigniani, Ariel Bango, Gastón Burghi.
CTI Asociación Médica de San José (AMSJ). Comisión de Humanización de la Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva.

marianananoya@hotmail.com

Introducción.
Las características del trabajo en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) lo transforman en uno de los sitios más estresantes de un hospital.
Los grupos de reflexión tipo Balint (GRTB) trabajan las repercusiones emocionales de la tarea.

Brindan herramientas, con el objetivo del autocuidado y la regulación emocional, intentando disminuir el estrés negativo.

Objetivos.

General:

Evaluar el impacto de un GRTB en el desarrollo de burnout.

Específicos:

Conocer el impacto de la intervención en cada una de las dimensiones del burnout.

Determinar la percepción de los trabajadores respecto a la utilidad de participar en el grupo.

Metodología.

Estudio prospectivo con una intervención consistente en la generación de un GRTB con los trabajadores de la UCI. El encuadre fue quincenal y abierto a todo el equipo asistencial. Se realizaron encuestas previo al inicio del GRTB (grupo A) y a los dos años de aplicar el GRTB (grupo B).

Resultados.

Se recabaron 29 encuestas en el grupo A y 19 en el grupo B.

No existieron diferencias en la presencia de burnout severo de acuerdo al grupo analizado (46% en el grupo A vs 44% en el grupo B, p=0,89). Tampoco existieron diferencias en las dimensiones de agotamiento profesional [15 (10-20) en el grupo A vs 17(14-20) en el grupo B, p=0,23] ni de despersonalización [10(5-12) en el grupo A vs 8(5-13) en el grupo B, p=0,9] . Los niveles de realización profesional fueron superiores en el grupo sometido a la intervención [34(29-37,5) grupo A vs 37 (35-42) grupo B, p=0,018].

El 93% del grupo A, y el 95% del grupo B (p=0,77) consideran útil el GRTB.

Conclusiones.

La participación en un GRTB no redujo el desarrollo de burnout, sin embargo mejoró la dimensión de realización personal.

La gran mayoría de los trabajadores considera útil la participación en un GRTB.

Bibliografía.

1)Maslach, C., et al. (2001). "Job burnout." Annu Rev Psychol 52: 397-422.

2) Maslach, C., Jackson, SE., Leiter MP. 1996. Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, CA: Consult. Psychol. Press. 3rd ed.

3)Tizon, J. L. (1993). "[The reflection groups in primary health care. I. Their origin]." Aten Primaria 11(6): 309-312.

4)Tizon, J. L. (2005). "[On Balint groups, the Balint movement, and care of the doctor-patient relationship]." Aten Primaria 36(8): 453-555.

5) Balint, M. El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Libros Básicos; 1960.

6) Moreno-Jimenez, B., et al. (2012). "A study of physicians' intention to quit: the role of burnout, commitment and difficult doctor-patient interactions." Psicothema 24(2): 263-270.

7)Burghi, G., et al. (2014). "Prevalence, risk factors and consequences of severe burnout syndrome in ICU." Intensive Care Med 40(11): 1785-1786.

8) Poncet, M. C., et al. (2007). "Burnout syndrome in critical care nursing staff." Am J Respir Crit Care Med 175(7): 698-704.

9)Heras, G. (2017). Humanizando los cuidados intensivos: Presente y futuro centrado en las

personas, Grupo distribuna.

61

VALORACIÓN DEL BURNOUT POR PROFESIONES EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS DE ADULTOS.

Maria Oliver Faubel, Oscar Espasa García, Pepe Alises, Elvira Corraliza
Hospital Universitari i Politècnic La Fe

marigolis@hotmail.com

Introducción:
El síndrome de Burnout es una respuesta al stress laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.
Christina Maslach lo presenta como un síndrome tridimensional que considera como dimensiones de análisis el agotamiento emocional (AE), la despersonalización (DP) y la realización personal (RP) , entre sujetos que trabajan en contacto directo con clientes o pacientes.
Bajo esta perspectiva, y al situarse el estudio dentro del programa de Humanización de las Unidades de Críticos en la comisión de Humanización del Profesional, se ha creído necesario realizar la valoración de los cuatro grupos profesionales que más interactúan en estas unidades: celadores, TCAE, enfermeras y médicos.
Objetivo
General:
Valorar el Síndrome de Burnout en una unidad de críticos por estamentos profesionales.
Objetivos Específicos:
- Describir el grado de cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal en el trabajo de una unidad de críticos, de cada tipo de profesionales, siendo estos celadores, TCAE, enfermeras y médicos.
- Ver si existen diferencias entre las distintas profesiones en cada apartado valorado.

Metodología:
Estudio descriptivo realizado en celadores, TCAE, enfermeras y médicos (muestra de 99 individuos) de la Unidad de Reanimación de adultos del Hospital La Fe de Valencia.
Se ha utilizado el MBI (Maslach Burnout Inventory) que evalúa los tres componentes del burnout.
Resultados:
Para valorar los resultados hemos tomado los establecidos por Gil Montes y Peiró, y que son en AE bajo nivel de Burnout <15, medio entre 16-24 y alto >25. Para DP, bajo<3, medio entre 4-9 y alto >10. Y RP sería >40 bajo, 34-39 medio y <34 bajo (teniendo en cuenta que este último ítem puntúa de modo inverso).
La valoración general será de Burnout alto, medio o bajo, cuando 2 o 3 dimensiones sean de grado alto, medio o bajo.

Los resultados según profesiones y por apartados valorados, nos demuestra que en el AE son los celadores los que mantienen un grado alto de burnout, situándose los otros tres estamentos en el grado medio. Y que respecto a la DP y la falta de RP son también los celadores los que se sitúan en un alto grado de sufrirlo, seguidos por los médicos, y dejando a TCAE y enfermeras en un grado medio otra vez.

Conclusiones:

Con los resultados obtenidos, podemos decir que el grado de burnout en esta unidad, es más alto en médicos y celadores, teniendo estos últimos mayor grado, pero sin descartar las otras dos profesiones que se sitúan en un grado medio.

Bibliografía:

1. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. 3nd ed. Palo Alto, Cal.: Consulting Psychologists Press, 1986.
2. Seisdedos N. MBI Inventario Burnout de Maslach. Adaptación al castellano. Tea ediciones. Madrid, 1997.
3. Gil-Monte, P. Síndrome de Quemarse por el Trabajo: Aproximaciones Teóricas, Explicación y Recomendaciones Para su Intervención. Documento Elaborado Para la OMS. 2002.

62

¡¡¡PROYECTO «SSSHHHH……SE DUERME!!!»

Gemma Guillaumet Justribó, Esther Rubio Díaz, Meritxell Capdevila Casòliva
Xarxa Assistencial Universitaria Manresa – Fundació Althaia.

gguillaumet@althaia.cat

Introducción

Un sueño reparador es la clave para que el cuerpo desempeñe su capacidad regenerativa con eficiencia.

Los pacientes que duermen menos de 5 horas seguidas, ven incrementada su mortalidad hasta 4 veces más, aumenta el delirium, etc…. son costes ocultos.

Una noche en el hospital nunca es agradable, pero es esencial que el sueño sea lo más reparador posible

Objetivos

Mejorar el descanso nocturno de forma ininterrumpida durante >5 horas.

Minimizar las interrupciones innecesarias durante el turno de noche.

Metodología

Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar.

En las reuniones se decidieron acciones para reducir interrupciones innecesarias durante la noche, como:

- Poner en el turno de noche, monitor en privacidad (silencio)
- Bajar persianas del box, sistemáticamente.

- Cerrar puertas del box.
- Temperatura adecuada en cada box según el paciente.
- Control del dolor.
- Parar dietas enterales durante la noche.
- Administrar medicación conciliadora del sueño.
- Cambios posturales para favorecer comodidad.
- Cambio horario RX y analíticas.
- Posibilidad que la familia se quede a dormir (disponemos de UCI abierta).
- Ofrecemos la posibilidad de tapones.
- Los carros de limpieza, el portatil de RX y en general todo el personal evitan pasar por las zonas donde los pacientes duermen.
- Instauración de reguladores de luz, en los boxes y en la zona de control.
-Eliminar el ruido de los aspiradores de los boxes.

El estudio se centró en la monitorización de estos indicadores:
Privacidad de los monitores.
Ofrecer tapones para los oídos.
Cerrar las puertas box.
Cerrar persianas box.
Es un estudio cuantitativo, con recogida de datos durante el año 2018, utilizando 64 observaciones directas durante 2 semanas entre los meses de mayo y diciembre, por los profesionales de enfermería del turno de noche de UCI.

Resultados

En la muestra obtenida de la intervención se ha observado una elevada adherencia en los indicadores estudiados:
- La privacidad del monitor se ha dado 71,8%.
- La puerta cerrada 75%
- Las persianas cerradas 90%
- Los tapones no se han colocado en un 95%, de los cuales un 50% ha sido por decisión del paciente.

Conclusiones

Con estos resultados y con la verbalización de los pacientes, de "haber descansado toda la noche seguida", vemos que nuestro objetivo se va cumpliendo en un 71'8%.
Este año 2019 hemos añadido la (RCSQ) Richmond Campbell Sleep Questionnaire, para valorar la calidad del sueño durante el ingreso.
Este proyecto ha sido bien acogido por los profesionales de noche, que están muy concienciados con el tema, por lo que nos ha sido fácil eliminar las interrupciones innecesarias.

Bibliografía

1-Raich RM, de la Calzada MD. El sueño y sus trastornos. Barcelona: Ediciones Martinez roca ; 1992.
2-Unidad de pacientes pluripatológicos estándares y recomendaciones. Agencia de calidad del SNS. Ministerio de sanidad y política social. 2009.
3-Aragón albillos P, Capella Trigo L, Fernández González Cuadrillero B, De Juana Morrondo S. Influencia de los factores ambientales en las alteraciones del sueño de los pacientes de la unidad

coronaria. Enferm Cardiol. 20111;18(53):40-44
4-Congreso Internacional Virtual de enfermería y fisioterapia Ciudad de Granada. Ascensión Gómez Alcántara.
5-ELSEVIER. Revista Científica de la Sociedad Española de enfermería Neurológica. Vol 0. Núm .34 2011. (29-56)
6- Kennedy K. Dormir bien toda la noche. Nursing, 23 (2005), pp. 44. Medline.

