Fundación Humanizando la Sanidad

Volver

Libro de ponencias

#2CIHAS

Madrid, ESpaña

18-20 de abril de 2023

El presente documento recoge las comunicaciones presentadas en el II Congreso de Humanización de la Asistencia Sanitaria, celebrado en la Universidad Complutense de Madrid, entre los días 18 y 20 de abril de 2023.

ISBN: 978-84-09-52001-5.

Edita: Fundación Humanizando la Sanidad

Madrid, 20 de abril de 2023

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

N.º	Comunicación	Pag
26	Valoración del servicio de atención psicológica a familiares y acompañantes del paciente crítico	4
36	Comparación del grado de compasión de los profesionales sanitarios y el grado de compasión percibido por los pacientes en un servicio de urgencias hospitalarias	5
39	Adquisición de habilidades de cuidado espiritual en estudiantes de primer año de enfermería a través de la simulación clínica.	6
51	Experiencia de padres de niños que han fallecido en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) sobre la conexión humana y cuidados compasivos *	8
91	Programa DOMUM: Transformando los tiempos de espera de los pacientes oncológicos	9
104	Profesionales sanitarios apasionados en contextos laborales muy demandantes: un estudio de diario de los riesgos psicosociales del personal sanitario de los Cuidados Intensivos.	10
60	Pizarras biográficas de la UCI para mejorar la calidad y la humanización de los cuidados Unidad de Cuidados Intensivos.	11
62	Proyecto TEA	12
82	¿Es posible la Humanización en nuestros servicios de urgencias?	13
90	Sedación digital con realidad virtual en la canalización de accesos vasculares.	14
107	Todos humanizamos: impulso a la cultura de humanización en un campus hospitalario	16

* Premiada como Mejor Comunicación Oral

26

VALORACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA A FAMILIARES Y ACOMPAÑANTES DEL PACIENTE CRÍTICO

Estel Salomó Jornet, Gemma Vía Clavero, Rafael Justel García, Beatriz Ruiz de Pablo, Santiago Gallego Cabezas, Carlos González López.
Área del malalt crític HU Bellvitge

esalomo@bellvitgehospital.cat

Introducción:
La atención psicológica a familiares en las unidades de cuidados críticos (UCC) va dirigida a que éstos se sientan acompañados durante la estancia en la unidad. Busca ofrecer un espacio de ventilación emocional, y dotar de herramientas a los familiares para que conecten con sus propios recursos, así como acompañar en el proceso de morir. En nuestro centro, desde marzo de 2021 la figura del psicólogo/a está integrada en el equipo.

Objetivo:
Determinar cómo valoran los familiares atendidos en las UCC la atención/intervención psicológica recibida.

Metodología:
Estudio descriptivo, observacional y prospectivo realizado en 5 UCC de un hospital de tercer nivel de marzo 2022 a febrero 2023. Se incluyeron los familiares atendidos por la psicóloga que tecnológicamente pudieran responder a la encuesta (n=186). Al alta se envió una encuesta de valoración elaborada "ad-hoc" que incluía datos sociodemográficos, 10 ítems, evaluados mediante escala Likert de 5 puntos, organizados en 3 secciones (sentimientos, organización del servicio, acompañamiento en final de vida) más 3 preguntas abiertas sobre aquellos aspectos que más o menos le han ayudado. Se realizó estadística descriptiva y análisis de contenido.

Resultados:
Respondieron 124 familiares (66,6%). La mediana de edad fue 47 años (17-73) y el 77,4% fueron mujeres. El 68,5% están totalmente de acuerdo en que se sintieron acompañados por la psicóloga durante el ingreso. El 75,8% están muy satisfechos con la disponibilidad del servicio y el 69,7% están totalmente de acuerdo en que se sintieron acompañados en el proceso de morir de su familiar. Se observó una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la edad y el sentimiento de acompañamiento (r=0,29; p=0,01). El 100% de los familiares recomendarían el servicio.

Conclusiones: Tras recibir atención psicológica los familiares valoran este servicio con un alto grado de satisfacción destacando como más importante el sentirse acompañado durante todo el proceso.

Bibliografia:

- Velasco Bueno JM, Alonso-Ovies A, Heras La Calle G, Zaforteza Lallemand C., Equipo de investigación del Proyecto HUCI (Humanizando los Cuidados Intensivos). Principales demandas informativas de los familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos. Med Intensiva. 2018;42(6):337-345. https://doi.org/10.1016/j.medin.2017.09.007
- Velasco Bueno JM, Heras La Calle G. Humanizing Intensive Care: From Theory to Practice. Crit Care Nurs Clin North Am. 2020;32(2):135-147. https://doi.org/10.1016/j.cnc.2020.02.001
- Porges,S, Dana, D. Aplicaciones Clínicas de la teoria polivagal. Bilbao. Ed. Eleftheria. 2019

36

COMPARACIÓN DEL GRADO DE COMPASIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y EL GRADO DE COMPASIÓN PERCIBIDO POR LOS PACIENTES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Irene María Andrés Urbán, Antonia Cabra Navarro, María Dolores Carretero González.
Hospital Santa Ana de Motril

irenemaria86@hotmail.com

Introducción

La relevancia de la compasión en el ámbito de la salud y los cuidados se hace notable al poner de manifiesto que dicho valor puede movilizar los propios recursos para aliviar el sufrimiento de los pacientes. De esta manera hay estudios (2) que constatan que los cuidados compasivos repercuten positivamente en la recuperación de los pacientes.

En los servicios de urgencias hospitalarias se atiende a diario a multitud de pacientes que acuden por diferentes dolencias que, en su mayoría son fuente de preocupación y sufrimiento para el paciente. Los profesionales, muchas veces desbordados por la alta frecuentación y la sobrecarga de trabajo de estos servicios, deben hacer frente los cuidados de dichos pacientes.

Objetivos

- Generales:
  - Valorar el grado de compasión de los profesionales sanitarios de un Servicio de Urgencias Hospitalarias (facultativos, enfermeras y TCAE)
  - Valorar el grado de compasión percibida por los pacientes atendidos en un SUH.

- Específicos:
  - Comparar el grado de compasión de los profesionales con el grado de compasión percibida por los pacientes atendidos en un SUH.

Metodología

Se utilizó la metodología descriptiva para comparar el grado de compasión de los profesionales sanitarios con el grado de compasión percibido por los pacientes en un servicio de urgencias hospitalarias. Se pasó la Escala de Compasión por los demás de Sussex-Oxford (SOCS-O) a los profesionales sanitarios y el Cuestionario de Compasión de Sinclair a los pacientes (SCQ).

Resultados

La compasión media sobre 100 puntos fue de 81.204 (DE 8.533) para los profesionales y de 21.772 (DE 4.939) sobre 25 puntos para los pacientes. El 100% de los profesionales sanitarios encuestados obtuvo una compasión media/alta frente al 89.4% de los pacientes.

Conclusiones

Ante profesionales sanitarios con un grado de compasión media/alta, los pacientes reportan una compasión percibida alta.

Bibliografía

- Papadopoulos I, Taylor G, Ali S, Aagard M, Akman O, Alpers LM, et al. Exploring Nurses' Meaning and Experiences of Compassion: An International Online Survey Involving 15 Countries. J Transcult Nurs. 1 de mayo de 2017;28(3):286-95.
- van der Cingel M. Compassion in care: a qualitative study of older people with a chronic disease and nurses. Nurs Ethics. septiembre de 2011;18(5):672-85.
- Sinclair S, Norris JM, McConnell SJ, Chochinov HM, Hack TF, Hagen NA, et al. Compassion: a scoping review of the healthcare literature. BMC Palliat Care. 19 de enero de 2016;15:6.

- Lee H, Seo K. Mediating Effect of Compassion Competence on the Relationship between Caring Behaviors and Quality of Nursing Services in South Korea. Healthc Basel Switz. 23 de mayo de 2022;10(5):964.
- Strauss C, Lever Taylor B, Gu J, Kuyken W, Baer R, Jones F, et al. What is
- compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. Clin
- Psychol Rev. 1 de julio de 2016;47:15-27.
- Gu J, Baer R, Cavanagh K, Kuyken W, Strauss C. Development and Psychometric
- Properties of the Sussex-Oxford Compassion Scales (SOCS). Assessment. enero de 2020;27(1):3-20.

39

ADQUISICIÓN DE HABILIDADES DE CUIDADO ESPIRITUAL EN ESTUDIANTES DE PRIMER AÑO DE ENFERMERÍA A TRAVÉS DE LA SIMULACIÓN CLÍNICA.

Laura Martínez Rodríguez, Mª Dolores Fernández-Pascual, Jordina Domenech Sorolla, Clara Lago Porregón, Eva Barallat Gimeno, Abilio Reig Ferrer.
Departament de Infermeria Finamental i Medicoquirúrgica. Universitat de Barcelona.

Laura.martinezr@ub.edu

Introducción:
Emerge post-pandemia, la necesidad de incluir nuevos abordajes que atiendan de forma integral y holística a las personas, incluyendo los cuidados en la dimensión espiritual. Para realizar este abordaje integral es necesario comprender cómo la espiritualidad del ser humano envuelve los escenarios de cuidado en dos vertientes: la de la persona cuidada y la del cuidador. Según los resultados obtenidos en otros estudios internacionales, los profesionales de enfermería no reciben suficiente capacitación para atender a las necesidades espirituales de los pacientes, aunque perciben la importancia del abordaje espiritual en su práctica clínica. Por este motivo se considera relevante incluir formaciones en los estudios de grado.
Objetivo: Explorar las habilidades de cuidado espiritual en enfermería que se desarrollan durante la simulación clínica como metodología de enseñanza y aprendizaje.

Método:
Estudio cualitativo fenomenológico con carácter exploratorio sobre la experiencia de los estudiantes de 1er curso (n = 45) en el ejercicio de simulación clínica en 12 escenarios de sufrimiento espiritual y necesidades espirituales. Los datos cualitativos se recopilaron a través de los debrifings escritos realizados a posteriori del escenario y después del visionado de los videos grabados individualmente.

Resultados.
La perspectiva de los estudiantes sobre su aprendizaje y adquisición de competencias Espirituales a través de la simulación fue positiva. El contenido más valorado fue “cuidados de enfermería y habilidades blandas de enfermería”. Las competencias exploradas en este trabajo pueden ser ampliadas y consensuadas para articular un programa de estudios con simulación clínica como modelo para trabajar la dimensión espiritual en el cuidado de enfermería.

Conclusión. Las opiniones de los estudiantes refuerzan el uso de la simulación para el aprendizaje del cuidado espiritual. Descubren las dimensiones intrapersonal, interpersonal de forma clara, pero con mayor dificultad elementos de la dimensión transpersonal.

Bibliografia

- Babamohamadi H, Ahmadpanah M-S, Ghorbani R. Attitudes Toward Spirituality and spiritual Care among Iranian Nurses and Nursing Students: A Cross-Sectional Study. J Relig Health [Internet]. 2018 [cited 2019 Jun 8];57(4):1304–14. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28831748
- Balboni TA, Fitchett G, Handzo GF, Johnson KS, Koenig HG, Pargament KI, et al. State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part II: Screening, Assessment, and Interventions. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2017 Sep 1 [cited 2019 Jun 8];54(3):441–53. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392417302932
- Baldacchino D, Draper P. Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature. J Adv Nurs. 2001;34(6):833–41.
- Baldacchino DR. Nursing competencies for spiritual care. J Clin Nurs. 2006;15(7):885–96.
- Ballesteros M, Centeno C, Arantzamendi M. A qualitative exploratory study of nursing students' assessment of the contribution of palliative care learning. Nurse Educ Today. 2014;34(6):1-6.
- Best M, Butow P, Olver I. Palliative care specialists' beliefs about spiritual care. Support Care Cancer. 2016; 24(8): 3295–306.
- Cabrera Adán, M., LLuch Bonet, A., & Casas Olazábal, I. (2008). Reflexiones sobre dolor no físico y sufrimiento desde la perspectiva de enfermería. Revista Cubana de Enfermería, 24(3-4), 0-0.
- Chandramohan S, Bhagwan R. Spirituality and spiritual care in in the context of nursing education in South Africa. Curationis. 2015;38(1):1-15.
- Cockell N, McSherry W. Spiritual care in nursing: an overview of published international research. J Nurs Manag. 2012;20(8):958–69.
- Cruz JP, Alshammari F, Alotaibi KA, Colet PC. Spirituality and spiritual care perspectives among baccalaureate nursing students in Saudi Arabia: A cross-sectional study. Nurse Educ Today. 2017;49:156–62.
- Culliford L. Spirituality and clinical care. BMJ. 2002; 325:1434–5.
- Daghan S. Nursing Students' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care; An Example of Turkey. J Relig Health. 2018;57(1):420–30.
- Fischman,D. (2016) Inteligencia Espiritual en la Ed. Grupo Planeta. Perú. - Gallegos, R. (2013) Inteligencia Espiritual Amazon kindle. Mexico.
- Gardner, H. (1987). La teoría de las inteligencias múltiples. Santiago de Chile: Instituto Construir. Recuperado de http://www. institutoconstruir. org/centro superacion/La% 20Teor% EDa% 20de, 20, 287-305.
- Guillemin, M. (2004). Understanding illness: Using drawings as a research method. Qualitative health research, 14(2), 272-289. DOI: 10.1177/1049732303260445
- Herdman TH, Kamitsuru S. (Eds.). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015- 2017. Barcelona: Elsevier; 2015.
- Lackey SA. Apertura a la espiritualidad : Cuidados de enfermería sensitivos. Nurs (Ed española). 2014; 27(10):40–2.
- McSherry W, Cash K, Ross L. Meaning of spirituality: implications for nursing practice. J Clin Nurs. 2004; 13(8):934–41.
- McSherry W, Draper P, Kendrick D. The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. Int J Nurs Stud. 2002;39(7):723–34.
- Muñiz J, Elosua P, Hambleton RK. 2013. Directrices para la traducción y adaptación de los tests: Segunda edición. Psicothema; 25(2):151-7.
- Morillo Martín MS, Galán González-Serna JM, Llanos Peña F de. Actitudes de las Enfermeras ante los Cuidados Espirituales y Religiosos en un Hospital General. Index de Enfermería [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 8];26(3):152–6. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Musgrove, L., & Musgrove, M. (2015). Drawing is learning. The Journal of the Assembly for Expanded Perspectives on Learning, 20(1), 12.
- Ortiz, N. (2012). La novena inteligencia. Revista estudiantes de filosofía, 24, 1-5.
- Pascual, M. D. F., Ferrer, A. R., Ferrer, J. A. B., Martínez, L. G., Montoya, M. H., De la Puente Martorell, B., … & Ros, L. R. (2020). Evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual en una muestra de estudiantes de Enfermería en la asignatura de Psicología. In La docencia en la Enseñanza Superior: Nuevas aportaciones desde la investigación e innovación educativas (pp. 183-191). Octaedro.
- Pfettscher SA. Florence Nightingale: Modern Nursing. Nursing theorists and their work. 20014. 60–78 p.
- Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. J Palliat Med. 2014;17(6):642–56.
- Ramezani M, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A. Spiritual care in nursing: a concept analysis. Int Nurs Rev. 2014;61(2):211–9.
-Reig-Ferrer A, de la Cuesta-Benjumea C, Fernández-Pascual M, Santos-Ruiz A. A View of Spirituality and Spiritual Care in a Sample of Spanish Nurses. Religions. 2019;10(2):129.
- Ross L, Van Leeuwen R, Baldacchino D, Giske T, McSherry W, Narayanasamy A, et al. Student nurses perceptions of spirituality and competence in delivering spiritual care: A European pilot study. Nurse Educ Today [Internet]. 2014 [cited 2019 Jun 8];34(5):697–702. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.09.014
- Torralba, F. (2016). Inteligencia espiritual en los niños. Plataforma.
- Vargas Escobar LM. Validez y confiabilidad de la versión en español de la Escala de Evaluación de la Espiritualidad y el Cuidado Espiritual. Rev Colomb Enfermería. 2016;11(10):34.

- Watson J. Nursing: seeking its source and survival. ICU Nurs WEB J [serial on the internet] 2002 January-March [cited 2003 Dec 12]; (9):[7 screens]. Available from: URL: http:// www.nursing.gr/J.W.editorial.pdf.
- Wong KF, Yau SY. Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong. Appl Nurs Res. 2010;23(4):242–4.
- World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. Bull World Health Organ. 2001;79(4):373–4.
- Zohar, Danah y Marshall, Ian (2002) Inteligencia Espiritual, la inteligencia que permite ser creativo, tener valores y fe. Ed. Random House Mondadori. Barcelona (ISBN-84-397-0961-7)

51

Premiada como Mejor Comunicación Oral

EXPERIENCIA DE PADRES DE NIÑOS QUE HAN FALLECIDO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP) SOBRE LA CONEXIÓN HUMANA Y CUIDADOS COMPASIVOS

Sara Alcón Nájera, Teresa González Gil.
Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

saraalcon@hotmail.com

Introducción

El fallecimiento de un niño en UCIP es un evento poco frecuente siendo las principales causas el esfuerzo fallido de reanimación, la muerte cerebral o la adecuación del esfuerzo terapéutico. La interpretación familiar de esta experiencia tiene un impacto significativo en el duelo. El conocimiento de los elementos que la condicionan es fundamental para poder acompañar y cuidar.

Objetivos

General: explorar la experiencia de las familias que han sufrido la pérdida de un hijo en UCIP.

Específico: describir la experiencia de "conexión humana y cuidados compasivos".

Metodología

Se realizó un estudio cualitativo fenomenológico en la UCIP de un hospital de alta complejidad. Se hicieron 13 entrevistas (11 madres/9 padres), con duración media de 60 minutos hasta la saturación temática. Los datos se analizaron siguiendo la propuesta hermenéutica de Van Manen.

Resultados

Los cuidados compasivos centrados en la familia se fundamentan en la conexión humana entre equipo de cuidados y sistema familiar con los objetivos de: reconocer el cuidado como asunto de familia, promocionar un abordaje colaborativo del cuidado y fortalecer los vínculos familiares. Su logro requiere de: informar/formar a los padres en el proceso de enfermedad y los cuidados, hacerles partícipes en la toma de decisiones, facilitar su participación en el cuidado/desarrollo del rol parental, generar espacios de comunicación sinceros con el equipo de cuidado, facilitar el relevo del cuidado y la visita de los hermanos, flexibilizar/individualizar la normativa hospitalaria, generar espacios "mágicos de familia" y generar recuerdos/aprendizajes de familia.

Conclusiones

La experiencia de perder a un hijo en UCIP viene condicionada por la orientación que el equipo de cuidados de a la gestión del sufrimiento de las familias. La creación de un espacio de relación centrado en sus necesidades y mediado por la comunicación sincera y la colaboración real es valorado como un don valioso.

Bibliografía

1- Doorenbos A, Lindhorst T, Starks H, Aisenberg E, Curtis JR, Hays R. Palliative care in the pediatric ICU: challenges and opportunities for family-centered practice. J Soc Work End Life Palliat Care. 2012;8(4):297-315. doi: 10.1080/15524256.2012.732461. PMID: 23194167; PMCID: PMC3647033.

2- Sinclair S, Bouchal SR, Schulte F, et al. Compassion in pediatric oncology: A patient, parent and healthcare provider empirical model. Psychooncology. 2021;30(10):1728-1738. doi:10.1002/pon.5737

3- Schantz ML. Compassion: a concept analysis. Nurs Forum. 2007 Apr- Jun;42(2):48-55. doi: 10.1111/j.1744-6198.2007.00067.x. PMID: 17474937.

4- Wilde, MH. The Caring Connection in Nursing: A Concept Analysis. Int J Hum Caring. 1997;1(1). DOI: 10.20467/1091-5710.1.1.18

5- Love KL. Interconnectedness in nursing: a concept analysis. J Holist Nurs. 2008 Dec;26(4):255-65; discussion 266-7; quiz 268-70. doi: 10.1177/0898010108315184. Epub 2008 Jul 7. PMID: 18606778.

91

PROGRAMA DOMUM: TRANSFORMANDO LOS TIEMPOS DE ESPERA DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

Marta Olabarria, Pau Gomes, Beatriz Puig, Noemí Juan
Fundación Nous Cims (Barcelona)

molabarria@domumprogramme.org

Introducción

El diagnóstico de cáncer supone un fuerte impacto emocional y es un camino difícil para la persona y su entorno. Existe evidencia del malestar emocional de las esperas y del impacto del espacio en el bienestar. Sin embargo, las salas de espera son descritas como frías y sin alma.

Objetivo

El objetivo es describir las intervenciones de DOMUM en las salas de espera oncológicas para mejorar el bienestar emocional. El programa propone una transformación de los espacios desde el interiorismo terapéutico para reducir el malestar asociado al espacio y el impulso de actividades psicosociales en los espacios de espera.

Metodología

La transformación del espacio prioriza la calidez y el bienestar a través de materiales como madera, presencia de vegetación o la iluminación. Se crean espacios multifuncionales donde desarrollar actividades psicosociales. Las actividades se clasifican en categorías: 1. Bienestar físico y emocional; 2. Informativas u orientación; 3. Lúdico-sociales. Se propone un grupo de dinamización en cada hospital formado por profesionales y personal técnico de DOMUM que trabaja en la coordinación del proyecto.

Resultados

Desde 2020 se han transformado 8 espacios de la red sanitaria pública, se han realizado 404 actividades coordinadas con hospitales donde han participado 3.188 personas. El 67,6% fueron actividades enfocadas al bienestar, 20% sesiones informativas y 12,4% actividades comunitarias. La valoración de la transformación, recogida con cuestionarios pre/post, es positiva en ítems como calidez (satisfacción media de 4,4 a 7,7) e intimidad (de 3,1 a 7,3). Destaca como en el programa de Arteterapia (8 semanas) y Mindfulness (16 semanas) han participado 529 personas (2022) reportando mejoras en sus recursos emocionales (98,8%; 98,9% respectivamente).

Conclusiones

El programa DOMUM evidencia el potencial de los espacios de espera como puntos de apoyo emocional. Contribuye a tejer una red comunitaria (profesionales/pacientes/entidades...) que colabora en la humanización de la asistencia oncológica.

Bibliografía

Los tiempos de espera en medicina. https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-S0025775300713339/first-page-pdf
Drageset S, Lindstrøm TC, Ellingsen S. "i Have Both Lost and Gained." Norwegian Survivors' Experiences of Coping 9 Years after Primary Breast Cancer Surgery. Cancer Nurs. 2020. https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000656 PMID: 30346331 42.
Estudio sobre la atención psicológica en cáncer en el Sistema Nacional de Salud en España. Informe Asociación Española contra el cáncer, 2019.
Browall M, Koinberg I, Falk H, Wijk H. Patients' experience of important factors in the healthcare environment in oncology care. Int J Qual Stud Health Well-being. 2013 Aug 6;8:20870. doi: 10.3402/qhw.v8i0.20870.
https://hospitecnia.com/documentacion/sinergia-entre-artecurar-arte-proyectar-habitacion-hospital-humanizacion/

104
PROFESIONALES SANITARIOS APASIONADOS EN CONTEXTOS LABORALES MUY DEMANDANTES: UN ESTUDIO DE DIARIO DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES DEL PERSONAL SANITARIO DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS.

Jennifer E. Moreno-Jiménez, Evangelia Demerouti, Luis Manuel Blanco-Donoso, Mario Chico-Fernández, MªIsabel Iglesias-Bouzas, Eva Garrosa.
Facultad de Educación y Psicología de la Universidad Francisco de Vitoria.

jenniferelena.moreno@ufv.es

Introducción: Los profesionales sanitarios de las Unidades de los Cuidados Intensivos (UCI) son considerados un grupo de riesgo para el desarrollo de riesgos psicosociales como el agotamiento emocional y el estrés traumático secundario (ETS). Esto es debido a la exposición prolongada a una serie de demandas laborales presentes en este contexto que lo hacen emocionalmente demandante. A su vez, estudios recientes muestran que estos profesionales se caracterizan por tener una pasión por el trabajo como recurso personal, encontrando dos tipos de pasiones con diferentes resultados: por un lado, una pasión armoniosa con consecuencias positivas, y por otro lado, una pasión obsesiva con consecuencias negativas.
Objetivo: El objetivo de este estudio fue testar si las demandas laborales diarias en la UCI están relacionadas con el agotamiento emocional y el ETS diario después del trabajo a través de la experiencia de la pasión en el trabajo. También, si ciertos recursos personales (i.e. empatía y autocompasión) en el trabajo podrían moderar esta relación.

Metodología: Se diseñó un estudio de diario evaluando a 97 profesionales de la UCI a lo largo de 5 días de trabajo en dos momentos: a) en el trabajo, donde se evaluaron las demandas laborales, la pasión por el trabajo, la empatía y autocompasión; y b) pasado un tiempo, donde se evaluó el agotamiento emocional y ETS.

Resultados: Los resultados del análisis multinivel arrojaron un efecto mediacional negativo de la pasión armoniosa entre las demandas laborales diarias y el agotamiento y ETS diario. A su vez, respecto a la predicción del agotamiento diario, se encontró un efecto moderador de la empatía sobre la pasión armoniosa y de la autocompasión sobre la pasión obsesiva.

Conclusiones: Este estudio remarca el trabajo vocacional de estos profesionales y resalta la pasión armoniosa como estrategia para hacer frente a las demandas,

dándonos información valiosa sobre cómo intervenir en estas unidades a través del desarrollo de recursos personales que se han visto protectores.

Bibliografía:

Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands-resources theory: Taking stock and looking forward. Journal of Occupational Health Psychology, 22(3), 273–285. https://doi.org/10.1037/ocp0000056
Bakker, A. B., Demerouti, E., & Verbeke, W. (2004). Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. Human Resource Management, 43(1), 83–104. https://doi.org/10.1002/hrm.20004
Bakker, A. B., & Sanz-Vergel, A. I. (2013). Weekly work engagement and flourishing: The role of hindrance and challenge job demands. Journal of Vocational Behavior, 83(3), 397–409. https://doi.org/10.1016/j.jvb.2013.06.008
Lavigne, G. L., Forest, J., Fernet, C., & Crevier-Braud, L. (2014). Passion at work and workers' evaluations of job demands and resources: A longitudinal study. Journal of Applied Social Psychology, 44(4), 255–265. https://doi.org/10.1111/jasp.12209
Moreno-Jiménez, J. E., Rodríguez-Carvajal, R., Chico-Fernández, M., Lecuona, Ó., Martínez, M., Moreno-Jiménez, B., Montejo, J. C., & Garrosa, E. (2020). Risk and protective factors of secondary traumatic stress in Intensive Care Units: An exploratory study in a hospital in Madrid (Spain). Medicina Intensiva (English Edition), 44(7), 420–428. https://doi.org/10.1016/j.medine.2019.06.013

60

PIZARRAS BIOGRÁFICAS DE LA UCI PARA MEJORAR LA CALIDAD Y LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. CÓRDOBA.

Francisca Yuste Bustos, Inés Rodríguez Hidalgo, Antonio Rodríguez Alcalá, Gema María Díaz Doctor, Lourdes Moreno Medina, Antonio Reyes
UCI del Hospital San Juan de Dios, Córdoba

francisca.yuste@sjd.es

Introducción

En nuestra UCI trabajamos desde hace 6 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 diario. Ayudan de forma directa, rápida y precisa, a que todo el equipo de la unidad acceda a la información bibliográfica y de cuidados del paciente.
Utilizamos las pizarras como un sistema de mejora de la comunicación entre los miembros del trinomio paciente-familia-profesionales, promoviendo una información homogénea y unificada. No existe bibliografía al respecto.
Las pizarras biográficas incluyen los siguientes ítems:

- Cuidador principal.
- Localidad de origen.
- Aficiones.
- Gustos alimenticios, musicales y cinematográficos.
- Datos, mensajes y fotos de la familia (incluidas sus mascotas).

Objetivo

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

Material y métodos

Se diseñó una encuesta-entrevista 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. Antes de realizarles las preguntas, se les explicaba brevemente qué es una pizarra biográfica.
Se permitió a las familias que realizaran los comentarios que desearan y se registraron algunos considerados relevantes.

Resultados

Pregunta: ¿Cree que el personal de la UCI atiende mejor a su paciente si dispone de una pizarra biográfica? RESPUESTAS: Sí: 30 familiares (90,9%). No: 3 familiares (9.1%).

- Pregunta: ¿Piensa que los cuidados son más personalizados para su familiar si se usa una pizarra biográfica? RESPUESTAS: Sí: 30 familiares (90.9%). No: 3 familiares (9.1%).
- Pregunta: ¿Cree que esta práctica debería existir en todas las UCI? RESPUESTAS: Sí: 31 familias (93,3%). No sé/-me da igual: 2 familiares (6.7%).
- Pregunta: ¿Cree que facilitan una atención más humanizada? RESPUESTAS: Sí: 30 familias (90,9%). No: 3 familias. (9.1%).

Conclusiones:
Los resultados obtenidos revelan que las familias relacionan el uso de pizarras biográficas con una mayor calidad en la atención al paciente, más humana y con una mayor personalización de los cuidados. Por ello consideramos esta una medida altamente recomendable para su implantación en todas las Unidades de Cuidados Intensivos.
Igualmente, la abrumadora respuesta positiva nos hace considerar necesaria una mejora del modelo de pizarras, para que incluya más información biográfica.

Anexo (comentarios destacados en las entrevistas):

- "En las plantas deberían llevarse a cabo estos métodos de trabajo 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".
- "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".

62
PROYECTO TEA

Mª Gloria Marinas Otero, Juan Ángel Moreno Barbas, Mª Luisa López Gómez, Marta Campo, Nazaret Martínez Jiménez,
Hospital Universitario Sanitas La Zarzuela

mgmarinas@sanitas.es

Introducción:
En la asistencia sanitaria cada persona es única y la excelencia se encuentra en atender a cada paciente en función de ello. Por eso queremos conocer las

necesidades de las personas con autismo para ayudarles cuando necesiten acudir a los hospitales de Sanitas.

Objetivos:
General: Facilitar la estancia hospitalaria a personas con TEA
Específicos:
Promover el conocimiento de las necesidades de las personas con autismo en los profesionales que les atiendan.
Elaborar protocolos para la atención a pacientes con autismo.

Descripción de la experiencia:
Este proyecto comenzó con el liderazgo de los servicios de psicología, pediatría y enfermería.
Se creó una figura de referencia en atención a pacientes autistas en los diferentes servicios. Tras una formación a estos profesionales a cargo de Autismo España, se crearon grupos de trabajo. Desde estos grupos de trabajo se crearon protocolos para los distintos servicios. Posteriormente se impartió formación a los profesionales de los centros hospitalarios de Sanitas (Hospital Sanitas La Moraleja y Hospital Sanitas La Zarzuela)

Resultados (valoración subjetiva de los efectos de la experiencia): Los profesionales sanitarios implicados en este proyecto manifiestan satisfacción al poder conocer las necesidades de los pacientes con autismo y así poder prestarles atención de forma más adecuada. Se observa un aumento de profesionales que se interesan por la mejor forma de atender a personas con autismo lo que repercute en una mayor satisfacción de estos pacientes y sus familias.
Conclusiones: La humanización pasa por la integración de todas las personas. Por eso, conocer las distintas capacidades y las necesidades de las personas con TEA es parte importante de la atención sanitaria a estos pacientes.

82
¿ES POSIBLE LA HUMANIZACIÓN EN NUESTROS SERVICIOS DE URGENCIAS?

M Pilar Vallano Laina. Enfermera.
Hospital Comarcal Móra d'Ebre. Móra d'Ebre. Tarragona

pvallano.hcme.ste@gencat.cat

Introducción:
La humanización no es una "marca registrada" de algunos servicios más acostumbrados a oír hablar de ACP como por ejemplo el ámbito sociosanitario o hospitalización. Es precisamente en las unidades y servicios más masificados y tecnificados, donde impera la influencia del modelo biomédico, y donde el paciente está en riesgo de perder su condición humana y su dignidad, reduciéndola muchas veces a un número o una patología donde es más necesaria la visión humanística.