63

REHABILITACIÓN CARDÍACA GRUPAL INTRAHOSPITALARIA

Laura Merino Caro, Miguel Ángel Giménez Lajara, Montserrat Venturas Nieto, Neus Puig Serra, Judith Saura Araguas, Raquel Arranz Tolós
Hospital Clínic de Barcelona

rarranz@clinic.cat

Introducción
Desde diciembre del 2017 se ha ampliado el servicio de fisioterapia en los pacientes de cirugía cardiovascular en nuestro centro. Desde mediados de enero de 2018 se inició un programa de rehabilitación cardíaca grupal en la sala de hospitalización para poder tratar al máximo número de pacientes. El tratamiento es personalizado y se fomentan las relaciones entre pacientes, familiares y personal sanitario implicados en la recuperación integral del paciente.
Objetivos
Objetivo general: Analizar los resultados del incremento de fisioterapeutas en la sala de hospitalización.
Objetivo específico: Evaluar la adherencia del paciente al programa de rehabilitación grupal.
Metodología
Dos fisioterapeutas realizan la actividad grupal en la sala de hospitalización cardiovascular. Los pacientes incluidos están intervenidos de cirugía cardiaca. Se realizan 8 sesiones semanales en turnos de mañana y tarde con un máximo de 10 pacientes por grupo. La actividad se desarrolla en tres fases; ejercicios respiratorios, de fuerza muscular y actividad cardiovascular con una duración total de 45 minutos. Durante la actividad pueden estar presentes los familiares a los que se les integra y enseñan las pautas para continuar la rehabilitación en casa.
Resultados
El 50,97% de los pacientes realizaron rehabilitación cardíaca grupal y el otro 45,81% fisioterapia individual con un total de pacientes tratados del 100%. La adherencia al programa fue de un 80% (pacientes que hicieron 2 o más sesiones). El 90% de los familiares recibieron pautas de seguimiento domiciliario.
La demanda final de convalecencia disminuyó un 46 %.
Discusión

La integración y la inclusión familiar es fundamental para la mejora del paciente. La rehabilitación grupal mejora el estado anímico y seguridad del paciente, por lo que hemos iniciado un estudio para demostrar dichas mejoras. También la disminución de la demanda de convalecencia nos indica mayor seguridad y autonomía de cara a la alta domiciliaria.

Bibliografía:

1. Haykowsky KM, Daniel PS, Bhella PS, Sarma S, Kitzman DW. Exercise-Based Cardiac Rebilitation: ho, When, ¿And How Intense? J Can cardiol. 2016.Oct;32 (10 Suppl 2): S382-S387.
2. Maroto JM, Prados C. Rehabilitación cardíaca. Historia. Indicaciones. Protocolos En: Maroto JM, de Pablo C. Rehabilitación cardiovascular: ed medica Panamericana; 2011; p.3-15.
3. Pleguezuelos E, Miranda G, Ugarate A, Batlle J. Fisioterapia en el paciente ingresado. En: Pleguezuelos E, Miranda G, Gómez A, Capellas L. Principios de rehabilitación cardíaca. Ed. Panamericana. 2011. Madrid. pág 150-158.
4. Piepoli MF et al. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2010; 17:1-17.
5. Balady GJ et al. Circula Won. 2007; 115:2675-2682.

64

"LO IMPOSIBLE SÓLO TARDA UN POCO MÁS: ESTAMOS EN EL CAMINO...

Del Campo Molina E, López Valero M, Ramírez Pérez MA, Antúnez Miranda F, Rivera Espinar F, Aguilera Peña M.
Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir. Hospital de Montilla (Córdoba).

ecampom@ephag.es

Objetivo:
Valorar los cambios registrados en nuestro Hospital en humanización en UCI y urgencias desde que empezamos la implantación en 2015.

Material y **metodo**:
Resultados de los cambios registrados en humanización en nuestra Area desde el 2015 hasta la actualidad.

Resultados:
Pacientes/Familias
Acompañamiento de pacientes: Sin horarios. 24 h Puertas abiertas salvo excepciones por situaciones clínicas no recomendadas
Descansos de constantes nocturnas en determinados pacientes
Profesionales
Comunicación de tratamientos diarios entre Facultativo y enfermería: Firmas en hoja de tratamiento.
Procedimientos:

Acompañamiento de los últimos dias
Cama de últimos dias: Registro en base de datos
Atención Muerte inminente en urgencias.
Sujecciones mecánicas: Indicaciones
Decálogo de las buenas formas
Creación del Grupo de mejora de humanización
Plan de humanización hospitalario
Cursos a profesionales en temas de humanización y últimos días: Al menos 2 por año
Mejoras de contratos
Acondicionamiento del área
Acondicionamientos sonoros (UCI y Urgencias)
Medición de ruídos
Musica ambiental
Incorporación de Sonómetro luminoso
Vinilos en paredes de las habitaciones
Acondicionamiento ambiental nocturno: Ruidos y Luz
Pantalla de TV en la sala de espera
Botón antipánico para Seguridad en las consultas
Acondicionamiento:
Sala de observación de sillones y sillones nuevos
Sala de pediatría: Microondas, agua, juguetes.
Sala de lactancia. Apertura
Consultas médicas y enfermería: Puertas de Comunicación interna
Lo que falta:
Protección de la intimidad: puertas abiertas en ocasiones
Profesionales: Espacios, medición de cargas de trabajo
Procedimiento de información a familias conjunto: Pdte de implantar
Auditoría externa y nuevos retos
Conclusiones
Todo parecía difícil: Hemos empezado
Lo imposible no se alcanza sin empezar el camino
Ahora surgirán nuevas oportunidades y retos por conseguir

66

ESCUELA PRINCESA. PROGRAMA DE CUIDADOS DE FISIOTERAPIA PARA FAMILIARES. TALLER UCI.

Raquel López Fernández, María Luisa Jiménez Barcones, María Segura Pérez, Loreto Martín Téllez Meneses, Natalia González García, Enfermera, Pilar Martín Minguillan
H.U. La Princesa.

rlopezf@salud.madrid.org

Introducción:
Desde octubre de 2018, y englobado dentro del proyecto Escuela Princesa del H.U. La Princesa, se desarrolla un programa de talleres para familiares de pacientes en UCI, dentro de los cuales se imparten cuidados de Fisioterapia. Es fundamental brindarles apoyo en esta experiencia y considerarles como parte del equipo UCI con derecho a cuidar a su ser querido.
Objetivos:
Principal: Implicar a la familia en el cuidado del paciente para prevenir la Debilidad Muscular Adquirida (DAU) y las limitaciones articulares.
Secundario: Entrenar a los familiares en el manejo del paciente y proporcionar herramientas para evitar las consecuencias negativas en la salud del cuidador, ya que son población vulnerable.
Metodología:
Los talleres se realizan mensualmente y están dirigidos a familiares de pacientes con previsión de ingreso mayor de 48 horas en UCI. Impartidos por enfermería, TCAEs, trabajo social y fisioterapia con una charla teórica de 2 horas. Al día siguiente, los fisioterapeutas trabajan individualmente con pacientes y familiares, enseñando pautas de higiene postural, trabajo muscular y mantenimiento articular según lo permita y lo exija su situación clínica. La familia, al ser grupo de apoyo dentro del equipo UCI, tiene un papel relevante en la prevención del deterioro muscular y articular.
Resultados:
Desde octubre de 2018 hasta febrero de 2019 se han llevado a cabo 5 talleres. Los resultados de las evaluaciones son: Valoración global 9,2, profesorado 9,4, cuidados de fisioterapia 9,3.
Discusión:
Cuidar e implicar a la familia en el contexto UCI es tan importante como cuidar al paciente. Los familiares describen la experiencia de estos primeros talleres como muy satisfactoria, al brindarles la posibilidad de complementar los cuidados de fisioterapia y proporcionar herramientas en esta experiencia agotadora física y mentalmente. Aumenta la confianza en la relación terapéutica entre profesionales y familia.
Bibliografía:

- Plaszewka-Zywoko, L. & Gazda, D. (2012). Emotional reactions and needs of family members of ICU patients. Anaesthesiology Intensive Therapy, 44(3): 145-149. URL http://czasopisma.viamedica.pl/ait/article/view/19823/15534
- Davidson, J.E., Powers, K., Hedayat, K.M., Tieszen, M., Kon, A.A., Shepard, E., Spuhler, V.,Todres, I.D., Levy, M., Barr, J., Ghandi, R., Hirsch, G. & Armstrong, D. (2007). Clinical practice

guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit . Crit Care Med, 35(2): 605-622. URL: http://www.learnicu.org/docs/guidelines/patientcenteredintensive.pdf

- Stevens RD, Marshall SA, Cornblath DR, et al. A framework for diagnosing and classifying intensive care unit-acquired weakness.Crit Care Med. 2009; 37(10 Suppl):S299-308.
- Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. Lancet. 2009; 373(9678):1874-82
- Choi, J., Tate, J., Hoffman, L.A.,Schulz, R., Ren, D., Donahoe, M.P., Given, B. & Sherwood, PR. (2013). Fatigue in Family Caregivers of Adult Intensive Care Unit Survivors. Journal of Pain and Symptom Management, 48(3): 1-11. Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.09.018.

67

LA MUSICOTERAPIA EN LA DEMENCIA. REVISIÓN DE LAS ÚLTIMAS INVESTIGACIONES.