Objetivos:
Conocer la implantación de las diferentes líneas de Humanización en la atención a las personas atendidas en nuestros servicios de Urgencias.

Material y método:
Estudio descriptivo realizado de junio a octubre del 2022 mediante una encuesta basada en las 7 líneas y 169 buenas prácticas que recoge el documento "Manual de buenas prácticas en Humanización en los servicios de Urgencias Hospitalarias" elaborado en el 2020 por "ProyectoHUCI".

Las 7 Líneas de Trabajo sobre las que se ha basado el cuestionario són:

- Línea 1. Servicios de urgencias con flexibilización en el acompañamiento: presencia y participación de las personas cuidadoras y familiares en los cuidados.
- Línea 2. Comunicación
- Línea 3. Bienestar del paciente
- Línea 4. Cuidados al profesional
- Línea 5. Pacientes vulnerables a los servicios de urgencias
- Línea 6. Cuidados al final de la vida
- Línea 7. Infraestructura humanizada

Las Buenas Prácticas recomendadas en el documento están clasificadas en:

- Básicas: aquellas que son obligatorias para conseguir un nivel mínimo de humanización.
- Avanzadas: aquellas que son obligatorias para avanzar en un mayor nivel de humanización
- Excelentes: aquéllas que serían deseables por el máximo nivel de humanización.

La encuesta fue enviada a los coordinadores de enfermería de hospitales de diferente complejidad de Tarragona y Terres de l'Ebre.

Resultados:

Han contestado el formulario 7 coordinadoras/supervisoras de servicios de urgencias de hospitales de referencia y comarcales de Terres de l'Ebre y Tarragona.
La media o promedio de las buenas prácticas en Humanización que los centros consideran implementadas son:
De las 23 buenas prácticas en la Línea 1: "Servicios de urgencias con flexibilización en el acompañamiento: presencia y participación de las personas cuidadoras y familiares en los cuidados". El promedio obtenido en cuanto a Buenas Prácticas implementadas entre los 7 centros es de un 60,8%.
De las 24 buenas prácticas en la Línea 2. "Comunicación". El promedio obtenido entre todos los 7 centros es de un 57,7%.
De las 26 buenas prácticas en la Línea 3. "Bienestar del paciente". El promedio obtenido entre todos los 7 centros es de un 71,9%.
De las 18 buenas prácticas en la Línea 4. "Cuidados al profesional". El promedio obtenido en cuanto a buenas prácticas implementadas entre todos los 7 centros es de un 57,8%.
De las 23 buenas prácticas en la Línea 5. "Pacientes vulnerables a los servicios de urgencias". El promedio obtenido entre los 7 centros es de un 67,6%.
De las 22 Buenas Prácticas en la Línea 6. "Cuidados al final de la vida". El promedio de buenas prácticas implementadas obtenido entre los 7 centros es de un 75,2%
De las 33 Buenas Prácticas en la Línea 7. "Infraestructura humanizada". El promedio obtenido entre los 7 centros es de un
67,9%.

Conclusiones:

• Según los resultados, existe variabilidad entre la implementación de buenas prácticas en los diferentes servicios de urgencias encuestados del territorio.
• Las líneas con mayor nivel de cumplimiento son las que tienen que ver con la "Atención al final de la vida "y el "Bienestar del Paciente".
• Las líneas que necesitarían más refuerzo en su implementación son: "La comunicación" y los "Cuidados a los profesionales".

90
SEDACIÓN DIGITAL CON REALIDAD VIRTUAL EN LA CANALIZACIÓN DE ACCESOS VASCULARES.

Beatriz Nieto Martino, Gema Candelaria Arellano del Verbo, José Antonio Sarmiento Torres, Marcos Laguna Corredor, Sara Rodríguez Pérez, Noelia Fernández Arenas.
Medicina Intensiva en el H. Universitario de Fuenlabrada.

b.nietom@gmail.com

Introducción:
La realidad virtual es una medida analgésica no farmacológica con una creciente evidencia, se basa en la interacción con un mundo inmersivo artificial mediante gafas especiales que permite percepción en tres dimensiones.

Objetivo:
Analizar el dolor y ansiedad en pacientes que precisan colocación de un catéter vascular utilizando realidad virtual. Estudiar las constantes vitales y percepción subjetiva.

Métodos:
Estudio observacional, descriptivo, en la UCI del Hospital Universitario de Fuenlabrada entre enero y marzo de 2023.
Se incluyen pacientes >18 años con canalización de un acceso vascular y empleo de RV (Equipo Sedakit™). Excluidos pacientes con negativa al procedimiento, patología neurológica o psiquiátrica, claustrofobia y problemas auditivos o visuales.
Rellenamos un cuestionario previo a la implantación y otro post-implantación.

Variables a estudio: medición de dolor y ansiedad (escala numérica verbal). Edad, sexo, motivo de petición del catéter, servicio peticionario, tipo de catéter, frecuencia cardiaca (FC) y respiratoria (FR). Duración del procedimiento, abstracción del medio y valoración de la experiencia.
Software SPSS.22.

Resultados:
Evaluamos 32 pacientes. La media de edad fue 70.4 DE (13.27), 19 varones (59.4%).
Presentaban ansiedad previa 15.62% (5), dolor previo 21.8% (7).
El mayor servicio peticionario fue Medina Interna 46.8% (15). El motivo de petición más frecuente por falta de accesos 59.4% (19) y nutrición parenteral 40.6% (13). Se canalizaron 59,4% Midline (19), PICC 50% (16), y un CICC.
La mediana de duración en la colocación de catéter fue 23.5 min (IQR 15.7-32.2).
La mediana de FC al inicio fue 85.5 lpm (76-94.7) y durante 80,5 lpm (70.5-89.7).
La FR al inicio 22 rpm (19-24.75) y durante 16 rpm (12.25-20).
La media de ansiedad antes del procedimiento fue 5.03 (DE 3.13) y post-procedimiento 1.3 (DE 1.72). El dolor post-procedimiento de 2.09 (DE 1.79).

Percepción muy buena de la experiencia de 50% (16), corta duración 62.5% (20), abstracción completa 56.2% (18). El 96.8% volvería a utilizar RV.

Conclusiones:
La sedación digital disminuye la ansiedad y percepción del dolor durante la canalización de accesos venosos, con una buena valoración subjetiva por parte de los pacientes.

Bibliografía:
Gold J.I, SooHoo M, Laikin A.M et al. Effect of an Immersive Virtual Reality Intervention on Pain and Anxiety Associated With Peripheral Intravenous Catheter Placement in the Pediatric Setting. A Randomized Clinical Trial. JAMA Network Open. 2021; 4(8):e2122569.
Soltani M, Drever SA, Hoffman HG et al. Virtual reality analgesia for burn joint flexibility: A randomized controlled trial. 2018. Rehabilitation Psychology, 63(4), 487–494. 10.1037/rep0000239.
Bruno R.R, Bruining N and Jung C, on behalf of the VR-ICU Study group. Virtual reality in intensive care. Intensive Care Med (2022) 48:1227–1229.

Puel F, Minville V and Vardon-Bounes F. What place for virtual reality in the intensive care unit during medical procedures? Journal of Intensive Care (2021) 9:30.
Anita R. Kulkarni, Andrea L. Pusic, Jennifer B. Hamill, Hyungjin M. Kim, Ji Qi, Edwin G. Wilkins, Randy S. Roth. Factors associated with acute postoperative pain following breast reconstruction. JPRAS Open. 2017 Mar;11:1-13.
Rousseaux F, Dardenne N, Massion P et al. Virtual reality and hypnosis for anxiety and pain management in intensive care units. A prospective randomised trial among cardiac surgery patients. Eur J Anaesthesiol 2022; 39:58–66
Hoffman HG, Richards TL, Coda B, Bills AR, Blough D, Richards AL, et al. Modulation of thermal pain-related brain activity with virtual reality: evidence from fMRI. Neuro Rep. 2004;15 (8):1245–8.
Merliot-Gailhoustet L, Raimbert C, Garnier O, Carr J, De Jong A, Molinari N, Jaber S, Chanques G. Discomfort improvement for critically ill patients using electronic relaxation devices: results of the cross-over randomized controlled trial E-CHOISIR (Electronic-CHOIce of a System for Intensive care Relaxation). Crit Care. 2022;26(1):263.
Jawed Y.T, Golovyan D, Lopez D, Khan S et al. Feasibility of a virtual reality intervention in the intensive care unit. Heart & Lung 50 (2021) 748-753
Lee SY, Kang J. Effect of virtual reality meditation on sleep quality of intensive care unit patients: a randomised controlled trial. Intensive. Crit Care Nurs. 2020;59: 102849.

107

TODOS HUMANIZAMOS: IMPULSO A LA CULTURA DE HUMANIZACIÓN EN UN CAMPUS HOSPITALARIO

M Ángeles Aceituno López, Marina Martínez Jiménez, Marta Aguayo Álvarez, M Ángels Barba Flores, Francisco Garcia Morales, Soledad Romea Lecumberri
Hospital Universitari Vall d'Hebron,

angeles.aceituno@vallhebron.cat

Introducción

En el Campus Vall d'Hebron trabajan más de 9000 profesionales, atendiendo anualmente a más de 950.000 pacientes. El Hospital Universitari Vall d'Hebron (HUVH) es un centro de referencia, de alta complejidad, que atiende a personas en todas las etapas de la vida con la misión de contribuir a mejorar su salud y calidad de vida. El Plan Estratégico (PE) del HUVH 2021-2025 tiene como línea estratégica la atención centrada en la persona.

Objetivos

Impulsar y cohesionar la cultura de la humanización del Campus Vall d´Hebron

Descripción de la experiencia / Métodos

A partir de la creación en diciembre de 2019 de la comisión de humanización (CH), se elaboró el Plan de Humanización (PH), alineado al PE HUVH 2021-2025 del Campus y con el nuevo modelo de gestión.

Resultados

La CH creó 6 grupos de trabajo con once miembros de diferentes perfiles profesionales y 6 asociaciones de pacientes. Cada grupo realizó 3 workshops. Los 66 profesionales participaron en un 87% en los 18 workshops. En junio de 2022 se publica el PH con 6 líneas estratégicas, 22 objetivos estratégicos y 51 objetivos operativos.
Para la implementación del PH se ponen en marcha un paquete de acciones como la elaboración de un decálogo de humanización, creación de una red de referentes (167 referentes) de humanización en todas las áreas, formación específica en adultos y pediatría, mejora de los contenidos relacionados en la intranet, puesta en marcha de una campaña para impulsar la cultura de humanización y elaboración de un cuadro de mando de indicadores específicos.

Conclusiones

El PH del HUVH es la hoja de ruta que marca los planes de acción a desarrollar, evaluar e implementar. Es parte de la cultura de la mejora continua y requiere la implicación activa de los profesionales, de las personas atendidas y de su entorno.

Bibliografía

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (2015). Cuidados centrados en la persona y familia. Toronto, ON: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.
Butragueno, L.; González, F.; Oikonomopoulou, N.; Pérez, J.; Toledo, B.; González, M. I.; Rodríguez, R. (2016). Percepción de los adolescentes sobre el ingreso hospitalario: Importancia de la humanización de los hospitales infantiles. Rev Chil Pediatr, 87 (5), 373-379.
Consejería de Salud. Plan de Humanización 2018. Hospital Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud, 2018
Consejería de Sanidad. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019.Madrid; Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria, 2016.
Correa, G.; Meneguim, S.; Molina, S. A.; Moreno, V. (2013). Política Nacional de Humanización y formación de los profesionales de salud: revisión integrativa. Rev Bras Enferm, 66 (1), 123-7.
Departamento de Salud. Estrategia de humanización del sistema sanitario público de Navarra. Dirección General de Salud.
Dirección del Plan de Humanización del SSPA Escuela Andaluza de Salud Pública. ¿Cómo elaborar o actualizar un Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria en Centros/Distritos/AGS? Guía Metodológica. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía. 2021
García, M. E. (2014). Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. Metas Enferm, 17 (1), 70-74.
González, G.; Oviedo, H.; Bedoya, L. M.; Benavides, G.; Dalmero, N.; Vergara, C. (2013). Cuidado humanizado de enfermería percibido por familiares de pacientes pediátricos. Desarrollo Humano: Memorias, 11 (20), 31-39.
Gutiérrez, K.; Cardona, T. (2015). Jugar para sanar: la mediación de los padres a partir del juego y del juguete en el proceso de hospitalización del niño en el Hospital Infantil Santa Ana. En Clave Social, 4 (2), 54-64.
Hernández, M.; Ullán, A. M. (2008). Cuando los pacientes son niños: humanización y calidad en la hospitalización pediátrica (1.ª edició). Madrid: Eneida Editorial S.L.
Hilarión, P.; Herrera, E.; Urmeneta, M.; Koatz, D. (2011). Miremos por sus derechos, con ojos de niño. La voz de la infancia en el hospital para la mejora del bienestar emocional. Instituto Universitario Avedis Donabedian, UAB. Edición Obra Social "La Caixa". Guía para profesionales y hospitales.
Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2016). Pla de salut de Catalunya 2016-2020: un sistema públic centrat en la persona, universal i just. Recuperat de www.salutweb.gencat.cat/url/pladesalut
Solaesa, M. J. (2015). Cuidados enfermeros centrados en el niño y la familia. Madrid: CEU Ediciones.

Póster

N.º	Póster	Pag
3	Humanizando nuestra área básica de salud: triaje adaptado al paciente anciano complejo	24
6	Humanización de los Cuidados Intensivos, Hospital General IbarraEcuador.	25
8	Mejora del entorno = mejora de la salud. Proyecto de presupuesto participativo	26
10	Mírame a la cara: estas son mis cicatrices.	27
12	¿Porque hacerlo con miedo y dolor cuando cuesta poco y es más fácil? Sedaciones en digestivo realizada por Intensivistas.	28
14	La narrativa, una Herramienta de Humanización en un Centro Asistencial de Tercer Nivel de Montevideo Uruguay.	29
16	Formación en “Human Tools” en profesionales de urgencias y emergencias	30
18	La mejora de la experiencia del paciente a través de su participación activa: el paciente protagonista	31
20	Consecuencias emocionales en pacientes supervivientes a la enfermedad grave por COVID-19: estudio longitudinal de 2 años *	22
23	La despedida de Puppy a su dueña.	23
25	Escuela de pacientes con diabetes	34
28	Humanizando el servicio de urgencias del hospital de Benalmádena	35
30	Intervención centrada en terapia manual: nivel de satisfacción del paciente con dolor músculoesquelético.	36
32	Acompañamiento de los padres en la ambulancia pediátrica	37
34	Volver a ...soñar!!!!!!!	39
37	Educación entre iguales: Un viaje apasionante hacia el empoderamiento y la humanización.	40
40	Atención espiritual en la humanización del cuidado en enfermería	41

42	Body mapping como metodología docente en la construcción del significado de la espiritualidad y desarrollo de la inteligencia espiritual en estudiantes de enfermería	42
44	Opinión del personal sanitario: presencia de padres durante la transferencia al ingreso en una unidad de cuidados intensivos pediátricos	44
46	Un hospital comarcal comprometido con la humanización y la calidad	45
49	Proyecto optimización de la cesárea en el contexto de la humanización perinatal	46
52	Muerte digna: conocimientos de los profesionales de cuidados críticos (UCI y urgencias) de un hospital provincial sobre la ley de Andalucía	47
54	Proyecto integral de humanización de la uci del hospital universitario galdakao-usansolo	49
56	Dolor en síndrome post cuidados intensivos. Una prevalente realidad	50
58	El uso de videollamadas como estrategia para mejorar la comunicación paciente-familia durante la pandemia por covid-19	51
63	Situaciones mediadas por intérprete: el poder de la transmisión adecuada de las palabras	53
65	Atención a personas con Trastorno del Espectro del Autismo en Unidad de Paciente Crítico adulto durante la pandemia por Sars-Cov2 en Santiago de Chile.	54
67	KEOMA	56
69	Proyecto TXIMELETA. Humanizando el proceso la muerte perinatal	57
71	Grupo de Bienestar emocional: una manera distinta de gestionar proyectos.	58
75	La formación en humanización: clave para una atención de calidad, con calidez, reconociendo y motivando. ¡Un gran reto!	59
77	Necesidades percibidas de las familias ingresadas en el Servicio de Neonatología de un hospital de tercer nivel.	60
79	Promover la humanización de los cuidados sobre el sueño de las personas atendidas mediante la gamificación.	61
81	Efectos de una investigación sobre contacto físico en la humanización de los cuidados en un centro sociosanitario.	62
84	Implementación de una valoración funcional en una unidad de corta estancia de un servicio de urgencias geriátricos: aportando valor a la asistencia sanitaria.	63

86	Acompañamiento espiritual en clínica. “vivir y crecer atravesando el sufrimiento”. a propósito de un caso	64
88	Papel de la enfermera de uci en el proceso de la eutanasia asistida	65
92	Re- humanización de la gestación y el parto en la Fundación Asistencial Mútua Terrassa	66
94	Pacientes: protagonistas de su historia	67
96	Nuestras paredes	68
98	Influencia de la disminución de las medidas de humanización durante la pandemia sobre la calidad de vida de los pacientes post-uci.	69
100	Valor social en la gestión sanitaria: contabilidad social para la sostenibilidad y humanización de la asistencia sanitaria	70
103	Desarrollo de la estrategia de Humanización en la Fundación Asistencial Mútua Terrassa	71
106	Humanización en cáncer de mama	73
109	Mariposas Blancas. Guía Abordaje y Seguimiento del Duelo Perinatal	74
112	Implicación del paciente y los profesionales en el proceso de humanización de un HDM	75
2	Cuidados cercanos para los pacientes con enfermedades neuromusculares y enfermedades raras en el servicio de urgencias del hospital de nuestra señora del prado	76
5	Aplicación de la Metodología de la Simulación con el Traje MAX en la sensibilización y formación en ACP del profesional asistencial.	78
7	Empezando la humanizacion de la medicina por el principio: la universidad	79
9	Manual de humanización de urgencias: Una gran fotografía actual de tu H	82
11	Nunca estuvieron solos.	83
13	Incluir la H en la comunicación de muerte: Experiencia del curso “Comunicación de muerte humanizada en el proceso de donación”	84
15	Prevalencia de desgaste profesional y su relación con prácticas de autocuidado en una Institución Asistencial Privada de tercer nivel de Montevideo Uruguay	84

17	Acompañamiento y visitas en los entornos de salud	86
22	La paciente como centro: percepción de la información recibida y participación en la toma de decisiones durante el ingreso hospitalario por cáncer de mama	87
24	Implementación de la evaluación de la experiencia del paciente en el proceso de alta del Institut Guttmann	88
27	Detección de alteraciones neurológicas mediante protocolo de pruebas neurofisiológicas en pacientes de la consulta de síndrome postuci. estudio preliminar	89
29	Cáncer de ovario y embarazo. Humanización y conducta ética	90
31	Humanizando como niños	91
33	Humanización prehospitalaria: el escenario cambiante	92
38	Aproximación a la dimensión espiritual en niños con enfermedades neurológicas graves	93
43	Elaboración de un procedimiento de atención y acompañamiento al menor durante su visita a una unidad de críticos (UC)	96
45	Sexualidad tras los cuidados críticos: abordaje de las disfunciones sexuales en consulta post- cuidados intensivos (SPCI).	97
48	Adecuación del esfuerzo terapéutico para asegurar una muerte digna de los pacientes en el medio hospitalario.	98
50	Humanización perinatal y parto natural	101
53	Humanización en la asistencia obstétrico-ginecológica en un hospital de tercer nivel: visión retrospectiva	102
55	¿Como nos comunicamos en nuestro servicio de Urgencias?	103
61	Mejora del proceso organizativo y de funcionamiento en el área del hospital de día oncohematológico (HDO)	104
64	Birthday Cake	105
66	Los hermanos de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales: estado actual, necesidades e intervenciones de promoción de su adaptación y construcción del vínculo.	106
68	Unidad de corta estancia: nuevo laboratorio de ideas en humanización de la asistencia sanitaria	108

70	Proyecto Pizarra "Todo sobre mi"	109
72	Grado de inteligencia emocional percibida relacionado con conductas de violencia escolar.	110
74	Albia funerarias	111
76	Escuela de Familias. Una iniciativa de humanización en auge.	113
78	Humanizando los cuidados paliativos	115
80	Presentación proyecto "mis primeros días" dirigido a recién nacidos que van a ir con un familia de acogida o de adopción. Hospital clínico universitario de Valencia.	116
83	Evaluar Espiritualidad en Clínica en un Servicio de Cuidados Paliativos Montevideo – Uruguay … una experiencia humanizadora	117
87	Información de ubicación de pacientes durante el proceso perioperatorio mediante pantallas informativas	118
89	Contención mecánica en el paciente con trastorno bipolar	119
93	Experiencia del acompañamiento al duelo perinatal en la Fundación Asistencial Mútua Terrassa (FAMT). Un ejemplo de modelo humanizado integral y transversal.	120
95	Humanizando nuestra uci a través de un plan de comunicación aumentativa/alternativa basado en realidad virtual	121
97	¿Es caro cambiar?	122
101	Diseño e implantación de un plan integral de humanización en un hospital de pacientes crónicos	122
105	Sistema de información para acompañantes de pacientes en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Mútua Terrassa.	123
108	Evaluando la percepción de los profesionales sanitarios en relación a los paseos en la uci.	125

* Premiada como Mejor Póster

3

HUMANIZANDO NUESTRA ÁREA BÁSICA DE SALUD: TRIAJE ADAPTADO AL PACIENTE ANCIANO COMPLEJO

Carme LLorens Concustel, Maria Jesus Marmol Cubillo, Maria Angeles Esteban Marquez, Maite Rubio Segura, Rafael Fernàndez Ruiz, Lourdes Rubio Díaz.
Xarxa Assistencial de Manresa

mmarmol@althaia.cat

Introducción

Según el Código Deontológico de Enfermería en su Artículo 43 dice que nuestro deber como enfermeras es, el de prestar atención tanto al anciano enfermo como sano, al objeto de mantener su independencia, fomentando su autocuidado para garantizar un mejoramiento de la calidad de vida, es por eso que en nuestro centro de salud decidimos ir un poco más allà y pensamos que a pesar de todos los esfuerzos de nuestro territorio por elaborar estrategias frente a la "proactividad" versus la "reactividad", nuestra población, la mayoria de edad avanzada y con patología crónica compleja (PCC) y enfermedad avanzada (MACA) siguen siendo una de las principales cuentas pendientes que tenemos.

Creemos que la asistencia a estos usuarios, a menudo sin una valoración previa presencial, deriva en ocasiones a actuaciones incorrectas o derivaciones inadecuadas al servicio de urgencias, lo que se traduce en largas horas de espera, y por tanto la incomodidad y el sufrimiento que eso supone para estas personas..

Partimos de la necesidad de establecer un sistema adaptado a la necesidad de contemplar, además del motivo clínico, el impacto en el estado funcional y cognitivo del usuario, mediante una herramienta de ayuda que nos permite realizar una valoración previa para adecuar las medidas y tratamientos de actuación.

Pensamos que una adaptación del triángulo pediátrico al paciente anciano nos permite realizar un análisis de la efectividad de actuación, mediante lo que llamaremos las 3D (Dependencia, Demencia/Delirium y Domicilio), Dependencia en referencia a funcionalidad, Delirium en el estado cognitivo y Domicilio para conocer si vive en su casa o residencia, y si vive solo o dispone de cuidador competente.

Este sistema de triaje, que se puede realizar tanto en el propio domicilio como en el Área Básica, puede mejorar la calidad y la adecuación de la asistencia a estas personas: disminuyendo el número de reingresos y descompensaciones, teniendo en cuenta su bienestar y confortabilidad con desplazamientos innecesarios al servicio de urgencias..

Existe experiencia de su aplicación en el servicio de urgencias de nuestra Fundación, (implantada desde 2014), y se ha demostrado ampliamente su efectividad, por tanto creemos que puede ser beneficioso su aplicación en las Áreas Básicas.

Objetivos:

GENERAL:

-Establecer un sistema de triage (3D), adaptado al paciente anciano (PCC i MACA)

ESPECÍFICO

-Determinar si este sistema es efectivo para utilizarlo en Atención Primaria

-Evitar desplazamientos innecesarios al Servicio de Urgencias

Metodologia

Estudio prospectivo mediante la aplicación de un cuestionario adaptado con preguntas abiertas a pacientes de nuestra área básica (>80 a.) identificados como PCC y MACA, así como aquél no identificado pero hospitalizado en los últimos 3 meses por motivo médico.

Bibliografia

1.-Coderch J, Pérez-Berruezo X, Sánchez-Pérez I, Sánchez E, Ibern P, Pérez M, Carreras M, Inoriza JM. Evaluación de la efectividad de un programa de atención integrada y proactiva a pacientes crónicos complejos [Assessment of the effectiveness of a proactive and integrated healthcare programme for chronic complex patients]. Gac Sanit. 2018 Jan-Feb;32(1):18-26. Spanish. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.07.014. Epub 2016 Oct 24. PMID: 27789050.

2.- Moñux, Y. R. L., Santos, A. M. P., González, O. M., Soler, L. M., Cortés, M. I. O., & Marcos, A. P. (2017). La enfermera ante el reto de la gestión del paciente crónico complejo. Revista ROL de enfermería, 40(2), 50-56.

3.- María Belén Navarro, et al. Abordaje enfermero en atención primaria del paciente crónico complejo. En Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud: adaptación a nuevas demandas. Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP), 2022. p. 111-122.

4.- MOÑUX, Yolanda Raquel Lapeña, et al. La enfermera ante el reto de la gestión del paciente crónico complejo. Revista ROL de enfermería, 2017, vol. 40, no 2, p. 50-56.

5.- Fernanda Navarro Luisa, Gonzalo Castilla Juan. Grupo de Trabajo "Criterios de calidad asistencial en servicios para personas mayores. Protocolos M. Angeles Esteban Marquezpara el cuidado básico de personas mayores. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. 2019 [acceso: 20/01/2020];10-12. Disponible en: Disponible en: https://.Protocolos_de_cuidados_basicos_para_personas_mayores_sistema_de_acreditacion_SEGG.pdf

6
HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL GENERAL IBARRA- ECUADOR.

Luis Herrera León, Germán Guerrero Méndez
Hospital General Ibarra, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

germanmz@hotmail.com

1. Introducción.

Este protocolo es una iniciativa para un trato humanizado, cercano a los pacientes, sus familiares y el personal, armonizando los procesos, comunicación y manejo de los cuidados intensivos, mediante la estandarización de actividades relacionadas al ingreso, continuidad, manejo de información, cuidados dentro de la unidad de cuidados intensivos, egreso y seguimiento ulterior a los pacientes del Hospital General Ibarra (1).

2. Objetivos.

a. GENERAL:

Sistematizar un protocolo humanizado de cuidados intensivos, direccionado al cuidado de pacientes, extendido a las necesidades asistenciales y familiares.

b. ESPECÍFICOS:

- Establecer diagnóstico situacional.
- Planificar acciones conjuntas para proveer un cuidado humanizado a los pacientes.
- Socializar este protocolo al personal sanitario de UCI del Hospital General Ibarra.

3. Descripción de la experiencia:

En la UCI del Hospital General Ibarra se han incorporado prácticas basadas en evidencia para conseguir un proceso de humanización, profundizadas para cubrir las necesidades de pacientes, familiares y personal de salud. Aproximadamente 300 pacientes críticos al año, con distintas patologías que tienen en riesgo sus vidas, donde el manejo integral va más allá del proceso clínico, forjando un trabajo conjunto con la familia (2).

4. Resultados.

La dinámica de los pacientes que ingresan a UCI, su permanencia y egreso son positivas mediante visitas donde sus familiares llevan carteles con fotografías y mensajes de aliento, comunicación por profesionales otorgada diariamente, búsqueda de confort y comodidad para el paciente, con las limitaciones que implican sus condiciones clínicas; siendo fundamental la capacitación continua del personal de salud, priorizando de igual manera el entorno, ambiente e infraestructura para que su recuperación sea favorable o en el caso de fallecer sea un buen morir (3)(4).

5. **Conclusiones:**
Humanizar los cuidados intensivos es necesario, favorable, innovador y representa el primer paso para la humanización de la salud (5).

6. **Bibliografía:**
1. Rojas V. Humanización de los cuidados intensivos. Rev. Med. Clin. Condes. 2019; 30(2) 120-125. doi: 10.1016/j.rmclc.2019.03.005
2. Nielsen A, Kvande M, y Angel, S. Humanizing and dehumanizing intensive care: Thematic synthesis (HumanIC). Journal of Advanced Nursing. 2022; 1– 17. doi: https://doi.org/10.1111/jan.15477
3. Pereira M, Germano R y Câmara A. Aspects of Nursing Care in the Intensive Care Unit. Journal of Nursing.2014; 8 (3).
4. Gutiérrez Fernández R. La humanización de (en) la Atención Primaria. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2017 feb [citado 2022 Nov 16]; 10(1): 29-38. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2017000100005&lng=es.
5. de la Fuente-Martos C, Rojas-Amezcua M, Gómez-Espejo M, Lara- Aguayo P, Morán-Fernandez E y Aguilar-Alonso E. Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. Med. Intensiva. 2018; 42(2): 99-109. doi: 10.1016/j.medin.2017.08.002.

8
MEJORA DEL ENTORNO = MEJORA DE LA SALUD. PROYECTO DE PRESUPUESTO PARTICIPATIVO

Carmen Zarzosa Merino, Rosa Duro Robles, Lidia Soria Moliner, Manuel Palomino Chacón, Joana Prieto Valle.
Servei de Salut de les Illes Balears

carmen.zarzosa@ibsalut.es

Introducción:
El Servicio de Salud de las Islas Baleares para mejorar el entorno de los espacios físicos, destina en noviembre del 2022 un presupuesto participativo, con propuestas de los trabajadores.

Objetivo general:
Crear espacios físicos confortables y adecuados que repercutan positivamente en la salud de los profesionales, de los pacientes y sus familias.

Objetivos especificos:
- Aumentar la salud y mejora del estrés de las personas atendidas.
- Mejorar la satisfacción de los acompañantes, personas cuidadoras, familias, visitas y de los profesionales aumentando la confortabilidad del entorno

Descripción:
El Plan de Humanización en el Ámbito de la Salud 2022-2027 incluye una línea estratégica para fomentar los espacios y ambientes saludables y otra sobre el cuidado a profesionales.
El Servicio de Salud destina un presupuesto de 300.000 € para esta experiencia, en la que los trabajadores proponen cambios en su entorno.

Se abrió un periodo de aproximadamente un mes para remitir las propuestas en una ficha, relativas a la iluminación, decoración, mobiliario, etc.... a fin de mejorar la confortabilidad y la amabilidad de los espacios de trabajo más cercano.

Resultados:
Total 287 solicitudes.
150 descartadas, por no cumplir las bases de la convocatoria
123 son relacionadas con el departamento de compras
14 al departamento de infraestructuras.
Las peticiones descartadas se reenvían a sus gerencias para que valoren la viabilidad de realización.
El 90% de las solicitudes están orientadas a mejorar la estancia, confort y dignidad de los pacientes y sus acompañantes.
El 7% orientado a mejorar la ergonomía y entorno de los profesionales y un 3% difícil de clasificar.

Conclusiones:
La acogida entre los profesionales ha sido bien recibida, destacando que la mayoría de las solicitudes están orientadas a los pacientes.
Hay una percepción de los profesionales de la necesidad de los espacios amables.
Más del 50% de las peticiones han sido realizadas por enfermeras, siendo la participación multidisciplinar.