María Díaz Tabera, Ana Belén Pilo Castaño
Servicio Cántabro de Salud.

mdiaztabera.2@gmail.com

Introducción

La demencia es una enfermedad con una prevalencia elevada que afecta aproximadamente a 47 millones de personas, causando deterioro cognitivo y conductual, además de una serie de afecciones comportamentales y psicológicas. El abordaje farmacológico de estos síntomas ha demostrado poca efectividad, cobrando importancia las terapias no farmacológicas como la musicoterapia.

Objetivos

General

-Revisar los datos del último año sobre los efectos de la musicoterapia aplicados a personas con demencia.

Específicos

-Valorar la efectividad de la musicoterapia como intervención no farmacológica para tratar los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica que incluyó estudios realizados en el último año en las bases datos Pubmed, Cinahl y Cochrane con las palabras clave: "dementia" y "music therapy". Se seleccionaron 8 artículos por su relevancia, entre ellos una revisión sistemática que englobaba datos estadísticamente relevantes de la última década.

Resultados

Las intervenciones con música son efectivas a la hora de abordar los síntomas depresivos y de

estimular la memoria y el lenguaje. Sin embargo, los estudios no son concluyentes en cuanto a mejoras del comportamiento, la agitación o las funciones cognitivas; no pudiendo frenar la progresión de la enfermedad.

Las intervenciones participativas tuvieron un efecto positivo en la mejora del comportamiento social. En cuanto a la calidad de vida, se demostró que la musicoterapia en el domicilio puede retrasar la institucionalización y tener efectos relajantes que podrían influir indirectamente sobre ésta.

Discusión

La musicoterapia en la demencia es un tema ampliamente estudiado en los últimos años, pero son necesarios estudios de mayor calidad en cuanto a tipos de intervención, duración de las sesiones, efectividad a largo plazo y formación e identidad de los profesionales que la imparten; ya que los beneficios de la músicoterapia parecen ser múltiples, pero varían mucho entre investigaciones.

Bibliografía

1. Weise L, Jakob E, Töpfer N, Wilz G. Study protocol: individualized music for people with dmentia-improvement of quality of life and social participation for people with dementia in institutional care. BMC Geriatr. 2018;(18): p. 313.

2. Cho H. The Effects of Music Therapy-Singing Group on Quality of Life and Affect of Persons With Dementia: A Randomized Controlled Trial. Frontiers in Medicine. 2018 Oct; 5(279).

3. Ray K, Götell E. The Use of Music and Music Therapy in Ameliorating Depression Symptoms and Improving Well-Being in Nursing Home Residents With Dementia. Frontiers in Medicine. 2018 Oct; 5(287).

4. Vink A, Hanser S. Music-Based Therapeutic Interventions for People with Dementia: A Mini-Review. Medicines. 2018 Oct; 5(109).

5. van der Steen J, Smaling H, van der Wouden J, Bruinsma M, Scholten R, Vink A. Music-based therapeutic interventions for people with dementia. Cochrane Database of Systematic Review. 2018; 7(CD003477).

6. Raglio A, Filippi S, Leonardelli L, Trentini E, Bellandi D. The Global Music Approach to Dementia (GMA- D): evidences from a case report. Aging Clin Exp Res. 2018 Dec; 30(12).

7. Tsoi K, Chan J, Ng Y, Lee M, Kwok T, Wong S. Receptive Music Therapy Is More Effective than Interactive Music Therapy to Relieve Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Med Dir Assoc. 2018 Jul; 19(7).

8. Fulsar-Poli L, Bieleninik L, Brondino N, Chen X, Gold C. The effect of music therapy on cognitive functions in patients with dementia: a systematic review and meta-analysis. Aging Ment Health. 2018 Sept; 22(9).

69

UCI DE PUERTAS ABIERTAS: IMPLEMENTACIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID (CM)

Violeta Fernández Velasco, Irina Peláez Ortega.
H.U. 12 de octubre.

irina.p.o@hotmail.com

Introducción

Una de las líneas estratégicas que contempla el plan de humanización de la CCMM y el proyecto HU-CI es la "UCI de puertas abiertas".

Se propone la flexibilización de los horarios de visita como medida que mejora el bienestar del paciente, familiares y los profesionales.

Objetivos

Objetivo general: Evaluar el grado de implementación de la UCI de puertas abiertas en los hospitales de la CCMM.

Objetivos específicos: Identificar los horarios de visita de las UCI y comprobar la puesta en marcha de las recomendaciones del proyecto HU-CI y del plan de humanización de la CCMM.

Metodología

Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo, transversal realizado en el ámbito de 23 hospitales de Madrid durante marzo 2019, para valorar los horarios de visita en UCI a través de consulta telefónico y online, comparándolas con el Plan de Humanización.

Resultados

De las 25 UCI analizadas, el 52% tienen horarios de visita <6h; siendo <2h el 28%, de 2 (incluido) a 4h el 8%, de 4 (incluido) a 6h el 16%, de 6(incluido) a 8h el 12% y ≥8h el 36%. La media es de 6,291h; con una desviación típica (σ) de 5,15h.

Discusión

Este estudio alerta sobre la poca cantidad de hospitales con más de 6h de visita (48%). El Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 se plantea como objetivo que el 70-80% sean "UCI de puertas abiertas"; aunque no especifica el número de horas recomendadas.

Así mismo destaca la gran diferencia en horarios que existe para las visitas dependiendo del hospital (σ=5,15h), desde 1h como en el H.U. La Paz o el H.U. del Henares; hasta 24h como en el H.U. de Torrejón, siendo necesario valorar las dificultades en la implementación de dicha medida en el resto de hospitales.

Bibliografía

1.Heras La Calle, G. ; Gómez-Tello, V.; García-Salido A. Humanizacion en las unidades de cuidados intensivos. 2016;4–5. Available from: https://humanizandoloscuidadosintensivos.com/wp- content/uploads/2016/10/PlanHUCI.pdf

2.Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Disponible en: http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf

3.Salud SM de. Guía de acogida e información para pacientes hospitalizados y acompañantes. Madrid; 2013. p. 15.
4.Hospitales de la red del Servicio Madrileño de Salud [Internet]. Available from: http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/hospitales-red-servicio-madrileno- salud
5.JMV Bueno, JFP de Paula, JC Morales, NM Nogales, EPM López. Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España. Enferm intensiva.2005; 16 (2): 73-83

70

"DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE UN PLAN ESTRATÉGICO DE HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN INFANTIL Y JUVENIL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN"

Francisco Sánchez Molina, Irene Arjona Burgos, Antonio Jesús Rubio Domínguez, Gema María Pérez Godoy, Sandra Sánchez Pastrana, Pedro Manuel Castro Cobos.
Hospital Alta Resolución de Puente Genil. Unidad de Gestión clínica la Fuensanta. Córdoba

frsamo60@gmail.com

Introducción:
Entre los principios del II Plan Estratégico Nacional de infancia y adolescencia se encuentra el de participación, garantizando su derecho a tener un papel activo en los entornos en los que se desarrolla, promoviendo en cuanto a su salud una progresiva autonomía y corresponsabilidad, con información y atención adecuadas a su edad y desarrollo.
Objetivos:
Diseñar estrategias que garanticen derecho de los menores a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades de su edad, desarrollo mental, madurez y estado afectivo y psicológico:
- Favorecer la adaptación a nuestros centros sanitarios reduciendo la creencia de hospital como un entorno inseguro
- Preparar emocionalmente para que puedan afrontar los acontecimientos estresantes derivados de las técnicas sanitarias
- Impulsar la participación en sus cuidados potenciando la toma de decisiones compartidas

Metodología:
- Análisis de situación, recabando expectativas, necesidades, demandas e intereses de menores y familiares de nuestra área sanitaria
- Constitución de grupos multidisciplinares y análisis DAFO permitiendo articular plan estratégico de buenas prácticas
- Desarrollo de espacios separados destinados a atención infantil. Sensibilización y formación del personal
- Implantación y seguimiento mediante indicadores acordes

- Evaluación

Resultados:

Actualmente en seguimiento, los resultados preliminares indican una reducción del impacto emocional, rapidez en la recuperación de la salud y disminución de reconsultas, permitiendo mejoras en momentos claves como la acogida, la atención, el tratamiento o la observación

Discusion:

La puesta en marcha de la política de atención integral a la infancia requiere una serie de cambios funcionales y estructurales para poder garantizar la implantación de un proceso asistencial adaptado a sus necesidades, desarrollo mental, edad, estado afectivo y psicológico donde los y las menores pasan a ser protagonistas de sus cuidados en un ambiente donde poder expresarse, informarse y explorar sobre su estado de salud, tratamientos o técnicas que se le van a realizar

Bibliografia:

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. II PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA 2013 – 2016. Consejo de ministros del 5 de abril del año 2013
- Noreña-Peña, Ana; Cibanal Juan, Luis. El contexto de la interacción comunicativa: factores que influyen en la comunicación entre los profesionales de enfermería y los niños hospitalizados. Cultura de los cuidados. Año XII, n. 23 (1. semestre 2008). ISSN 1138-1728, pp. 70-79
- Rosario Velázquez González1, Jesús María Flores Caraballo1, María Dolores Picallos Conde1, María Jesús Albar Marín. Experiencias de niños hospitalizados en unidades de pediatría del Hospital Virgen Macarena. Revista de enfermería Index Enferm vol.18 no.4. Granada oct./dic. 2009.
- Velásquez Aguilar, L. O. Niños hospitalizados: Guía de intervención psicológica en pacientes infantiles. (Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas - UPC. Editorial UPC, Ed.) (Primera ed.). Lima. Retrieved from http://hdl.handle.net/10757/338232. (2014).
- Floyd Rebollo, Michelle; Dago Elorza, Rosario. The importance of good communication between the physician and the child, the family and other professionals. Revista nacional e internacional de educación inclusiva ISSN (impreso): 1889-4208. Volumen 7, Número 3, Noviembre 2014
- Council on Children with Disabilities. Care Coordination in the Medical Home: Integrating Health and Related Systems of Care for Children with Special Health Care Needs. Pediatrics, 116, 1238-1244. (2005)

71

"DIFERENCIACIÓN DE UN ÁREA ESPECÍFICA DE ATENCIÓN INFANTIL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. ADAPTANDO EL MEDIO A LAS NECESIDADES DEL PACIENTE MENOR DE EDAD".

Francisco Sánchez Molina, Antonio Jesús Rubio Domínguez, Irene Arjona Burgos, María Pérez Godoy, Amalia N. Pastrana Sánchez-Crespo, Pedro Manuel Castro Cobos.
Hospital Alta Resolución de Puente Genil

frsamo60@gmail.com

Introducción:
La Carta Europea de los derechos del niño hospitalizado exhorta a recibir una atención sanitaria en un entorno adaptado a su edad, desarrollo mental, estado afectivo y psicológico, precisando que los recursos que se utilicen tengan en cuenta su edad, género, personalidad, y condiciones socioculturales.
Exponemos la adaptación de un Servicio de Urgencias con admisión única a uno con un circuito de atención infantil diferenciado

Objetivos

- Potenciar un enfoque biopsicosocial en la asistencia capaz de disminuir o eliminar el impacto emocional que supone el ingreso en un centro sanitario
- Instaurar un cambio en el paradigma de la atención infantil donde los menores pasan a ser protagonistas en un ambiente amigable, lúdico y de entretenimiento adaptado a sus intereses.
- Ofrecer una respuesta al marco legal de referencia que regula el derecho de los menores de edad a recibir información sanitaria adaptada a sus necesidades.

Metodologia
Constituidos grupos multidisciplinares se diseñó, planificó y acordó toda la metodología organizativa del nuevo Circuito Infantil, realizando un estudio arquitectónico del servicio y asegurando que dichos cambios fuesen factibles
Creación de una sala de observación infantil para desarrollar los cuidados y administrar los tratamientos, una sala de espera diferenciada y una consulta de atención, todo ello amueblado y equipado con material de carácter educativo y lúdico
Seguimiento y evaluación continua de los resultados del nuevo área específico

Resultados
Hemos avanzado en la promoción del ámbito hospitalario como un lugar amigable para niños, de manera que puedan recibir atención sanitaria en un espacio lúdico y de entretenimiento capaz de disminuir el estado de ansiedad y miedo propio de la aplicación de tratamientos

Discusión:
Factores como inmadurez o la limitada capacidad de adaptación a un entorno extraño estresante pueden tener consecuencias negativas en el desarrollo normal psicológico, social y educativo, manifestándose en forma de ansiedad, temor, alteraciones del sueño, etc

Bibliografia:

- Carta europea de los niños hospitalizados. Resolución del Parlamento Europeo A2- 25/86, de 13 de mayo de 1986
- Fernández – Castillo, A. y López- Naranjo, I. Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización. Internacional Journal of Clinical and Health Psychology,6,3,631-645. 2006
- Giselle Silva Panez. Las vivencias de los niños hospitalizados desde sus dibujos y testimonios. Institutos de estudios peruanos. ISBN: 978-9972-51-356-5. Año 2012
- Pelander T, Lehtonen K, Leino-Kilpi H. Children in the hospital: elements of quality in drawings. International Pediatric Nursing 2007; 22: 333-341.
- Ortigosa, J. M., Astilleros, M. J., Gutierrez, M. A. y Riquelme, A. (2006) Valoración de un programa para el tratamiento de la ansiedad prequirúrgica infantil: el papel del juego y la distracción. Comunicación presentada en VIII Congreso Internacional sobre Estudio de la Conducta. Santiago de Compostela
- Ortigosa Quiles, Juan Manuel; Méndez Carrillo, Francisco Xavier y Riquelme Marín, Antonio. Hospitalización pediátrica: aplicación de los programas de preparación psicológica. Revista información psicológica nº 90 • maig-agost 2007 • pàgines 48-59

73

HUMANIZANDO UN SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Clara Olveira Lorenzo, Esther García Santiso, Paloma González Ramos
Xestión Integrada de A Coruña XXIAC.

clara.olveira.lorenzo@sergas.es

Introduccion

El actuar de manera humana y empática es algo inherente al desempeño de nuestra profesión, y cobra especial relevancia en el ámbito de la atención primaria (AP), contacto básico de las personas con el sistema sanitario. Sin embargo, la atención está condicionada en ocasiones por muchas variables y conocerlas es la base para planificar y proponer acciones de mejora que mejoren la humanización.

Objetivos Generales Y **Específicos**

Objetivo General: Elaborar un Plan de Humanización en un Servicio de Atención Primaria

Objetivos Específicos:

Identificar los aspectos que condicionan un ambiente humanizado en atención primaria.

Dar voz a las personas: profesionales, usuarios/as y familias; y hacerlos partícipes de las propuestas de actuación.

Metodologia

El estudio se realizó en 2018-2019 en el SAP de Culleredo, que da cobertura a 29.875 personas en 3

centros de salud, basado en cuatro fuentes de información:
- Revisión bibliográfica: comunicación y humanización en AP
- Encuestas de satisfacción a usuarios/as y familias: Encuesta autoaplicada, validada, anónima y voluntaria, para un tamaño muestral calculado con un IC del 95% y una p<0,05.
- Encuestas a todos los profesionales del centro. Encuestas diseñadas y validadas previamente en un grupo focal. Autoaplicadas, anónimas y voluntarias. Respuesta del 60%, ajustada al IC y p definidos.
- Valoración por un grupo de análisis de calidad, externo al centro, de aspectos de: infraestructura, desplazamientos, señalización, comunicación, privacidad e intimidad, tiempos de espera, atención, información y organización interna mediante un protocolo validado.

Resultados Y Discusión

El resultado global de satisfacción obtenido de la encuesta de pacientes fue muy elevado; como líneas de mejora señalaron la accesibilidad, el respeto a la intimidad y la necesidad de incrementar la dotación de personal de los equipos, entre otras.
Los profesionales apuntaron a mejoras en su formación en habilidades de comunicación, y necesidad de mejoras en la señalización interna y externa del centro.
En la evaluación objetiva realizada por el grupo de análisis se identificaron líneas de mejora en señalización, accesibilidad e información.

Conclusiones

El diseño y planificación de medidas de actuación en humanización puede ser subjetivo, y el analizarlo con criterios evaluables y medibles no siempre es sencillo. Utilizando herramientas objetivas y, sobre todo, teniendo en cuenta a las personas (profesionales y usuarios), se pueden diseñar líneas de trabajo eficaces y adaptadas a la realidad del entorno sanitario para el que se elaboran.

74

NECESIDADES Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL CUIDADO DE LOS PACIENTES CRÍTICOS EN PROCESO DE FIN DE VIDA.

Ricardo Castro López, Katia Villarroel Heinrich, María José San Martín, Vanessa Oviedo Alvarez, Margarita Bernales, Paula Repetto.
Hospital Clínico Red de Salud UC- Christus, Chile. Pontificia Universidad Católica de Chile.

voviedo@uc.cl

Introducción

El cuidado del paciente crítico general es complejo, y puede serlo aun más si está en proceso de fallecimiento. En este escenario aparecen nuevas necesidades y deben emerger estrategias de afrontamiento1. No obstante, el despliegue de estas estrategias depende usualmente de habilidades individuales, lo que se torna desgastante para el personal, e incluso impactarle emocionalmente.

Esto puede afectar negativamente la calidad del cuidado entregado a los pacientes y sus familias2.

Objetivos

General: Proveer cuidados orientados a las necesidades del paciente en proceso de fallecimiento y de su familia.

Específico: Explorar las necesidades y estrategias de afrontamiento usadas por el personal de la UCI frente a un proceso de fin de vida de un paciente.

Metodología

Estudio cualitativo constructivista, collective-case. Se hicieron diez entrevistas semiestructuradas a personal sanitario de la UCI, siete enfermeras y 3 médicos. Entrevistas se transcribieron y analizaron según metodología cualitativa. Se construyó un codebook (objetivos, preguntas, códigos, subcódigos).

Resultados

Los sujetos del estudio fueron 70% mujeres, edad promedio 36.7 ± 8.2 años, experiencia en UCI 11.1 ± 8.2 años. Las necesidades identificadas fueron: a) falta de herramientas para contener emocionalmente al entregar malas noticias y para manejo del duelo personal; b) consistencia en el manejo del paciente por parte de todo el equipo sanitario; c) sesiones regulares de entrenamiento con un profesional psicólogo.

Entre las estrategias de afrontamiento destacan: a) rituales de cierre; b) ir a un lugar quieto para pensar y pasar tiempo; c) compartir estas vivencias con "figuras significativas".

Discusión

Las necesidades básicas de los pacientes en proceso de fin de vida y de sus familiares son razonablemente identificadas y provistas. Sin embargo, las necesidades del personal sanitario, así como sus estrategias de afrontamiento son sub-reconocidas. El personal sanitario de la UCI necesita urgentemente entrenamiento básico en contención emocional, autocuidado y estrategias de afrontamiento.

Bibliografía

1 Blinderman, C. D., & Billings, J. A. (2015). Comfort Care for Patients Dying in the Hospital. N Engl J Med, 373(26), 2549-2561. doi:10.1056/NEJMra1411746

Curtis, J. R., & Vincent, J. L. (2010). Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit.

2 Khandelwal, N., Engelberg, R. A., Benkeser, D. C., Coe, N. B., & Curtis, J. R. (2014). End-of-life expenditure in the ICU and perceived quality of dying. Chest, 146(6), 1594-1603. doi:10.1378/chest.14-0182

75

DIAGNÓSTICO DE LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO HUMANIZADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO.