Bibliografía:

- Duro Robles R (coord). Plan de Humanización en el ámbito de la salud 2022-2027. Servei de Salut de les Illes Balears. Junio de 2022.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria. Madrid: Instituto Nacional de Salud; 1984
- E.R.C.M. Huisman a, *, E. Morales b, J. van Hoof a, H.S.M. Kort a,c. . Healing environment: A review of the impact of physical environmental factors on users. Mayo 2012
- Thorben Simonsen. Jodi Sturge. Cameron Duff. Healing Architecture in Healthcare: A Scoping Review. Enero 2022
- Astrid Harpoth, Harry Kenendy ¿La mejora del entorno estructural reduce las prácticas restrictivas en psiquiatría? Noviembre 2022
- Escarabill J, Almazán C, Barrionuevo – Rosas L. Elementos clave que influyen en la experiencia del paciente. (PREM). Agencia de Qualitat i Avaluació Saniárias de Catalunya. Departament de Salut. Mayo 2020.
- Eberhard JP. Brain Landscape: The Coexistence of Neuroscience and Architecture. Oxford University . 2009

10
MIRAME A LA CARA: ESTAS SON MIS CICATRICES.

Del Campo Molina, E.; Pérez Manrique, R.; Espósito Casado, MC; Pedraza Cantero, A.D.; Ramírez Pérez, MA.; Durban García, I.
Hospital de Montilla (Córdoba)

emilio.campo.molina.sspa@juntadeandalucia.es

Justificación:
La pandemia vivida nos quitó mucho de lo ya conseguido en humanización de cuidados. También nos trajo cambios en la manera de trabajar, adaptándonos a la situación vivida. Creemos necesario exponer a los profesionales y pacientes las situaciones y emociones vividas dentro de una UCI por el personal de las Unidades de Cuidados Intensivos durante la primera fase de la pandemia COVID 19.

Objetivos:

1. Describir las cicatrices físicas y emocionales del personal de UCI del Hospital de Montilla, tras la atención a pacientes en la pandemia.
2. Dejar constancia visual de lo pasado y trabajado en las UCIs.
3. Dedicar el video a los profesionales, pacientes y familiares de la UCI.

Material y Método:
Estudio observacional mediante realización de fotografías durante la pandemia del personal sanitario de la UCI. Se realizaron fotografías bajo consentimiento verbal y escrito al personal de la UCI y a los pacientes. Realización de un video con las fotografías obtenidas.

Resultados:
Se exponen mediante un video las imágenes del personal sanitario de la UCI con lesiones tras la retirada del equipo de protección individual, visualizándose rostros magullados, destrozados y sudados tras la intensa jornada laboral, sentimientos y emociones, descritos de manera visual, así como las vivencias desarrolladas en este periodo. El video se compone de dos partes: En la primera se destacan las cicatrices físicas, en la segunda parte las cicatrices emocionales. El video dura 10 minutos.

Conclusiones:
La pandemia ha originado aparición de lesiones faciales, así como miradas no vividas anteriormente, hecho que demuestra el riesgo físico y emocional al que han estado sometidos los profesionales sanitarios, motivo de aplauso a su trabajo. Este suceso no debe olvidarse, debiendo ser la sociedad partícipe de esta situación. El video esta dedicado a todas los profesionales que trabajaron en la UCI durante la pandemia.

12
¿PORQUE HACERLO CON MIEDO Y DOLOR CUANDO CUESTA POCO Y ES MÁS FÁCIL? SEDACIONES EN DIGESTIVO REALIZADA POR INTENSIVISTAS.

Del Campo Molina, E; Durban Garcia, I.; Perez Manrique R. ; Rivera Espinar, F. García Prior, M.A. ; Chicano Gallardo, M.
Hospital de Montilla (Córdoba).

emilio.campo.molina.sspa@juntadeandalucia.es

Introduccion:
Hay procesos donde el trabajo de UCI es una herramienta de calidad, dando valor al trabajo de otras especialidades. Desde el 2008 los intensivistas comenzamos las sedaciones en digestivo y neumología. Lo que empezó siendo excepción, hoy es lo habitual en nuestro hospital.

Objetivo:
1. Analizar sedaciones realizadas.
2. Valorar si estas sedaciones disminuyen la percepción del dolor en los pacientes y dan calidad.
3. Valorar otros resultados de la encuesta de calidad.

Material y Método:
Registro de las sedaciones realizadas desde 2008 a 2022. Realización de cuestionario de percepción del dolor y de satisfacción que rellenaba el paciente antes y posterior a la sedación, y al intensivista y digestivo que realizaban la sedación y la técnica. La recogida de datos de calidad: Martes y Miércoles. Variables cualitativas usamos rangos del 1-10 (Ninguno-Lo más), para cuantitativas usamos medias, máximos, mínimos, y D.St. Para la determinación del dolor del paciente se

rechazaron aquellos casos, donde se había realizado la prueba anteriormente usando sedación (200 casos)

Resultados:
Se han realizado 3817 sedaciones (82,65% colonoscopias). 914 encuestas de calidad. Edad media: 55,85 (88-14), Tiempo medio por proceso: 38,71 min. Dolor que el paciente cree que va a tener presedación: 7,53 (10-1). Dolor que ha tenido tras el procedimiento: 1,07 (3-1). Satisfacción del endoscopista: 9,87 (10-6). Dificultad para sedación del intensivista: 1,11 (5-1). No hubo ninguna complicación grave.

Conclusiones:
1. Nuestras sedaciones disminuyen claramente la percepción de dolor y el miedo a la técnica.
2. Los intensivistas podemos aportar al hospital mejoras en el dolor y percepción de técnicas invasivas fuera de la UCI.
3. Es posible salir de nuestras UCIs, mejorando la calidad de ciertas técnicas de otras especialidades.
4. La satisfacción del endoscopista que realiza la técnica y la percepción del paciente son claves en la mejora de la calidad percibida.

14
LA NARRATIVA, UNA HERRAMIENTA DE HUMANIZACIÓN EN UN CENTRO ASISTENCIAL DE TERCER NIVEL DE MONTEVIDEO URUGUAY.

Rosario Cuadro, Bruno Cuturi, Beatriz Cocina, Marzio Moreira, Carla Rivero, Nahiara Genovali, Martina Tarifa.
Sanatorio Americano. Montevideo. Uruguay.

rosariocuadro@gmail.com

Introducción
La narración oral cumple el rol de acompañar al paciente en su adversidad, generando una experiencia única que le permite evadirse transitoriamente de lo que lo aqueja.
Esta iniciativa invita a la reflexión y a compartir lo experimentado de forma que todo el equipo se involucra y beneficia de la experiencia.

Objetivos
Valorar la satisfacción de los pacientes internados frente a una intervención narrativa a través de la medición de las siguientes variables: Calificación de la experiencia narrativa en una escala del 1 al 5 Valoración del tiempo de intervención como adecuado, corto o largo Interés en repetir o recomendar la experiencia a otros pacientes.

Descripción de la experiencia
Semanalmente se convoca a los pacientes internados a participar de una intervención narrativa elaborando una lista que se hace llegar al grupo de narradores (la participación es opcional y voluntaria).
Semanalmente y a una hora estipulada un narrador contacta al paciente telefónicamente a su habitación y le cuenta una historia.
A partir de entonces, se genera un intercambio paciente- narrador con matices únicos.
Se deja al paciente una encuesta de satisfacción voluntaria y anónima

Resultados:

Se presentan los resultados obtenidos de la encuesta aplicada durante el tiempo que duró el piloto del proyecto.
Se contó con 73 testimonios.
58% de los participantes se identificaron como de sexo femenino.
95% refirió que el tiempo de intervención fue adecuado y al 5% les resultó breve. Ninguno lo refirió como extenso.
96% calificó la experiencia de muy buena o excelente.
La totalidad repetiría o recomendarían la experiencia.

Conclusiones

La inclusión de la narrativa como estrategia de acompañamiento en pacientes internados fue de sencilla implementación y valorada positivamente por quienes aceptaron participar de la encuesta.
Estos resultados invitan a seguir incursionando en este tipo de experiencias entendiéndolas también como asistenciales.

Bibliografía

1. Carballeira B, Andreatta P, Saad Y, Rios E, Majewski C, Roussel P, Fariña o, Tajer C. De la medicina narrativa a los cuidados humanizados. El Hospital El Cruce en Pandemia. Universidad Nacional Arturo Jauretche. 2021.
2. Mora F, Flórez G, Rovetto P. La narrativa médica, una herramienta que humaniza. Revista Estudios (31), II 2015, 1-14.
3. Carrió S. Medicina narrativa: relaciones entre el lenguaje, pensamiento y práctica profesional médica. Tesis de Maestría en Psicología Cognitiva y Aprendizaje. 2007. https://www.researchgate.net/publication/277756377.
4. Charon R. Narrative Medicine. A model for empathy, reflection, profession and trust. Jama. Oct 17, 2001. Vol 286. N 15.
5. Charon R. Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness. Oxford University Press.

16

FORMACIÓN EN "HUMAN TOOLS" EN PROFESIONALES DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

M Pilar Vallano Laina. Enfermera.
Hospital Comarcal Móra d'Ebre. Tarragona

pvallano.hcme.ste@gencat.cat

Introducción:

Los Planes de Formación, Guías Docentes y los intereses de los profesionales, están centrados en actualización de conocimientos basados en la evidencia científica (saber) y en la mejora de habilidades técnicas (saber hacer). Últimamente se da mucha importancia a las habilidades NO técnicas y factores humanos (saber ser) en los resultados clínicos, especialmente en las situaciones de crisis y seguridad del paciente.

Objetivos:

- Conocer la formación en habilidades NO técnicas de los profesionales de una Región Sanitaria de Catalunya.
- Comprobar si los profesionales de urgencias y emergencias son igual de receptivos a la formación en habilidades no técnicas que en habilidades técnicas.
- Modificar el Plan de Formación si fuera necesario.

Material y método:

Estudio descriptivo realizado en octubre de 2018 mediante una encuesta que recoge información sobre datos sociodemográficos y profesionales y sobre la

capacitación/formación en las habilidades (humanas y técnicas) realizadas durante todo el año anterior al envío del formulario.

Resultados:
- 236 respuestas durante los 30 días de 5 centros hospitalarios y prehospitalaria.
- Un 72% respuestas de mujeres. Edad entre 35 a 55 años la más numerosa (31,7%).
- Respuestas: 124 Enfermeras, 50 facultativos, 27 Técnicos, 24 TCAE, 11 otras categorías.
- Lugar de trabajo: el 38,9% de urgencias y prehospitalaria, 27,5% hospitalización y 33, 4% otros.
- El 46,1% del total no ha realizado ninguna formación en "Human Tools" en el último año. Por el contrario, sólo un 3% no ha hecho ninguna formación en habilidades técnicas.

- En profesionales de urgencias y prehospitalaria, un 48% han hecho formaciones en "Human Tools", un 88% en habilidades técnicas.

Conclusiones:
- En general tenemos más interés y nos formamos más en habilidades técnicas que en habilidades NO técnicas.
- En urgencias y prehospitalaria esta diferencia es mayor.
- Los planes de formación deben incluir más actividades formativas en habilidades no técnicas.
- La Simulación puede ser la metodología más adecuada.

18
LA MEJORA DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE A TRAVÉS DE SU PARTICIPACIÓN ACTIVA: EL PACIENTE PROTAGONISTA

Mª Carmen Sánchez Roldán, María Teresa Villa Gazulla.
Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS)

csanchezro@salud.aragon.es

Introducción
El Paciente Protagonista mejora la experiencia del paciente gracias al diálogo entre pacientes y profesionales sanitarios, implementando proyectos que se derivan directamente de sus necesidades.

Objetivos
Ob. Principal. Mejorar la experiencia del paciente
Ob. esp. 1. Conocer la percepción de pacientes y acompañantes sobre la atención.
Ob. esp. 2. Traducir las propuestas en proyectos de mejora de los servicios hospitalarios.
Ob. esp. 3. Contribuir a generar un cambio en la cultura hospitalaria centrada en la experiencia del paciente.
Ob. esp. 4. Sensibilizar a todos los agentes implicados en "humanización".

Descripción de la experiencia
Se establecen mesas redondas mensuales centradas en una patología. Participa personal médico, de gestión, enfermería, trabajo social, etc. y asociaciones de

pacientes. Durante 2 horas todos ellos especifican las necesidades detectadas a su paso por el hospital.
Los resultados se trasladan a una matriz de priorización que contempla las variables de "volumen de población beneficiaria", "coste temporal" y "coste económico". A continuación, se selecciona, al menos, una de las propuestas que se traduce en un proyecto de mejora de experiencia de paciente.

Resultados
Desde enero de 2022 han participado más de 45 asociaciones de pacientes y más de 40 profesionales. Se han recogido 206 propuestas de mejora, ejecutando un total de 20 proyectos. Una media de dos proyectos por sesión, el doble de lo inicialmente contemplado. P.E.:
- Trípticos informativos sobre Asociaciones de Pacientes para entrega al alta.
- Mejora de la privacidad de pacientes oncológicos gracias a dispensadores de citas electrónicos.

Conclusiones

A través de proyectos de mejora que son fruto del acuerdo entre pacientes y profesionales se mejora la gestión cotidiana. Lo que genera mayor satisfacción en ambos perfiles. Se ha observado que el diálogo más allá de lo asistencial es el camino hacia la humanización. Puesto que se genera un reconocimiento mútuo y se presentan como lo que son: personas preocupadas por la mejora de un servicio y de la sanidad pública.

Bibliografía
Ceballos Casas, M. A. y Caicedo Bucheli, M. A. (2020). La humanización en los entornos hospitalarios y sus aristas. En: Ceballos Casas, M. A. y Caicedo Bucheli, M. A.
Humanizar el contexto hospitalario. Experiencias y desafíos desde la mirada psicológica. (pp. 13-32). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; Fundación Universitaria de Popayán.
March, J. (2017). Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. Rev Calid Asist. 2017;32(5):245-247. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista- calidad-asistencial-256-pdf- S1134282X17300696
Margarita Boladeras (2015), Bioética del cuidar: ¿qué significa humanizar la asistencia?, Tecnos, Madrid, 293 pp. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/pdf/rhfi/ v50n149/0011-1503-rhfi-50-149-119.pdf
Varela, C., Ruíz, P., Pérez, A., Salamanca, A. Sellán, M., Hass, N. Bezos, C. (2022). Guía para el diseño, implementación y medición de la experiencia del paciente en hospitales mediante PREM (Patient-Reported Experience Measures). Asociación Madrileña de Calidad Asistencial (AMCA). Disponible en: https://iexp.es/ documentos/guia-prem.pdf
Varela, J. (2021). Atención sanitaria basada en el valor: fundamentos, conceptos y estrategias. Disponible en: http:// lagestioimporta.cat/arees/atencion-sanitaria-basada-en-el-valor-fundamentos-conce ptos-y-estrategias/? lang=es#_ednref4
Zarco, J. (2018a). Julio Zarco, presidente de la Fundación Humans: "La humanización ha venido para transformar el SNS". Portal ISanidad. 7/09/2018. Disponible en: 1908-19 de: https://isanidad.com/121080/julio-zarco-presidente-de- humans-la-humanizacion-ha- venido-para-transformar-el-sns/

20
Premiada como Mejor Póster

CONSECUENCIAS EMOCIONALES EN PACIENTES SUPERVIVIENTES A LA ENFERMEDAD GRAVE POR COVID-19: ESTUDIO LONGITUDINAL DE 2 AÑOS

Rosa Romero-Moreno, Yolanda Casillas Viera, Carlos Vara-García. Lucía Martín González, María del Carmen de la Mata Apresa, Ariadna de la Vega Castelo.
Universidad Rey Juan Carlos.

rosa.romero@urjc.es

Introducción

Los factores que predicen las consecuencias a largo plazo en la salud psicológica de las personas que han sobrevivido a la enfermedad grave por COVID-19 han sido poco estudiados.