Vanessa Oviedo Alvarez, Ricardo Castro López, Alejandro Bruhn Cruz, Noskar Navarro Vera, Pontificia Universidad Católica de Chile. Hospital Clínico Red de Salud UC- Christus, Chile.

voviedo@uc.cl

Introducción

En la actualidad, los ejes de la atención sanitaria han cambiado, reenfocándose ahora en la interacción dinámica entre personas con roles específicos1. La humanización nos entrega una visión multidimensional de la atención de salud que responde a estas demandas actuales. Resulta esencial dimensionar el estado actual de las prácticas de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), desde la percepción del equipo de salud.

Objetivos:

General: Diagnosticar el nivel de cuidado humanizado entregado en una UCI desde la percepción del equipo de salud.

Específico: Diseñar una encuesta de percepción de las prácticas de cuidado humanizado a partir de las Dimensiones del Proyecto HUCI2, con una representación gráfica asociada.

Metodología

Estudio descriptivo. Se confeccionó una encuesta a través de un proceso iterativo, formulando preguntas que captaran el estado actual de cada dimensión del Proyecto HUCI. El instrumento fue revisado por expertos profesionales del equipo de UCI y posteriormente aplicado a los integrantes del equipo de salud.

Resultados

Se recibieron 51 encuestas. El rango etario de los participantes fluctuó entre 21-60 años [21-29 años (29%); 30-39 años (45%)]. La experiencia en UCI fluctuó entre 1-15 años [1-5 años (40%); 6-10 (27%)]. La distribución según actividad correspondió a paramédicos (38%), enfermeros (34%), médicos (18%), otros (10%).

Las dimensiones con mayor cumplimiento observado ("siempre/casi siempre") fueron: Manejo De Situaciones Terminales (78,4%); Síndrome Post-UCI (80%); Bienestar y Satisfacción Del Paciente (81.1%); UCI De Puertas Abiertas (80%). Las dimensiones con menor cumplimiento observado ("a veces/nunca") fueron: Cuidados del Profesional (10,2%) y Participación De La Familia (13,1%).

Discusión

Este instrumento permitió conocer la percepción del personal sanitario respecto de hasta qué punto las dimensiones de la humanización han permeado su trabajo diario en la UCI. Este puede ser un punto de partida para visibilizar prioridades a trabajar en el ámbito de la humanización.

Bibliografía

1.- Cañete Villafranca R, Guilhem D, Brito Pérez K. Paternalismo médico. revmedicaelectronica [Internet]. 2014; 35(2).

2.- Heras G. Humanizando los Cuidados Intensivos. Bogotá: Distribuna Editorial, 2016.

76

VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIONES EN EL LABORATORIO DE ARRITMIAS

Diago Crisol C, Cano Valls A, Niebla Bellido M, Domingo Criado R, Matas Avella M, Pérez Ortega S.
ICCV. Hospital Clínic de Barcelona

cdiago@clinic.cat

Introducción

En los laboratorios de electrofisiología se realizan diferentes tipos de procedimientos invasivos1-2, cómo en muchos quirófanos, puede existir despersonalización de la persona intervenida3.

Objetivos

Evaluar el grado de satisfacción en los pacientes sometidos a intervenciones en el laboratorio de electrofisiología, identificar si existe despersonalización y valorar posibles deficiencias.

Metodología

Tras revisión bibliográfica se elaboró un cuestionario "ad hoc", que cumplimentaron 81 pacientes de manera consecutiva, tras algún procedimiento en el laboratorio.

Resultados

La media de edad fue de 63 años, un 60.5% fueron varones y el tiempo medio de intervención fue de 84 minutos. Los pacientes valoraron 9,5/10 la atención enfermera y 9,4/10 la médica. El 98% fue llamado por su nombre. En cuanto a sugerencias: lo que más gustó fue el trato 32% y lo que menos la baja temperatura del quirófano 9%.

Discusión

El grado de satisfacción en cuanto a información, conocimiento del personal sanitario, comodidad y atención fue valorado positivamente por los pacientes. Y aunque no es posible modificar la temperatura del quirófano, se trabaja en mejorar el confort de los pacientes.

Bibliografía

1 Cynthia M. Tracy, Andrew E. Epstein, Dawood Darbar, John P. DiMarco, Sandra B. Dunbar, N.A. Mark EstesIII, et al. 2012 ACCF/AHA/HRS Focused Update Incorporated Into the ACCF/AHA/HRS 2008 Guidelines for Device-Based Therapy of Cardiac Rhythm Abnormalities. Circulation. October 2, 2012 Vol 126, Issue 14

2 Keegan R, Aguinaga L, Secchi J, Valentino M, Femenía F, Del Río A, De Feo M, Bravo A, Martellotto A. Guía para la ablación por catéter de arritmias cardíacas. Rev Fed Arg Cardiol. 2011; 40 (4): 391-406

3 Heluy de Castro C., Efigênia de Faria T., Felipe Cabañero R., Castelló Cabo M.. Humanización de la Atención de Enfermería en el Quirófano. Index Enferm [Internet]. 2004 [citado 2019 Feb 13] ; 13(44-45): 18-20. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-

29620040001000048lng=es.
4 Ibarrola S, Beortegui E, Oroviogoicoechea C, Vázquez M. Evaluación de la satisfacción con los cuidados de enfermería en el área de hospitalización de cardiología. Enferm Cardiol. 2011; Año XVIII (53):27-33
5 J.J. Mira, J. Aranaz. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Med Clin (Barc), 114 (2000), pp. 26-33

77

"EL PSICÓLOGO EN UCI: DEL DESEO A LA REALIDAD"

Macarena Gálvez Herrer, Noelia González Sedeño, Beatriz Chaves Cuñado, Ángela Alonso Ovies, Carlos Velayos Amo, Joaquín Álvarez Rodríguez
Hospital Universitario de Fuenlabrada.

noephl@yahoo.es

Introducción
La UCI implica un elevado estrés y carga emocional para pacientes y familiares, pero también para los profesionales, que con frecuencia sufren "burn-out". La inclusión de Psicólogos en los equipos es una necesidad que beneficia a los tres grupos. Su participación es múltiple, desde la intervención directa durante el ingreso con pacientes/familias, como la dirección de grupos de apoyo para expacientes, familiares y profesionales. La reciente incorporación de una Psicóloga al equipo en el H.U. Fuenlabrada, dentro del Proyecto InnovaHUCI, nos permite afrontar estos retos.
Objetivos
Descripción de la intervención psicológica en una UCI polivalente y su puesta en marcha.
Metodología
Estudio descriptivo de actividad. Intervenciones psicológicas con metodología mixta (entrevistas individuales y grupos de apoyo)
Resultados
Actividad de la Psicóloga: 1 día/semana
1) Grupos Apoyo de Pacientes y familiares post-UCI:
- Objetivos: facilitar una continuidad de cuidados post-UCI, manejo de dificultades cognitivas y emocionales, detección temprana de alteraciones de salud mental y Síndrome Post-UCI, manejo de dificultades de reintegración a la vida y el trabajo, desarrollo de habilidades de afrontamiento de la vida familiar y personal.
- Actividad:

a. "Grupos de apoyo ex-pacientes": desde nov'18: 5 reuniones. Participación progresiva de ex-pacientes (de 3 a 7)
b. Escalas de resiliencia (CD-RISC21) a ex-pacientes: 7
c. "Grupos de apoyo a familiares": desde feb'19: 2 reuniones

2) Familiares y pacientes en planta tras alta de UCI:

- Objetivos: como apartado anterior.
- Actividad: Desde feb'19: 3 entrevistas.

3) Familiares y pacientes en UCI:

- Objetivos: Manejo de la carga emocional asociada a la vivencia de UCI, cuidado de vínculos y comunicación intra-familiar, aceptación y manejo del cambio de roles familiares, detección de participantes para los Grupos de Apoyo Post-UCI
- Actividad:

a. "Entrevistas individuales": desde feb19: 10 (familiares/pacientes)

4) Profesionales:

- Objetivos: Atención y soporte emocional frente a situaciones profesionales estresantes, trabajo sobre la distancia emocional con familiares/pacientes, motivación intrínseca del trabajo en UCI, ajuste de expectativas y sentido de la profesión, debriefring ante situaciones críticas.
- Actividad: desde feb'19: 2 reuniones

Discusión

La inclusión de un psicólogo en UCI abre múltiples posibilidades para una atención más completa y humana a los pacientes críticos y sus familias y para el cuidado de los profesionales.

Bibliografía:

- Bienvenu OJ, Jones C, Hopkins RO (Eds.). Psichological and Cognitive Impact of Critical Illness. Oxford: Oxford University Press, 2017.
- Heras G, y Miembros del Proyecto HUCI. Humanizando los Cuidados Intensivos. Presente y futuro centrado en las personas. Bogotá, Colombia: Distribuna Editorial, 2017.
- Mikkelsen ME, Jackson JC, Hopkins RO, et al. Peer Support as a Novel Strategy to Mitigate Post–Intensive Care Syndrome. Advanced Critical Care 2016; 27(2):221-229.
- Netzer G (Ed.). Families in the ICU. A Guide to Understanding, Engaging and Supporting at the Bedside. Switzerland: Springer, 2018.
- Oliveira L, Medeiros M, Barbosa MA, Siqueira K, Oliveira P, Munari D. Support group as embracement strategy for relatives of patients in Intensive Care Unit. Rev Esc Enferm 2010; 44(2): 429-436.
- The Intensive Care Foundation and ICUsteps. Guide setting up a patients and relatives intensive care support group. Disponible en: https://icusteps.org/support
- McPeake J, Hirshberg EL, Christie LM, et al. Models of Peer Support to Remediate Post-Intensive Care Syndrome: A Report Developed by the Society of Critical Care Medicine Thrive International Peer Support Collaborative. Crit Care Med. 2019; 47(1): e21-e27.
- Haines KJ, Beesley SJ, Hopkins RO, et al. Peer suport in critical care: a systematic review. Crit Care Med. 2018; 46(9):1522-1531.

78

PUESTA EN MARCHA DE UN GRUPO COLABORATIVO PARA LA PREVENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME POST CUIDADOS INTENSIVOS (SPCI): DEL THRIVE A ÍTACA.

Carlos Velayos, Ángela Alonso, María Ángeles de la Torre, Raquel del Olmo, Beatriz Nieto, Enrique García
Hospital Universitario de Fuenlabrada

cvelayos@yahoo.es

Introducción

La iniciativa Thrive de la Society of Critical Care Medicine (SCCM) reúne distintos proyectos de seguimiento PostUCI del mundo anglosajón para trabajar de forma coordinada.
Inspirado en el Thrive presentamos un proyecto para la creación de un grupo de colaboración y trabajo común para la atención integral del SPCI entre distintos Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de los países de lengua española: Grupo Colaborativo Ítaca.

Objetivos:

- Mejorar el conocimiento del SPCI en pacientes y familiares (SPCI-F).
- Mejorar el pronóstico y calidad de vida de los pacientes y sus familias tras un ingreso en UCI mediante la intervención de un equipo multidisciplinar liderado por Medicina Intensiva.
- Estandarizar las mejores prácticas en prevención, diagnóstico, seguimiento y tratamiento del SPCI.
- Disponer de una base de datos común de pacientes en seguimiento para la investigación y publicación.

Metodología

Cualquier UCI puede solicitar su incorporación al grupo presentando un proyecto de prevención y seguimiento del SPCI. En la solicitud se recogerá la declaración de compromiso de participar en el cauce propuesto, puesta en común de datos de seguimiento y descripción del contexto institucional, equipo humano responsable, modelo de prevención y seguimiento (rol de cada miembro del equipo), cronograma del proyecto y cómo la participación en el grupo puede mejorar el proyecto local.
La incorporación al Grupo Colaborativo Ítaca implica:

- Participar en un foro de discusión para consultar dudas, soluciones e información relevante en el SPCI.
- Participar en reuniones mensuales mediante videoconferencias para la puesta en común de avances y dificultades en cada proyecto.
- Participar en las II Jornadas anuales de SPCI: 1er día reunión de proyectos del Grupo Ítaca y 2° día para ponencias.
- Recoger y disponer de los datos para poder investigar, mejorar nuestro conocimiento y publicar resultados.

Resultados:

Un equipo de coordinación está poniendo en marcha toda la infraestructura necesaria para el funcionamiento del grupo (foro, videoconferencias, base de datos y las II Jornadas anuales de SPCI en Nov´19).

Discusión:

La creación de este grupo va a permitir mejorar nuestro conocimiento del SPCI y avanzar con criterios y herramientas comunes en su prevención y seguimiento.

Se trabajará en línea con la Humanización de los Cuidados Intensivos que lidera el Proyecto HU-CI, inspirados en el Thrive de la SCCM y facilitando la participación de las sociedades científicas de FEPIMCTI.

Bibliografía:

- https://www.sccm.org/Research/Quality/THRIVE https://www.sccm.org/Research/Quality/THRIVE/THRIVE-Post-ICU-Clinic-Collaborative
- Needham DM, Davidson J, Cohen H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. Crit Care Med. 2012 Feb;40 (2):502-9
- Extremera P, Añón JM, García de Lorenzo A. Are outpatient clinics justified in intensive care medicine? Med Intensiva. 2017 [Epub ahead of print] DOI: 10.1016/j.medin.2017.07.010.
- Kuehn BM. Clinics Aim to Improve Post-ICU Recovery. JAMA. 2019 Feb 27. doi: 10.1001/jama.2019.0420. [Epub ahead of print]
- McPeake J, Hirshberg EL, Christie LM, et al. Models of Peer Support to Remediate Post-Intensive Care Syndrome: A Report Developed by the Society of Critical Care Medicine Thrive International Peer Support Collaborative. Crit Care Med. 2019 Jan;47(1):e21-e27.
- Busico M, das Neves A, Carini F, et al. Follow-up program after intensive care unit discharge. Med Intensiva. 2019 Mar 1. S0210-5691(19
- Haines KJ, Beesley SJ, Hopkins RO, et al. Peer Support in Critical Care: A Systematic Review. Crit Care Med. 2018 Sep;46(9):1522-1531.
- McPeake J, Mikkelsen ME. The Evolution of Post Intensive Care Syndrome. Crit Care Med. 2018 Sep;46(9):1551-1552.
- Schofield-Robinson OJ, Lewis SR, Smith AF, McPeake J, Alderson P. Follow-up services for improving long- term outcomes in intensive care unit (ICU) survivors. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Nov 2;11: CD012701.

79

RESULTADOS DEL PRIMER AÑO DEL PROYECTO INNOVAHUCI: PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME POSTCUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA (HUMANIZANDO LOS CUIDADOS INTENSIVOS).

Beatriz Nieto, Gemma Arellano, Marcos Rubio, Tomasa Martínez, María Ángeles de la Torre, Carlos Velayos.
Proyecto InnovaHUCI. Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid).

b.nietom@gmail.com

Introducción:
El Proyecto InnovaHUCI se puso en marcha en Marzo´18 con el objetivo de realizar un abordaje integral del Síndrome post Cuidados Intensivos (SPCI).
Objetivos:
Describir la puesta en marcha del plan de atención integral al SPCI en el primer año.
Metodología:
Partiendo de una revisión bibliográfica se diseñaron las medidas con mayor evidencia para una atención óptima al SPCI. Un año después presentamos las medidas logradas y aquellas todavía pendientes.
Resultados:
Durante este primer año se han implantado las siguientes medidas:
1. Prevención del SPCI: Según las recomendaciones de "ICU liberation" asociamos a las estrategias previas que llevábamos a cabo de A,B,C con:
a. D: Prevención del delirium:
i. Reforma estructural de la UCI destinada a mejorar el confort de pacientes y familiares (cierre de boxes, instalación de vinilos, TV, reforma de la sala de estar),
ii. Protocolo de Paseos,
iii. Incorporación de Dexmedetomidina para manejo farmacológico del delirium. iv. Intervención psicológica temprana a pacientes ingresados en UCI y familiares.
b. E: Implicación (Engagement) de las familias:
i. App FamiliaresHUCI Fuenlabrada. Actualizada a la v9.9 con >500 descargas.
ii. Diarios de UCI: 8 diarios escritos por familiares y sanitarios, iii. Flexibilización de los horarios de visita,
2. Diagnóstico y tratamiento del SPCI:
a. Consulta de seguimiento Post-UCI tras el alta hospitalaria con valoración del área funcional, cognitiva, psicológica y nutricional para diagnóstico y tratamiento del SPCI. 34 pacientes valorados con un 60% de necesidad de seguimiento.
b. Grupos de Soporte para Ex-pacientes de UCI y Familiares dirigidos por una Psicóloga desde Nov´18.
3. Concienciación y difusión

a. Primeras Jornadas Nacionales del SPCI con >250 participantes Nov´18.
b. Difusión y sensibilización en medios de comunicación y RRSS (1200 seguidores en Twitter). c. Premio Proyecto Adulto del Hospital Optimista´18.

4. Integración en la iniciativa ThriveICU de la SCCM. En fase de desarrollo están las siguientes medidas:

1. Programa de movilización precoz en colaboración con Rehabilitación y Fisioterapia.
2. Escuela de cuidadores.
3. Musicoterapia.
4. Colaboración con Atención Primaria.

Discusión:

El SPCI es una entidad compleja que precisa un abordaje integral y multidisciplinar que atienda su prevención, diagnóstico y tratamiento, todo ello liderado desde el Servicio de Medicina Intensiva y en colaboración con Ex-pacientes y familiares de UCI. No es suficiente con tener una CPCI para mejorar el pronóstico de nuestros pacientes.

Bibliografía:

1. Harvey M, Davidson J. Postintensive Care Syndrome: Right Care, Right Now… and Later. Crit Care Med. 2016 Feb;44(2):381-5.
2. Needham DM, Davidson J, Cohen H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. Crit Care Med. 2012 Feb;40(2):502-9
3. Extremera P, Añón JM, García de Lorenzo A. Are outpatient clinics justified in intensive care medicine? Med Intensiva. 2017 [Epub ahead of print] DOI: 10.1016/j.medin.2017.07.010.
4. Kuehn BM. Clinics Aim to Improve Post-ICU Recovery. JAMA. 2019 Feb 27. doi: 10.1001/jama.2019.0420. [Epub ahead of print]
5. McPeake J, Hirshberg EL, Christie LM, et al. Models of Peer Support to Remediate Post-Intensive Care Syndrome: A Report Developed by the Society of Critical Care Medicine Thrive International Peer Support Collaborative. Crit Care Med. 2019 Jan;47(1):e21-e27.
6. Busico M, das Neves A, Carini F, et al. Follow-up program after intensive care unit discharge. Med Intensiva. 2019 Mar 1. S0210-5691(19
7. Haines KJ, Beesley SJ, Hopkins RO, et al. Peer Support in Critical Care: A Systematic Review. Crit Care Med. 2018 Sep;46(9):1522-1531.
8. McPeake J, Mikkelsen ME. The Evolution of Post Intensive Care Syndrome. Crit Care Med. 2018 Sep;46(9):1551-1552.
9. Schofield-Robinson OJ, Lewis SR, Smith AF, McPeake J, Alderson P. Follow-up services for improving long-term outcomes in intensive care unit (ICU) survivors. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Nov 2;11:CD012701.

83

LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS COMO HERRAMIENTA DIDÁCTICA PARA LA ENTRADA DE LOS NIÑOS EN LA UCI.