Objetivos (general y específicos)
Analizar longitudinalmente las consecuencias emocionales en supervivientes a la enfermedad grave por COVID-19 (pacientes con neumonía bilateral e insuficiencia respiratoria). Específicamente se analizó el efecto de variables sociodemográficas, laborales, estresores, salud percibida, soledad y la comunicación con familiares durante el ingreso en la sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa y estrés postraumático (EP).

Metodología
La muestra consistió en 68 adultos supervivientes a la enfermedad severa por COVID-19 en la primera ola de la pandemia que requirieron hospitalización. Se realizaron entrevistas telefónicas individuales (línea base y dos años más tarde).

Resultados
El modelo explicó el 40.6% de la varianza de la sintomatología depresiva dos años después. Los factores de riesgo fueron menor edad, mayor número de días de ingreso por COVID-19, peor salud percibida, estar activo laboralmente y mayores niveles de soledad percibida. La comunicación presencial con los familiares en el momento del ingreso (pero no la telefónica o por videollamada) predijo significativamente una menor sintomatología depresiva.
El modelo explicó el 36.7% de la varianza de la sintomatología ansiosa. Los factores de riesgo fueron mayor número de días de ingreso por COVID-19 y peor salud autopercibida, mientras que la comunicación presencial con familiares resultó un factor protector.
En el EP, ser mujer y mejor salud autopercibida predijeron menores niveles de EP, con un porcentaje de varianza explicada del 39.2%.

Conclusiones
La soledad percibida y la comunicación presencial con familiares en el momento de ingreso juegan un papel relevante en la explicación del malestar emocional, teniendo implicaciones prácticas para la humanización asistencial.

Bibliografía (básica)
Bellan, M., Soddu, D., Balbo, P. E., Baricich, A., Zeppegno, P., Avanzi, G. C., Baldon, G., Bartolomei, G., Battaglia, M., & Battistini, S. (2021). Respiratory and psychophysical sequelae among patients with COVID-19 four months after hospital discharge. JAMA Network Open, 4(1), e2036142–e2036142,
Brailovskaia, J., & Margraf, J. (2020). Predicting adaptive and maladaptive responses to the Coronavirus (COVID-19) outbreak: A prospective longitudinal study. International Journal of Clinical and Health Psychology, 20(3), 183–191.
Craparo, G., La Rosa, V. L., Marino, G., Vezzoli, M., Cinà, G. S., Colombi, M., Arcoleo, G., Severino, M., Costanzo, G., & Mangiapane, E. (2022). Risk of post-traumatic stress symptoms in hospitalized and non-hospitalized COVID-19 recovered patients. A cross-sectional study. Psychiatry Research, 308, 114353
Galea, S., Merchant, R. M., & Lurie, N. (2020). The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: the need for prevention and early intervention. JAMA Internal Medicine, 180(6), 817–818.
Huang, L., Xu, X., Zhang, L., Zheng, D., Liu, Y., Feng, B., Hu, J., Lin, Q., Xi, X., & Wang, Q. (2021). Post-traumatic stress disorder symptoms and quality of life of COVID-19 survivors at 6-month follow-up: a cross-sectional observational study. Frontiers in Psychiatry, 12.

23
LA DESPEDIDA DE PUPPY A SU DUEÑA .

Montserrat Sánchez Pellitero, Gema Flox Benítez, Victoria Achaval Rodríguez-Valente, María Jesús Paredes González, Francisca María Cortes Retamar, Raquel Martínez Robledo.

Hospital Universitario Severo Ochoa De Leganés. Madrid.

mspellitero@salud.madrid.org

Introducción:
Algunos pacientes ingresados en la unidad de cuidados paliativos se encuentran en "situación de últimos días" con un corto pronóstico vital. Algunos exteriorizan sus miedos aunque también sus deseos ante el final próximo. Nos piden realizar aquello que dejaron pendiente.

Objetivos:
General: Cumplir el deseo expreso de nuestra paciente en estado de agonía de ver a su perro por última vez y poder despedirse.
Específico: "Cerrar" el listado de cosas pendientes de la paciente antes de morir.

Descripción de la experiencia:
Fue autorizada la visita por la dirección de nuestro centro. El perro acudió al día siguiente tras ir al veterinario y ser lavado. Se cercioró de que el perro estuviera al día de su programa de vacunación. Se "escoltó" al perro, llamado "Puppy" a la habitación con personal sanitario. Se propició habitación individual para hacer más íntimo el encuentro. Se hicieron fotos y vídeos del encuentro.

Resultados:
La paciente hizo realidad su deseo pudiendo despedirse de su perro. Fue un encuentro muy emocionante, tanto para paciente y familia como para el personal de la planta de hospitalización. Falleció tranquila a los dos días. Llamamos a la familia una semana después del fallecimiento de la paciente y nos expresó agradecimiento por el final de su madre valorando la visita del perro. Valoraron sobre todo la sensibilidad de nuestro equipo dando valor a las mascotas en la vida de los pacientes.

Conclusiones:
Para pacientes en situación de fin de vida es muy importante no dejar nada pendiente. La propuesta de hacer una despedida con perro fue muy positiva para paciente y familia, pero también para el personal sanitario que se sintió partícipe de la experiencia.

Bibliografia:
https://www.diariodemallorca.es/sociedad/2017/02/23/hospital-deja-paciente-despedirse-perro-3460430.html. https://www.lavanguardia.com/mascotas/20220216/8057494/mascotas-despedida-hospital-muerte-nbs.html.
https://www.vetpraxis.net/2014/09/01/la-increible-conexion-de-las-mascotas-con-los-humanos/
http://nightingaleandco.es/la-despedida/

25
ESCUELA DE PACIENTES CON DIABETES

María Del Carmen Duro López, Paloma Martín Moreno, María Isabel Pulido Pareja, Silvia Mayol Sánchez.
Hospital Alcalá la Real (Jaén)

paloma.martin.sspa@juntadeandalucia.es

Introducción
El Hospital de Alta Resolución de Alcalá la Real, junto con la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), pone en marcha en la localidad una Escuela de Pacientes de

Diabetes. E s un proyecto de formación entre iguales, en el que pacientes formados enseñan a otros a vivir mejor con su enfermedad. También enseñan a los propios sanitarios la cara oculta de la enfermedad: los miedos, deseos…

Objetivos

General: formar a pacientes expertos para que se impliquen en la formación de otros pacientes y familiares.
Específicos:
- mejorar los conocimientos y destrezas de pacientes con diabetes y sus familiares
- proporcionarles una red de soporte
- conseguir un entorno amigable y cálido en el que expresar sus miedos, deseos y necesidades

Descripción de la experiencia

El proyecto se inicia con un taller de formador de formadores en Diabetes tipo I con un grupo limitado de participantes (10-15 personas), que se lleva a cabo en 3 sesiones presenciales de dos horas, y un cuarto taller con adolescentes. El grupo es coordinado por sanitarios del hospital, y liderado por técnicos de la EASP, con la participación online de un deportista de élite con DM que participó en el grupo de adolescentes.

Resultados

Se realizan encuestas de satisfacción, que consisten en 13 preguntas, agrupadas en dos bloques:
- aprendizaje de conocimientos y habilidades: puntuación media (escala 1 al 10) 8,8
- motivación para cambios saludables: puntuación media (escala 1 al 10) 8,9

Conclusiones y bibliografía

La Escuela de Pacientes facilita estratégicas para mejorar el bienestar y la calidad de vida de otros pacientes, ayuda a compartir experiencias, facilita el aprendizaje a través de la vivencia de otras personas que viven situaciones similares y asesora y motiva en el desarrollo de habilidades para saber programar un plan de autocuidados.

28
"HUMANIZANDO EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BENALMÁDENA"

Mª Laura Jiménez González, Benjamín Yáñez Caballero, Mª Luisa Alarcón Muñoz-Cobos, José María Fernández Martínez, Oscar Simón Padilla, Mª Alicia Ordóñez Arias.

Servicio de Urgencias del Hospital de Benalmádena (Málaga)

laura_geddes79@hotmail.com

Introducción

Los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) son servicios altamente frecuentados y con una alta complejidad donde conviven procesos que precisan de una atención inmediata con otros que pueden demorarse. En este sentido, tienen una gran capacidad de respuesta a los procesos agudos, pero presentan mucho margen de mejora en integrar una perspectiva que trascienda la dimensión biológica de la atención, y que permita conocer aspectos no clínicos como el acompañamiento o la comunicación, entre otros.
La humanización, entendida como un proceso cuyo objetivo es la dignidad de la atención, situando en el centro de la misma a las personas (pacientes, familiares y

profesionales), sin lugar a duda puede ser una herramienta que facilite este cambio de paradigma.
En este contexto, el objetivo de este estudio ha sido describir el plan de humanización del SUH de Benalmádena previa valoración del estado de humanización del servicio con el manual del proyecto hurgencias y la exploración de las medidas implementadas.

Objetivo general:
- describir el plan de humanización del suh de benlamádena

Objetivos específicos:
- Valorar el estado de humanización del SUH de Benalmádena
- Explorar la consecución de medidas iniciales implementadas

Metodología
Estudio descriptivo observacional utilizando como herramienta el manual de buenas prácticas de humanización del proyecto hurgencias

Resultados generales
El 51% de las buenas prácticas están implementadas, 16% en proceso y el 32% no están implementadas
Destaca la elevada implantación de buenas prácticas relacionadas con la vulnerabilidad. El cuidado al profesional es la línea estratégica peor evaluada donde el 78% de las bp no están implementadas, siendo la comunicación la línea estratégica con mayor buenas prácticas en proceso de implementación.
Las acciones para dar respuestas a las 24 buenas prácticas seleccionadas en el año 2022 tuvieron una implementación muy irregular.

Conclusiones
Existe un nivel moderado en el estado de humanización del SUH de Benalmádena, con una escasa implementación de acciones para la mejora de éste en el primer año de desarrollo del plan de humanización.

Bibliografía
- Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. 2017
- Grupo de trabajo de Humanización de los Servicios de Urgencias Hospitalarias. Manual de buenas prácticas de Humanización en Servicios de Urgencias Hospitalarias. 2020

30
INTERVENCIÓN CENTRADA EN TERAPIA MANUAL: NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON DOLOR MÚSCULOESQUELÉTICO.

Elena Sánchez Jiménez, María del Rosario Ferreira Sánchez, Ana Martín Jiménez, Teresa Martín Galve, Sonia Gómez Sánchez, Celia García Macías.
Universidad Católica de Ávila

elena.sanchez@ucavila.es

Introducción.
La terapia manual es una intervención de elección del fisioterapeuta del dentro del trabajo multidisciplinario en pacientes con dolor músculo-esquelético1. En el paciente con dolor crónico aparecen factores condicionantes intrínsecos y extrínsecos como factores psicosociales, ambientales, laborales a tener en cuenta desde el enfoque biopsicocial2. La interacción terapeuta y paciente con terapia manual se realiza a través de una atención individualizada, espacio de atención confidencial, un tiempo amplio de interacción, y un abordaje a través del contacto

manual, factores que pueden influir en la mejoría, la evolución y la propia satisfacción del proceso de atención3.

Objetivos.
Valorar el nivel de satisfacción de los pacientes con dolor musculo-esquelético que recibieron tratamiento de terapia manual y la posible relación con el sexo, la edad, carga laboral y motivo de consulta.
Determinar los aspectos mejor valorados de la intervención.

Metodología.
Estudio descriptivo observacional, con encuesta telefónica a pacientes que iniciaron tratamiento de terapia manual entre el año 2020-2022 inclusive, recibiendo más de dos sesiones en los últimos 6 meses antes de realizar la encuesta a través del cuestionario de satisfacción del paciente (SAPS4,5).

Resultados.
Se encuestaron 102 pacientes (54,9 % hombres, 46,1% mujeres) que cumplían los criterios de inclusión con edad entre 24-76 años, 31,4 % con dolor cervical, 35,3% con dolor lumbar y 29,4% con dolor general de espalda (29,4%), 54,9% con carga laboral estática, y 45,1% dinámica. Todos los ítems del cuestionario SPAS se sitúan por encima de 3,20 puntos en una escala de 0 a 4.

Conclusión.
El nivel de satisfacción en pacientes con dolor musculo-esquelético que han recibido intervención con terapia manual es alto, el nivel de satisfacción no está relacionado con el sexo, la edad, ni vinculado al nivel de carga laboral ni al motivo consulta.
Los aspectos mejor valorados son el sentirse respetado durante todo el proceso y la atención recibida.

Bibliografia
1.Lee NW, Kim GH, Heo I, Kim KW, Ha IH, Lee JH, et al. Chuna (or Tuina) Manual therapy for musculoskeletal disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Evid Based Complement Alternat Med. 2017; 2017.
2.Misailidou V, Malliou P, Beneka A, Karagiannidis A, Godolias G. Assessment of patients with neck pain: a review of definitions, selection criteria, and measurement tools. J Chiropr Med [Internet]. 2010 Jun [cited 2023 Feb 13];9(2):49. Available from: /pmc/articles/PMC2943658/
3.Bishop MD, Torres-Cueco R, Gay CW, Lluch-Girbés E, Beneciuk JM, Bialosky JE. What effect can manual therapy have on a patient's pain experience? Pain Manag. 2015;5 (6): 455-64.
4. Barrasa JI, Aibar C. Revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el periodo 1986-2001. Rev Calidad Asistencial 2003;18(7):580- 90.
5. Hawthorne G, Sansoni J, Hayes L, Marosszeky N, Sansoni E. Measuring patient satisfaction with health care treatment using the Short Assessment of Patient Satisfaction measure delivered superior and robust satisfaction estimates. Journal of Clinical Epidemiology [Internet]. 2014 May; 67(5):527 37.

32
ACOMPAÑAMIENTO DE LOS PADRES EN LA AMBULANCIA PEDIÁTRICA

Patricia Corniero Alonso, Mònica Girona Alarcón Elena Fresán Ruiz, Roi Campos Rodríguez, Manuel Rodríguez Martínez, Elisabeth Esteban Torné
Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona

patricia.corniero@sjd.es

Introducción
Cataluña dispone de unidades de transporte pediátricas especializadas. En 2015 se realizó un proyecto de humanización con la recreación del mundo submarino en las ambulancias.

En 2017 se inició un estudio para conocer las características de los transportes pediátricos
(TP) con acompañamiento familiar (AF) y las incidencias de seguridad (IS) asociadas. En
2022 se ha repetido el estudio tras la pandemia COVID-19.

Objetivos

- Conocer las características del TP con AF.
- Conocer si el AF aumenta las IS.

Metodología

Estudio prospectivo, observacional, realizado durante dos periodos: periodo 1 (2017-2018) y periodo 2 (2022-2023). Se incluyeron niños trasladados por la unidad QP02, tras la firma del consentimiento informado.
Se rellenó un cuestionario registrando el AF, en la cabina asistencial (CA), en la delantera
(CD) y las IS.

Resultados

Se analizaron 1017 traslados, 679 (66.7%) de 2017-2018, 338 (33.2%) de 2022-2023. En el primer periodo, 515 (75.8%) de los niños tuvieron AF, y en el segundo, 291 (86.1%), p<0.001. Además, ha aumentado el porcentaje AF en la CA, 66.0% frente al 26.7% del primer periodo, p<0.001.
Las IS fueron similares con el AF (15.5%), que sin el AF (19.3%), p=0.189. No hubo más incidencias respiratorias (11.3 vs. 14.0%, p=0.281), hemodinámicas (2.2 vs. 1.9%, p=0.786), ni neurológicas (4.9 vs. 5.3%, p=0.784).
Analizando los traslados con AF, hubo más IS cuando los padres fueron en la CD, 20.1% vs. 9.0%, p<0.001. Hubo más incidencias respiratorias (14.6 vs. 6.8%, p=0.001), hemodinámicas (3.2 vs. 0.6%, p=0.013) y neurológicas (6.9 vs. 2.1%, p=0.003).

Conclusiones

Ha aumentado el AF durante el TP. El AF no generó más IS. En pacientes acompañados, hubo más IS cuando los padres fueron en la CD. El traslado de pacientes acompañados se puede considerar bastante seguro, aunque en pacientes más inestables, no se permitió el AF en la CA.