Jetzabel Riba Reig, Marta Sancho Concha, Anabel Quesada Merino, Carmen Bonillo Caballero, Lydia Gallego Aguirre, Imma Vallverdú Perapoch
Hospital Universitario St Joan de Reus.

jetzabelriba@elsavets.net

Introducción

Después de la implantación del protocolo de UCI de puertas abiertas en nuestra unidad, observamos la necesidad de la entrada de los niños en la UCI, para ello creamos una APP que sirva a los niños a tener una visión general de una unidad de cuidados intensivos y su tecnología. El acercamiento de los pacientes a sus familiares más pequeños, es un beneficio tanto para los niños como para los pacientes, que les sirve como motivación en su recuperación. Los pequeños, después de una explicación por parte de enfermería, entran en la unidad aceptando con gran naturalidad la situación y el ambiente hospitalario.

Objetivos

1. Implantar un método de acogida y actuación ante la visita de los niños.
2. A través de una APP conseguir que los niños tengan una visión más natural del ambiente hospitalario y de los profesionales que trabajan en ella.
3. Valoración de las familias de la experiencia.

Metodología

Estudio prospectivo no randomizado

Intervención: Aplicación de nuevas tecnologías para la integración de los menores en las visitas en UCI.

Análisis estadístico de los resultados basado en encuentas de calidad.

Resultados

Pendiente del análisis de los resultados depués de los primeros 12meses de implantación del protocolo.

Discusión

La entrada de los niños en la uci, supuso un motivo de discusión entre el personal de nuestra unidad, se presentaban dudas sobre si podría ser traumático para los niños, si podría interferir en el desarrolllo de nuestro trabajo...

Desde nuestra experiencia, que todavía es muy poca, los resultados están siendo muy positivos, hay una gran aceptación por parte de los niños y supone una gran alegría para los pacientes, que les motiva para seguir adelante.

84

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO CON LOS CUIDADOS ENFERMEROS

Mamen Galindo Laiglesia, Montserrat Solsona Tena, Gema Muñoz Gamito, Josep Trenado Álvarez, Laura Pavón Pérez.
Hospital Universitari MútuaTerrassa

uau@mutuaterrassa.es

Introducción

El grado de satisfacción con los cuidados enfermeros es un indicador clave de la calidad asistencial en el ámbito hospitalario y particularmente en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). La experiencia vivida por los pacientes críticos en una UCI es muy compleja y para ajustar el servicio a sus necesidades y expectativas resulta imprescindible conocer su opinión.

Objetivos

Identificar el nivel de satisfacción de los pacientes críticos en relación a los cuidados enfermeros.
2. Determinar la relación entre la satisfacción del paciente crítico y las variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes.
3. Identificar áreas de mejora.

Metodología

Se realizará una metodología cuantitativa y un diseño transversal de tipo descriptivo y correlacional. El Instrumento escogido para realizar el estudio es la Escala de Satisfacción con los cuidados enfermeros–Centrada en el Paciente-Crítico. El ámbito de estudio será la UCI del Hospital Universitario MútuaTerrassa. La población de estudio serán los pacientes dados de alta a planta de hospitalización entre junio 2019 y junio 2020. La muestra será de 262 pacientes (nivel de confianza del 95% y un 5% de error), mediante muestreo no probabilístico de tipo consecutivo. La escala se distribuirá de forma personal, solicitando participación voluntaria y garantizando anonimato y confidencialidad.

Resultados Esperados Y Discusión

Aumentar la satisfacción de los pacientes y aumentar la calidad de la atención mediante la modificación de aquellos aspectos que se identifiquen como susceptibles de mejora.

Bibliografía:

- Romero-García, M (2016). Diseño y validación de un cuestionario de satisfacción con los cuidados enfermeros desde la perspectiva del paciente crítico [tesis doctoral]. Universidad de Barcelona. Disponible en: http://hdl.handle.net/2445/98701
- Romero, M., de la Cueva, L., Jover, C., Delgado, P., Acosta, B., Sola, M., et al. (2013). La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. Enfermería Intensiva, 24(2), 51-62.

85

INSTAURACIÓN DE UN PROYECTO DE HUMANIZACIÓN EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ALTA COMPLEJIDAD. DESDE LAS BASES TEÓRICAS A LA PUESTA EN MARCHA

Ruby Bustamante Muñoz, María Angélica Berasain, Marcela Segovia Rocha, Rebeca Aguayo Espinoza, Natalia Cortez Andrade, María Alejandra Fuenzalida.
Hospital Clínico Universidad de Chile.

beckycarol87@gmail.com

Introducción

La humanización en sanidad surge por la necesidad de acercarnos a una dimensión más holística de la enfermedad.

El sufrimiento no solo es exclusivo de pacientes y familias, sino de todos quienes se encuentran dentro del proceso de despersonalización2

Ejemplos aplicados de proyectos de humanización: Proyecto HU-CI de Cuidados Intensivos2, , Liga de la risa"3.

El Hospital Clínico Universidad de Chile (HCUCH) corresponde a uno de los centros formadores más importantes chilenos con destacada formación biomédica, y algunas debilidades en procesos de atención humanizada.

Objetivos

General

Generar un elemento distintivo HCUCH capaz de crear una ventaja competitiva, atractiva al usuario que incorpore humanización con medicina de alta complejidad a nivel transversal desde Dirección Hospital hacia las bases.

Específicos

Comprometer Dirección HCUCH con liderazgo del proyecto.

Identificar personas y servicios motivados, sistematizar las intervenciones y socializar proyecto.

Metodología

Fase I-(2017) Revisión evidencia en humanización y Proyectos similares.

Fase II-(2018) Elaboración Proyecto, presentación a Dirección institucional, identificación personas motivadas y servicios "pilotos "e inicio implementación sistematizada.

Fase III-(2019) Difusión proyecto, educación transversal, Implementación actividades: musicoterapia, utilización jardines terapéuticos/sanadores creación tarjetas transversales/institucionales para pacientes, funcionarios y familia (reconocimientos, condolencias, otras), difusión proyecto.

Fase IV-(2020) Evaluación actividades de fase III y planes de mejora.

Resultados

Estrategia de trabajo convence y motiva al 100% autoridades hospital: Dirección médica, Financiera y Académica. Adherencia completa jefes de enfermería e incorporación de servicios paulatinamente.

Servicios pilotos seleccionados: Unidad Coronaria Intensiva, Geriatría y Gastroenterología.

Se protocolizan actividades: salida a jardines terapéuticos, elaboración y entrega tarjetas personalizadas a paciente/familia en fechas especiales. Nominación de "embajadores/lideres", creación logo H. Programación Primer Encuentro Humanización HCUCH para difusión proyecto.

Conclusión / Discusión

El involucramiento de la Dirección HCUCH favoreció adherencia e implementación del proyecto. La incorporación de servicios fue paulatina pero positiva. Incluir todos los estamentos es fundamental, enriquecedor y facilita adherencia.

Bibliografía:

- De la Fuente C, Rojas M, Gómez M. R, et al (2018).Implantación de un Proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos " Medicina Intensiva Volume 42, Issue 2, March 2018, Pages 99-109
- Galvez H, Gómez M, Garcia JM et al (2017) Humanización de la Sanidad y Salud Laboral, Implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del Proyecto HU-CI. Medicina y Seguridad del Trabajo, 63(247), 103-119. Recuperado en 30 de enero de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2017000200103&lng=es&tlng=es.
- Romá Ferri, M. Teresa; Arroyo, Hiram Vet al Actas del Congreso Iberoamericano de Universidades Promotoras de la Salud (CIUPS 2017): Promoción de la Salud y Universidad. Construyendo Entornos Sociales y Educativos Saludables, Universidad de Alicante (España), 27-29 de junio de 2017. Sant Vicent del Raspeig: Universidad Saludable, Universitat d'Alacant, 2017. ISBN 978-84-16724-65-9, p. 218.

86

CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DE FALLECIMIENTOS HOSPITALARIOS Y REGISTROS DE CUIDADOS HUMANIZADOS DE FIN DE VIDA EN UN HOSPITAL DOCENTE ASISTENCIAL DE ALTA COMPLEJIDAD

Ruby Bustamante Muñoz, María Angélica Berasain, Marcela Segovia Rocha, Rebeca Aguayo Espinoza, Natalia Cortez Andrade, María Alejandra Fuenzalida.
Hospital Clínico Universidad de Chile.

rubybustamante@gmail.com

Introduccion

Cifras españolas señalan que los fallecimientos hospitalarios/total de muertes aumentó 2,03% entre 2010-20147, Datos sudamericanos muestran 24.8% mortalidad hospitalaria. El fin de vida es diferente para cada persona y familia2 Controlar dolor, otros síntomas desagradables5, brindar apoyo psicológico, social y espiritual es parte del cuidado.2

El proceso de fallecimiento en el Hospital Clínico Universidad de Chile (HCUCH) se centra mayormente en aspectos biomédicos. Los registros de cuidados humanizados de fin de vida son

escasos y heterogéneos.

Objetivo

General

Caracterizar epidemiológicamente los fallecimientos HCUCH-2018 y evaluar registros relacionados con cuidados humanizados de fin de vida.

Específicos

Describir tipo de registros en ficha clínica.

Metodologia

Estudio descriptico, transversal, retrospectivo utilizando base datos fallecimientos 2018, identificando perfil sociodemográfico y registros escrito relacionados con cuidados humanizados de fin de vida. El instrumento recopilación datos incluye prevalencia de fallecidos, distribución sociodemográfica, horario, diagnóstico, unidad del fallecimiento, apoyo psicológico/social, directrices anticipadas, otras. Análisis SPSSv22 estadística descriptiva.

Resultados

Se observaron 272 fallecidos. Mujeres 52% (122). Rango 0 día-97años, promedio 69,5(DS+/- 7.5). Entre 61-97 años se concentra 75.8%(191). Mayor prevalencia invierno 33,5%(91), horario 8am-00, 62,9%(171).