Bibliografía

1. Plante V, Cyr C, Lamontagne A, Tremblay-Roy JS. Parental Presence in Pediatric Interfacility Critical Care Transport: A Descriptive Study of Children, Parents, and Health Care Professionals' Opinions. Air Med J. 2020 Jul-Aug;39(4):257-261. doi: 10.1016/j.amj.2020.04.012. Epub 2020 May 13. PMID: 32690300.
2. Joyce CN, Libertin R, Bigham MT. Family-centered care in pediatric critical care transport. Air Med J. 2015 Jan-Feb;34(1):32-6. doi: 10.1016/j.amj.2014.09.007. PMID: 25542725.
3. Macnab AJ. Optimal escort for interhospital transport of pediatric emergencies. J Trauma. 1991;3:205---9.
4. Edge WE, Kanter RK, Weigle CG, Walsh RF. Reduction of morbidity in interhospital transport by specialized pediatric staff. Crit Care Med. 1994;22:1186---91.
5. Prabhudesai S, Kasala M, Manwani N, Krupanandan R, Ramachandran B. Transport- related Adverse Events in Critically-ill Children: The Role of a Dedicated Transport Team. Indian Pediatr. 2017 Nov 15;54(11):942-945. Epub 2017 Aug 24.
6. A Gray, S Bush, S Whiteley. Secondary transport of the critically ill and injured adult. Emerg Med J 2004;21:281–285.
7. van den Berg J, Olsson L, Svensson A, Håkansson S. Adverse events during air and ground neonatal transport: 13 years' experience from a neonatal transport team in Northern Sweden. J Matern Fetal Neonatal Med. 2015 Jul;28(10):1231-7.

34

VOLVER A ...SOÑAR!!!!!!!

Mendez Ribaudi, Eva; Guillaumet Justribó, Gemma; Rubio Díaz, Esther; Capdevila Casòliva, Meritxell; Cuenca Sanchez, Lidia ; Rodriguez Claraco, Mº Jesús.
Fundació Althaia, Manresa, Barcelona

emendezr@althaia.cat

Introducción

La pandemia, sin duda, ha empeorado las condiciones estresantes propias del personal de enfermería de UCI/UCSI.
A raíz de ello ha habido grandes repercusiones tanto a nivel de salud así como en el desempeño de nuestro trabajo, dando lugar a un estado de agotamiento físico y mental prolongado en el tiempo. Todo esto nos ha comportado a tener que trabajar de una forma distinta a la pre-pandemia.

Objetivos

1. Garantizar que los pacientes ingresados en nuestras unidades descansen de forma ininterrumpida durante > 5 horas.
2. Valorar y comparar la calidad subjetiva del sueño percibido por los pacientes ingresados en la unidad pre y post-pandemia.

Metodología

Reuniones de grupo de trabajo multidisciplinario HUCI a retomar temas y actividades tras la repercusión de la pandemia como :
1. Acciones para mantener el descanso nocturno de forma interrumpida durante más 5h .
2. Acciones para valorar la calidad subjetiva del sueño percibido por los pacientes.
El personal de la unidad del turno de la mañana retomó la recogida de los datos del cuestionario (RCSQ)* post-pandemia, con previa obtención del consentimiento informado y que cumplieran los criterios de inclusión e exclusión.
*(Richmond Campbell Sleep Questionnaire).

Resultados

En la RCSQ* pre y post-pandemia se recogieron 30 muestras y los resultados más significativos de la valoración de los artefactos de la unidad fueron:

	Pre-pandemia	Post-pandemia
1. Les molestó el ruido	14%	66%
2. Les molestó la luz	10%	40%
3. Les molestó el temor/ ansiedad	17%	40%
4. Les molestó el frío/ calor	0%	40%

En la RCSQ* pre y post-pandemia se recogieron 30 muestras y los resultados más significativos de la valoración de la calidad del sueño fueron:
Que a pesar de una pandemia y todo el impacto que ha supuesto en el desarrollo de nuestro trabajo, la valoración subjetiva de la calidad del sueño pre y post-pandemia no ha variado significativamente (2'7%), es decir el paciente refiere haber dormido bien.

Conclusiones

A causa de la pandemia hemos adquirido malos hábitos como el aumento del ruido, más contaminación lumínica y la presencia de restricciones en las visitas de familiares causando un 23% más de sensación de temor/ansiedad en los pacientes.

Bibliografia

1. ELSEVIER DOYMA. Revista científica de la Sociedat Española de Enfermeria

Neurológica.2011;34(2):39/45
2. Mateu Capell, M. Protocol: Maneig del confort dels pacients de UCI/UCSI a través de l'impacte del soroll mediambiental a través de la utilització de mitjans de barrera auditiva.2016.Althaia.

37

EDUCACIÓN ENTE IGUALES: UN VIAJE APASIONANTE HACIA EL EMPODERAMIENTO Y LA HUMANIZACIÓN.

Izaskun Antúnez Tricio, Lourdes Ochoa de Retana García, Irene Duo Trecet, Estíbaliz Gamboa Moreno, Ainhoa Ulibarri Ochoa.
Osakidetza.

IZASKUN.ANTUNEZTRICIO@osakidetza.eus

2. **Introducción**:
La humanización de la asistencia sanitaria implica fomentar la autonomía, el autocuidado y el empoderamiento, favoreciendo una relación entre profesionales y pacientes que promueva un modelo centrado en la persona, a través de la escucha activa y el acompañamiento, respetando siempre los principios que marca la bioética.
Partiendo de esa mirada, en 2010 Osakidetza comenzó a desarrollar e implementar el Programa Paziente Bizia – Paciente Activo de educación en autocuidados, basado en la metodología de formación entre pares/iguales.

3. **Objetivo**:
Presentar la contribución del Programa Paziente Bizia- Paciente Activo a la humanización de la asistencia sanitaria.

4. **Descripción de la experiencia:**
Respetando la metodología educativa Standford con la que nació el programa en 2010, los participantes son captados de forma oportunista, bien por sus profesionales de Atención Primaria de referencia, o a través de su difusión en los diferentes medios de comunicación con los que cuenta nuestra Organización.

Los talleres son impartidos con una frecuencia semanal por dos monitores formados (pares/iguales), siguiendo una metodología validada basada en conocimientos básicos sobre enfermedad y herramientas de afrontamiento, destacando el aprendizaje de la técnica de resolución de problemas y la formulación de propósitos en aras de avanzar en la proactividad y la responsabilidad bajo un prisma colaborativo y participativo.

5. **Resultados**:
Las encuestas de satisfacción de los participantes así como sus testimonios personales, arrojan siempre valoraciones muy positivas, hasta el punto de que algunos de ellos muestran su interés en formarse para convertirse en futuros monitores.

6. **Conclusiones**:
La implantación de nuevos talleres y los diferentes estudios de evaluación, generan nuevo conocimiento que nos permiten avanzar en la contribución a la humanización de la atención sanitaria.
El modelo desarrolla una visión holística del cuidado de la persona, aprendiendo nuevas formas de trabajar con la salud y la enfermedad, centrando el interés en las necesidades, sentimientos y vivencias.

40

ATENCIÓN ESPIRITUAL EN LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA

Mª Dolores Fernández-Pascual, Laura Martínez-Rodríguez, Abilio Reig-Ferrer, Eva Barallat Gimeno, Clara Lago Porredon, Laura Riquelme-Ros.
Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante. Universidad de Barcelona. Universidad de Lleida. Hospital de Igualada. Barcelona

mariadolores.fernandez@ua.es

Recientes revisiones de la literatura científica ponen de manifiesto la relevancia de la capacitación en competencias espirituales y transpersonales en profesionales de la enfermería como herramienta mediadora y facilitadora de la humanización del cuidado. Mejorar la competencia de los profesionales de enfermería en estas habilidades requiere de la incorporación e implantación en el currículo de los estudios de Grado de nuevas metodologías y recursos didácticos desde un modelo de abordaje integral y humanizado del cuidado. El objetivo de esta comunicación es presentar una recopilación de los principales estudios realizados por el Grupo de investigación en innovación docente de la Universidad de Alicante, "Espiritualidad y Cuidados de Enfermería" que avalan la importancia de estos recursos como componentes esenciales para la humanización en la formación básica de Grado. Se pretende analizar los principales resultados obtenidos mediante estas experiencias prácticas y aportar elementos para el debate sobre el uso de las diferentes técnicas. Con esta finalidad la comunicación se ha estructurado en tres apartados. En el primero se realizará una breve revisión y reflexión desde una perspectiva interdisciplinar del concepto de la espiritualidad en la atención sanitaria como elemento clave en la humanización del cuidado. En segundo lugar, se examinará la metodología y recursos pedagógicos generados con las investigaciones previas que promueven la integración de la espiritualidad en los contenidos interdisciplinares de las asignaturas y facilitan el aprendizaje activo y significativo. Finalmente, se analizarán los principales hallazgos obtenidos y las principales implicaciones en la práctica clínica. Cabría añadir, como apunte final, que la presente comunicación aporta en primer lugar, una revisión estructurada del estado actual de la formación espiritual para la humanización del cuidado en los estudios del Grado en Enfermería y en segundo lugar un proyecto educativo estándar para mejorar las competencias espirituales y transpersonales en profesionales de la enfermería.

Referencias:

Coscrato, G., & Villela Bueno, S. M. (2015). Spirituality and humanization according to nursing undergraduates: an action research. Investigación y educación en enfermería, 33(1), 73-82.
Díaz-Rodríguez, M., Rubio, L. A., García, D. A., Cristóbal, E. P., & Valera, M. C. (2020). Training guidelines for humanised nursing care: an integrative. Enfermería Global, (58), 657.
Fernández-Pascual, M.D., Reig-Ferrer, A., Santos-Ruiz, A., Arredondo-González, C. P., Martínez-Rodríguez, L., & Miquel-Diego, P. (2022). Sentido en la vida y autocuidado personal en estudiantes de Enfermería. En: Satorre Cuerda, Rosana (ed.). El profesorado, eje fundamental de la transformación de la docencia universitaria. Barcelona: Octaedro, 2022. ISBN 978-84-19506-52-8, pp. 84-90
Fernández-Pascual, M. D., Reig-Ferrer, A., & Santos-Ruiz, A. (2020). Effectiveness of an educational intervention to teach spiritual care to spanish nursing students. Religions, 11(11), 596.
Fernández-Pascual, M.D., Reig-Ferrer, A., Santos-Ruiz, A., Boix-Ferrer, J. A.., Giménez-Martínez, L., Hidalgo-Montoya, M., ... & Riquelme-Ros, L. (2020). Evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual en una muestra de estudiantes de Enfermería en la asignatura de Psicología. En: Roig-Vila, Rosabel (ed.). La docencia en la Enseñanza Superior. Nuevas aportaciones desde la investigación e innovación educativas. Barcelona: Octaedro, 2020. ISBN 978-84-18348-11-2, pp. 183-191
Fernández-Pascual, M.D., Reig-Ferrer, A., Santos-Ruiz, A., Boix-Ferrer, J. A.., Giménez-Martínez, L., Hidalgo-Montoya, M., ... & Riquelme-Ros, L. (2019). Mejora de competencias para la atención espiritual en la práctica de enfermería a través del estudio de casos. Roig-Vila, Rosabel (ed.). Investigación e innovación en la Enseñanza Superior. Nuevos contextos, nuevas ideas. Barcelona: Octaedro, 2019. ISBN 978-84-17667-23-8, pp. 518-526.
Fernández-Pascual, M.D., Reig-Ferrer, A., Santos-Ruiz, A., Riquelme-Ros, L., & Viventi-Calderón, A. (2018). El efecto protector del bienestar espiritual sobre el grado de estrés percibido en estudiantes de Enfermería. En: Roig-Vila, Rosabel (ed.). El compromiso académico y social a través de la investigación e

innovación educativas en la Enseñanza Superior. Barcelona: Octaedro, 2018. ISBN 978-84-17219-25-3, pp. 166-174.
López-Tarrida, Á. C., Ruiz-Romero, V., & González-Martín, T. (2020). Caring with meaning: the spiritual care in healthcare from the professional´ s perspective. Revista Española de Salud Pública, 94, e202001002-e202001002.
Meneses-La-Riva, M. E., Suyo-Vega, J. A., & Fernandez-Bedoya, V. H. (2021). Humanized care from the nurse–patient perspective in a hospital setting: a systematic review of experiences disclosed in Spanish and portuguese scientific articles. Frontiers in Public Health, 1809.
Queiroga, S. (2018). Spiritual and Religious Care: Contribution to the Humanization of Assistance. Revista Iberoamericana de Bioética 8:01-15.
Reig-Ferrer, A., de la Cuesta-Benjumea, C., Fernández-Pascual, M. D., & Santos-Ruiz, A. (2019). A view of spirituality and spiritual care in a sample of Spanish nurses. Religions, 10(2), 129.
Reig-Ferrer, A., Fernández-Pascual, M. D., Santos-Ruiz, A., Cabrero-García, J., Cuesta-Benjumea, C. D. L., Arredondo-González, C. P., & Borrego-Honrubia, C. (2017). Relación entre Personalidad y Espiritualidad en Estudiantes de Enfermería. En: Roig-Vila, Rosabel (coord.). Memorias del Programa de Redes-I3CE de calidad, innovación e investigación en docencia universitaria. Convocatoria 2016-17 Alicante: Universidad de Alicante, Instituto de Ciencias de la Educación (ICE). ISBN 978-84-697-6536-4, pp. 1636-1647
Reig-Ferrer, A., Fernández-Pascual, M.D., Santos-Ruiz, A., Arredondo-González, C. P., Cabañero-Martínez, M. J., Cabrero-García, J., & Ramos-Pichardo, J. D.(2016). Integración de los cuidados espirituales en estudiantes de enfermería: una propuesta de intervención educativa. XIV Jornadas de Redes de Investigación en Docencia Universitaria: investigación, innovación y enseñanza universitaria: enfoques pluridisciplinares, 2096-2110.

42

BODY MAPPING COMO METODOLOGÍA DOCENTE EN LA CONSTRUCCIÓN DEL SIGNIFICADO DE LA ESPIRITUALIDAD Y DESARROLLO DE LA INTELIGENCIA ESPIRITUAL EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA.

Laura Martínez Rodríguez, Mª Dolores Fernández-Pascual, Jordina Domenech Sorolla, Clara Lago Porregón. Eva Barallat Gimeno, Abilio Reig Ferrer.
Universitat de Barcelona. Universidad de Alicante. Universidad de Lleida. Hospital Universitario de Igualada

Laura.martinezr@ub.edu

Resumen
Introducción: La dinámica del Body-maping además de ser una forma de arte, se utiliza también como técnica de representación para la generación de conocimiento. Es una técnica narrativa utilizada para facilitar la comprensión de uno mismo, de nuestros cuerpos, y del mundo en el que vivimos, promoviendo la autoconsciencia de las dimensiones de la espiritualidad a través del esbozo, pintura que muestran las imágenes mentales, ideas, miedos y preocupaciones que forman parte de las competencias espirituales en el ejercicio enfermero.

Objetivo:
Explorar las percepciones, vivencias y discursos de estudiantes de enfermería que brindan cuidados de enfermería espiritual al final de la vida. Analizar qué elementos de las dimensiones de la espiritualidad (intra-inter-trans) emergen y cómo se expresan al hacerlas conscientes durante el proceso de formación de enfermería.

Metodología:
Estudio cualitativo exploratorio. Se utiliza el body-mapping como técnica (de representación) en la generación de datos. Se realiza un análisis de contenido de los relatos que acompañan las imágenes de los dibujos y los dibujos de 40 estudiantes de 4º curso de enfermería. Aplican Criterios de rigor.

Resultados:
Emergen todas las dimensiones de la espiritualidad (según la definición de la SECPAL). La dimensión que emerge con más riqueza es la intrapersonal, seguida de la interpersonal. La dimensión transpersonal emerge de forma residual y ligada a

prácticas religiosas. El estudiantado elabora un discurso positivo sobre sus percepciones y significados en la relación de la dimensión espiritual y el significado de la integración de la espiritualidad en el cuidado de los pacientes al final de la vida.