Distribución por servicio: Unidad Paciente Critico (UPC)38,6%(105), Clínica Quirúrgica 12,9%(35), Unidad Coronaria 7,7%(21).

Patologías: shock 18,4%(50), tumores malignos 17,3%(45).

Registros parámetros hemodinámicos 86%(64), manejo del dolor 73%(54). Registros relacionados a cuidado humanizado apoyo psicológico/social 1.4%(1), cumplimiento último deseo 5,4%(4), apoyo espiritual/social 4%(3).

Discusion - Conclusion

La epidemiologia de fallecidos HCUCH muestra cifras similares a datos latinoamericanos.

En HCUCH los fallecimientos son transversales en diferentes servicios, mayoritariamente en unidades críticas, personas mayores y turnos diurnos.

Los registros son operador dependiente. Predominan variables biomédicas, versus anotaciones de cuidado humanizado.

Este trabajo brindó al HCUCH posibilidad de mejorar registros de trato humanizado proponiendo creación documento exclusivo "Registros de cuidados humanizados de fin de vida" institucional incluida la entrega de una tarjeta de condolencias para la familia.

Referencias

- Lima-Rodriguez JS, Asensio-Perez MLR, Palomo-Lara JC, Ramirez-Lopez EB, Lima- Serrano M. Reasons for deciding to die in hospital or at home. The vision of professionals. España. Gac Sanit. 2018; 32:362-8.
- Barreto Pilar, Fombuena Miguel, Diegoa Rebeca, Galianaa Laura, Oliver Amparo, Benito Enric. Bienestar emocional y espiritualidad al final de la vida. Elseiver. Med paliat. 2015; 22(1):25-32.
- Imízcoz, T. Contarse y curarse. Reflexiones sobre literatura y enfermedad. En Anrubia, E. La fragilidad de los hombres. La enfermedad, la filosofía, la muerte. Madrid. Ediciones

Cristiandad. 2016; 5(2):103-24.
- Astudillo W, Orbegozo A, Latiegi A, Urdaneta E. Cuidados paliativos en Enfermería. Donostia: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. 2003;(1):1-365
- López Imedio E. El enfermo terminal como protagonista. Enfermería en Cuidados Paliativos. Ed. Panamericana. Madrid.1998;23:46-7
- Tizón Bouza E, Vázquez Torrado R. Enfermería en Cuidados Paliativos: Hospitalización durante los últimos días de Vida. enf. Global. 2004; 3(2)
- Fascioli, Ana. Los cuidados paliativos al final de la vida: expresión del reconocimiento del otro. Enfermería Cuidados Humanizados. 2016; 5(2), 46-53.

87

EVALUACIÓN DE LAS "V JORNADAS AL OTRO LADO DEL PIJAMA" (AOLP): SENSIBILIZACIÓN EN VALORES Y HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Mara Hernández González, Cristina Navarro Jareño, Belén del Olmo Somolinos, Silvia Benavente Sánchez, Isabel Calvo Pachón, Lidia Belmar Diez.
Estudiantes de 4° Grado Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología UCM.

bdelolmo@ucm.es

Introducción

Las jornadas AOLDP surgieron hace 5 años, por iniciativa de estudiantes de 4° de enfermería de la UCM. Al ver la realidad asistencial, quisieron hacer reflexionar al profesional sanitario, poniendo de manifiesto testimonios de pacientes, profesionales y familiares. Cada año, tratamos de contribuir a la reflexión, introspección y crecimiento personal para que la empatía, el respeto y la compasión, siempre acompañen en nuestra práctica sanitaria.

En la primera mesa nos adentramos en los retos pediátricos a los que se enfrentan muchos niños y sus familiares. Durante la segunda, discutimos diferentes situaciones extremas.

Objetivos

General: evaluar las "Jornadas AOLDP" como actividad que promueve la humanización de la asistencia sanitaria.

Específico: identificar el grado de satisfacción de los asistentes, determinando cómo influye en la sensibilización de los futuros profesionales.

Metodología

Se realiza un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo.

El instrumento de medida ha sido un cuestionario de satisfacción elaborados ad hoc, con escala tipo Likert y preguntas abiertas, que ha sido entregado a todos los participantes de las jornadas desarrolladas en marzo de 2019, en la Facultad de Ciencias Económicas UCM.

Resultados

De los asistentes (284), un 90,84% (258) fueron estudiantes, sobre todo de enfermería, participando

un 6,69% (19) profesionales sanitarios. Se recogieron un total de 209 evaluaciones, obteniendo una tasa de respuesta del 73,59%.
El 95% de los encuestados se mostraron entre satisfechos y muy satisfechos con respecto al grado de satisfacción en general, que habría contribuido a su desarrollo personal. El 97% señaló que había cumplido con sus expectativas.
En relación a los contenidos, más del 97% señaló entre bastante y muy adecuado.

Discusión

Destaca el alto grado de satisfacción general y el cumplimiento de expectativas, advirtiéndose como elemento esencial de reflexión para sensibilizar y motivar, a estudiantes y profesionales, sobre la importancia de la humanización.

Bibliografía

- http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/al-otro-lado-del-pijama-humanizando-la/
- https://enfermeria.ucm.es/v-jornadas-de-valores-al-otro-lado-del-pijama
- https://alotroladodelpijama.wordpress.com/2016/04/01/ii-jornada-al-otro-lado-del-pijama/
- https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/grupo-paradigma-participa-en-las-iv-jornadas-de-valores-de-la-ucm-DDIMPORT-055459/
- https://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/vuelve-al-otro-lado-del-pijama/
- http://www.newmedicaleconomics.es/newsletter_sumario/nme35/arts/14-iijornadasdevalores.pdf
- Del Alcazar Pabst RM, Madrid Zamorano Y, Pais Veliz L, Rosenkranz Moreno E, Vivanco Lobato I. Habilidades para el cuidado humanizado de estudiantes de enfermería. [Internet] ENFERMERIA: CUIDADOS HUMANIZADOS. 2016 [citado el 14 de marzo de 2019]; 5(1): 29-34. Disponible en:

https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/1190

- Goés TRP, Santos BM dos, Joaquim FL, Pereira ER, Silva RMCRA. Nursing students' perception about humanized care: an integrative review. Rev Bras Enferm. 2018 [citado14 marzo 2019];71(suppl 6):2800–7. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001202800

88

UN PROTOCOLO DE COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS PARA FAMILIARES Y PACIENTES INGRESADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Linares, Martín, J., Fouce, Fernández, J.G, Pacheco, Tabuenca, T., SantaMaría de la Torre, A., Martínez Ávila, M. & Montejo, González, J.C.

jesuslinaresmartin@hotmail.com

Introducción:
Los pacientes que habitan en una UCI están gravemente enfermos y con riesgo de muerte. Esta experiencia resulta muy compleja y un porcentaje elevado de pacientes y familiares presentan sintomatología depresiva, ansiedad, dificultades del sueño y estrés postraumático, durante la estancia y después. Esta sintomatología en su conjunto se conoce como el síndrome de post-cuidados intensivos. Las malas experiencias de comunicación del personal sanitario con los pacientes / familiares pueden contribuir a estos resultados psicológicos adversos. En el siguiente trabajo se diseña y propone un protocolo específico de comunicación para familiares y pacientes ingresados en UCI.

Objetivo:
diseñar un modelo de procedimiento específico en la comunicación de malas noticias para pacientes y familiares en UCI.

Método: revisión bibliográfica en torno a la comunicación de malas noticias, consulta de protocolos existentes (EPICCE Y ABCEDE), elaboración de un cuestionario de preguntas abiertas para expertos en la materia y experiencia profesional en la UCI por parte de dos psicólogos de emergencias.

Resultados:
protocolo de 8 pasos: preparación de la comunicación, presentación de los actores, exploración, forma de dar la información, actitud cuando se informa, actitud cuando el paciente o familiar pregunta / habla, cómo decir la mala noticia y apoyo a ofrecer. Además, se incluyó un apartado de especificidades o situaciones a las que se debe prestar especial atención en una UCI.

Conclusiones:
el ambiente de UCI es complejo y muy estresante. Existen una serie de factores de riesgo que intensifican el sufrimiento psicológico y que son potencialmente modificables como una comunicación inadecuada. Se ha diseñado un protocolo que optimice la comunicación en UCI.

Bibliografía:

- Davidson, J.E., Jones, C. & Bienvenu, O.J. (2012). Family response to critical illness: postintensive care syndrome- family. Crit Care Med, 40:618– 624.
- McAdam, J.L., Fontaine, D.K., White, D.B., Dracup, K.A. & Puntillo, K.A. (2012). Psychological symptoms of family members of high-risk intensive care unit patients. Am J Crit Care, 21:386–393.
- Fassier, T., Lautrette, A., Ciroli, M. & Azoulay, E. (2005) Care at the end of life in critically ill patients: The European perspective. Curr Opin Crit Care. 11: 616-23.

- Baile, W., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. & Kudelka, P. (2000). Spikens-asix- step protocol for delivering bad new: application to the patient with cancer. The Oncologist, 5,302-311.
- Rabow, M. W. & Mcphee, S. (1999): 'Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer', en West Journal of Medicine, no 171, pp. 260- 263.
- Warrillow S, Farley KJ, Jones D (2015) Ten practical strategies for effective communication with relatives of ICU patients. Intensive Care Med 41:2173–2176

Comité organizador:

Ángela Alonso, Francisco Álvarez, Pilar Argente, Susana Gómez, Gabriel Heras, José Carlos Igeño, Josefa M. Monzón, Álvaro Ortega, Paula Ramírez, Mamen Segovia, José Sesmero, Tayra Velasco, Rosario Vicente.

Comité científico:

Pilar Delgado, Laura De La Cueva, Marta Romero, Rosario Vicente, José Manuel Velasco, Concha Zaforteza, Macarena Gálvez.

Entidades Avaladoras:

Con el patrocinio de:

HUCI Humanizando los Cuidados Intensivos