Conclusiones:

Los estudiantes identifican la omisión de la enseñanza del cuidado espiritual en su currículo de enfermería. Sin embargo, reconocen que este es un concepto importante que debe integrarse en el cuidado debido a su lugar.

Bibliografia

- Babamohamadi H, Ahmadpanah M-S, Ghorbani R. Attitudes Toward Spirituality and spiritual Care among Iranian Nurses and Nursing Students: A Cross-Sectional Study. J Relig Health [Internet]. 2018 [cited 2019 Jun 8];57(4):1304–14. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28831748
- Balboni TA, Fitchett G, Handzo GF, Johnson KS, Koenig HG, Pargament KI, et al. State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part II: Screening, Assessment, and Interventions. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2017 Sep 1 [cited 2019 Jun 8];54(3):441–53. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392417302932
- Baldacchino D, Draper P. Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature. J Adv Nurs. 2001;34(6):833–41.
- Baldacchino DR. Nursing competencies for spiritual care. J Clin Nurs. 2006;15(7):885–96.
- Ballesteros M, Centeno C, Arantzamendi M. A qualitative exploratory study of nursing students' assessment of the contribution of palliative care learning. Nurse Educ Today. 2014;34(6):1-6.
- Best M, Butow P, Olver I. Palliative care specialists' beliefs about spiritual care. Support Care Cancer. 2016; 24(8): 3295–306.
- Cabrera Adán, M., LLuch Bonet, A., & Casas Olazábal, I. (2008). Reflexiones sobre dolor no físico y sufrimiento desde la perspectiva de enfermería. Revista Cubana de Enfermería, 24(3-4), 0-0.
- Chandramohan S, Bhagwan R. Spirituality and spiritual care in in the context of nursing education in South Africa. Curationis. 2015;38(1):1-15.
- Cockell N, McSherry W. Spiritual care in nursing: an overview of published international research. J Nurs Manag. 2012;20(8):958–69.
- Cruz JP, Alshammari F, Alotaibi KA, Colet PC. Spirituality and spiritual care perspectives among baccalaureate nursing students in Saudi Arabia: A cross-sectional study. Nurse Educ Today. 2017;49:156–62.
- Culliford L. Spirituality and clinical care. BMJ. 2002; 325:1434–5.
- Daghan S. Nursing Students' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care; An Example of Turkey. J Relig Health. 2018;57(1):420–30.
- Fischman,D. (2016) Inteligencia Espiritual en la Ed. Grupo Planeta. Perú. - Gallegos, R. (2013) Inteligencia Espiritual Amazon kindle. Mexico.
- Gardner, H. (1987). La teoría de las inteligencias múltiples. Santiago de Chile: Instituto Construir. Recuperado de http://www. institutoconstruir. org/centro superacion/La% 20Teor% EDa% 20de, 20, 287-305.
- Guillemin, M. (2004). Understanding illness: Using drawings as a research method. Qualitative health research, 14(2), 272-289. DOI: 10.1177/1049732303260445
- Herdman TH, Kamitsuru S. (Eds.). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015- 2017. Barcelona: Elsevier; 2015.
- Lackey SA. Apertura a la espiritualidad : Cuidados de enfermería sensitivos. Nurs (Ed española). 2014; 27(10):40–2.
- McSherry W, Cash K, Ross L. Meaning of spirituality: implications for nursing practice. J Clin Nurs. 2004; 13(8):934–41.
- McSherry W, Draper P, Kendrick D. The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. Int J Nurs Stud. 2002;39(7):723–34.
- Muñiz J, Elosua P, Hambleton RK. 2013. Directrices para la traducción y adaptación de los tests: Segunda edición. Psicothema; 25(2):151-7.
- Morillo Martín MS, Galán González-Serna JM, Llanos Peña F de. Actitudes de las Enfermeras ante los Cuidados Espirituales y Religiosos en un Hospital General. Index de Enfermería [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 8];26(3):152–6. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Musgrove, L., & Musgrove, M. (2015). Drawing is learning. The Journal of the Assembly for Expanded Perspectives on Learning, 20(1), 12.
- Ortiz, N. (2012). La novena inteligencia. Revista estudiantes de filosofía, 24, 1-5.
- Pascual, M. D. F., Ferrer, A. R., Ferrer, J. A. B., Martínez, L. G., Montoya, M. H., De la Puente Martorell, B., ... & Ros, L. R. (2020). Evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual en una muestra de estudiantes de Enfermería en la asignatura de Psicología. In La docencia en la Enseñanza Superior: Nuevas aportaciones desde la investigación e innovación educativas (pp. 183-191). Octaedro.
- Pfettscher SA. Florence Nightingale: Modern Nursing. Nursing theorists and their work. 20014. 60–78 p.
- Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. J Palliat Med. 2014;17(6):642–56.

- Ramezani M, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A. Spiritual care in nursing: a concept analysis. Int Nurs Rev. 2014;61(2):211–9.
-Reig-Ferrer A, de la Cuesta-Benjumea C, Fernández-Pascual M, Santos-Ruiz A. A View of Spirituality and Spiritual Care in a Sample of Spanish Nurses. Religions. 2019;10(2):129.
- Ross L, Van Leeuwen R, Baldacchino D, Giske T, McSherry W, Narayanasamy A, et al. Student nurses perceptions of spirituality and competence in delivering spiritual care: A European pilot study. Nurse Educ Today [Internet]. 2014 [cited 2019 Jun 8];34(5):697–702. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.09.014
- Torralba, F. (2016). Inteligencia espiritual en los niños. Plataforma.
- Vargas Escobar LM. Validez y confiabilidad de la versión en español de la Escala de Evaluación de la Espiritualidad y el Cuidado Espiritual. Rev Colomb Enfermería. 2016;11(10):34.
- Watson J. Nursing: seeking its source and survival. ICU Nurs WEB J [serial on the internet] 2002 January-March [cited 2003 Dec 12]; (9):[7 screens]. Available from: URL: http:// www.nursing.gr/J.W.editorial.pdf.
- Wong KF, Yau SY. Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong. Appl Nurs Res. 2010;23(4):242–4.
- World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. Bull World Health Organ. 2001;79(4):373–4.
- Zohar, Danah y Marshall, Ian (2002) Inteligencia Espiritual, la inteligencia que permite ser creativo, tener valores y fe. Ed. Random House Mondadori. Barcelona (ISBN-84-397-0961-7)

44

OPINIÓN DEL PERSONAL SANITARIO: PRESENCIA DE PADRES DURANTE LA TRANSFERENCIA AL INGRESO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Daiara Momplet Cubero, Patricia Corniero Alonso , David Vila Pérez, Ignacio del Castillo Velilla, Omar Rodríguez Forner, Francisco José Cambra Lasaosa.
Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona

patricia.corniero@sjd.es

Introducción

La humanización en Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) da respuesta a necesidades humanas y emocionales de pacientes, familias y profesionales sanitarios (PS).
Los cuidados centrados en paciente y su familia (CCPF) constituyen una estrategia eficaz para favorecer la humanización en UCIP, como la presencia continua de los padres (PP).
Hay escasa literatura publicada sobre la PP durante la Transferencia de su hijo al ingreso en UCIP (TUCI).

Objetivos

Conocer la opinión del PS sobre la PP durante la TUCIP.

Metodología de estudio

Estudio prospectivo y observacional realizado durante 2 semanas. Se envió una encuesta al PS que participa en la TUCIP.

Resultados

Se recogieron 86 encuestas. La mediana de edad fue de 33 años (RIQ 28-39.5 años); 68 (79.1%) mujeres. 63 (73.3%) trabajan en UCIP, 15 (17.4%) en pediatría y 7 (8.1) en UCIP-SEM con una experiencia laboral mediana en su servicio de 6 años (RIQ 3-12.5 años). 35 (40.7%) son enfermeras especialistas, 22 (25.5%) médicos adjuntos, 8 (9.3%) TCAE. 61 (70.9%) están de acuerdo con la PP en la TUCIP y 51 (59.3%) han realizado esta TUCIP. De estos, 47 (92.2%) no han tenido problemas.
Respecto a los beneficios en pacientes, el 61.6%, piensa que mejora su comportamiento, el 87.2% que está menos ansioso y el 31.4% que presenta menos dolor. En el PS, el 60.5% cree que mejora el comportamiento del paciente, el 29.11%

que tiene menos dolor y el 54.7% que mejora la relación entre padres-PS. En el familiar, el 58.3% piensa que los padres se sienten útiles y el 63.3% que están más relajados. El 75.6% cree que es necesaria una formación específica.

Conclusiones

Parece que el PS está a favor de la PP en la TUCIP y que puede ser beneficioso para el paciente. Son necesarios más estudios y formación respecto a este tema.

Bibliografía

1- Cullinane JP, Plowright CI. Patients' and relatives' experiences of transfer from intensive care unit to wards. Nurs Crit Care. 2013 Nov;18(6):289-96. doi: 10.1111/nicc.12047. Epub 2013 Aug 22. PMID: 24165070.
2- Lee EY, Park JH. A phenomenological study on the experiences of patient transfer from the intensive care unit to general wards. PLoS One. 2021 Jul 7;16(7):e0254316. doi: 10.1371/journal.pone.0254316. PMID: 34234351; PMCID: PMC8263304.
3- Fults MZ, McDonald C, Russell S, Folenta D, Whichard F, Ritchie AD, Murphy T. Intra-NICU Patient Transfers: A Study of Frequency and Family and Staff Perceptions. Neonatal Netw. 2022 Mar 1;41(2):94-99. doi: 10.1891/11-T-691. PMID: 35260426.
4- Zhan Y, Yu J, Chen Y, Liu Y, Wang Y, Wan Y, Li S. Family caregivers' experiences and needs of transitional care during the transfer from intensive care unit to a general ward: A qualitative study. J Nurs Manag. 2022 Mar;30(2):592-599. doi: 10.1111/jonm.13518. Epub 2021 Dec 1. PMID: 34799985.
5- Abraham J, Burton S, Gordon HS. Moving patients from emergency department to medical intensive care unit: Tracing barriers and root contributors. Int J Med Inform. 2020 Jan;133:104012. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2019.104012. Epub 2019 Oct 18. PMID: 31726385.

46

UN HOSPITAL COMARCAL COMPROMETIDO CON LA HUMANIZACION Y LA CALIDAD

Del Campo Molina, E.; Salcedo Sánchez, MC; Ruiz Caballero, J., Garcia Merino, S.; Alferez Reyes, M.J., Pérez Manrique, R.
Hospital de Montilla (Córdoba)

emilio.campo.molina.sspa@juntadeandalucia.es

Justificación:

Nuestro Hospital reconoce la importancia de la humanización en la atención sanitaria. Este enfoque busca dar respuesta a las necesidades y expectativas de pacientes y familias, promoviendo una atención más empática y centrada en la persona, no solo en la enfermedad. Así, nos esforzamos, ofreciendo una atención de calidad, cuidando los aspectos clínicos y emocionales del paciente.
Cuando los profesionales están comprometidos con este enfoque, se consiguen reconocimientos y premios.

Objetivos:

- Visionar el trabajo de un hospital comarcal desde la mirada de la atención y la humanización y compromiso.
- Nominar los premios conseguidos por el personal de nuestro hospital tras el paso de los años, dando valor al Hospital y a sus profesionales implicados.

Metodología:

El Hospital de Montilla, es un hospital comarcal pequeño: 96 camas, y con los mismos servicios clínicos que cualquier hospital comarcal. Hospital creado en el año 2004, y siempre comprometido con la calidad profesional y humana, con 410 profesionales sanitarios y 80 no sanitarios.
Fruto de ese compromiso, los profesionales han trabajado en muchos proyectos relacionados con el trabajo de calidad y humano, dando su fruto a través de los años.

Enumeramos los premios conseguidos relacionados con calidad, gestión, y humanización desde el año 2007 hasta el 2023,

Resultados:
En 15 años hemos recibido 35 premios, menciones y reconocimientos.
Especialidades: UCI: 16, Urgencias: 12, Hospital: 6, Ginecologia: 1, Digestivo 1, Mixto: 3.
Por años: (2007 a 2022): 1-1-2-4-3-4-1-1-3-4-1-3-1-1-5. Media por año: 2,33 premios.

Conclusiones:
Con personas comprometidas con el trabajo de calidad y humano se consiguen estos reconocimientos que sirven para potenciar el nombre de un Hospital.
Se han desarrollado grandes proyectos que han tenido reconocimiento.
Pensamos que el valor de un Hospital podría medirse también por la excelencia reconocida de premios obtenidos.

49
PROYECTO OPTIMIZACIÓN DE LA CESÁREA EN EL CONTEXTO DE LA HUMANIZACIÓN PERINATAL

Irma Trejo Bravo, Antonia Calero Espino, Julia Molero Villatoro, Isabel Martín Adán, José Garriguet López, María de Prado Amian.
Hospital comarcal de Montilla. Córdoba

irma.trejo.sspa@juntadeandalucia.es

Introducción.
Incremento de cesáreas en los últimos años. La OMS establece hasta el 15%, la SEGO un 20% como indicador de calidad óptimo la tasa de cesáreas. El excesivo intervencionismo médico durante el parto como factor de riesgo: la impaciencia del obstetra, ciertos egos profesionales, comodidad, conveniencia, medicina defensiva, malas prácticas clínicas

Objetivo.
Disminuir la práctica de cesáreas inadecuadas e innecesarias

Metodología.
Analizamos las cesáreas practicadas en nuestro Servicio en 2014, año donde nos propusimos optimizar la indicación de cesárea, y los estándares de calidad ajustándonos a la evidencia científica, sobre las causas más frecuentes (riesgo de pérdida del bienestar fetal, fracaso de inducción, parto estacionado, desproporción cefalopélvica y misceláneas). Nos sometemos a dos auditorías de una muestra aleatoria, una interna (autoaudit) y otra externa y establecimos el grado de cumplimiento de dichos estándares. Para el test diagnóstico utilizamos frecuencias, medias, proporciones y tasas

Resultados.
Se contabilizaron 68 cesáreas de 482 partos (14,1%). La muestra aleatoria auditada ascendió a 17, lo que supone el 25% del total, correspondiendo 5 a electivas (29%) y 12 a urgentes (71%), de éstas 4 fueron por riesgo de pérdida del bienestar fetal (4/12, 33%), 4 por parto estacionado (4/12, 33%), 3 misceláneas (3/12, 25%) y 1 a fracaso de inducción (1/12, 9%). El grado de cumplimiento al correlacionarlo con los diferentes estándares se situó en el 94,12% de adecuación del total de cesáreas auditadas.

Conclusiones.

El número de cesáreas podemos disminuirlo atendiendo a indicaciones adecuadas sin poner en riesgo la morbimortalidad perinatal y materna, manejando una serie de indicadores de calidad en obstetricia avalados por la evidencia científica (buenas prácticas) y con un grado de compromiso por parte de todo el equipo encargado del parto

Bibliografía

1. Grupo de trabajo SEGO. Indicadores de Calidad Asistencial en Ginecología y Obstetricia. Ed. Multimédica Proyectos. 1999
2. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Organización Mundial de la Salud 2015
3. Salinas H, Erazo M, Pastén J, Preisler J, Ide R, Carmona G. Indicadores de Calidad de Asistencia Obstétrica. Rev Chil Obstet Ginecol 2006;71(2):114-120
4. Romero AI, Luján M, Pernía J, Hernánedez A. Incidencia y factores relacionados con la pérdida hemática intraparto excesiva. Enfermería Clínica 2011;vol 21(5):256-263
5. Quintana CH, Etxeandri I, Rico R, Armendáriz I, Fernández I. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía dirigida a mujeres embarazadas, a los futuros padres, así como a sus acompañantes y familias. Guías de Práctica Clínica en SNS. Versión OSTEBA Nº 2009/01
6. Plan de parto y nacimiento del Sistema Sanitario Público Andaluz. Junta de Andalucía. Consejería de Salud 2009
7. Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía 2006-2012. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social 2013

52

MUERTE DIGNA: CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES DE CUIDADOS CRÍTICOS (UCI Y URGENCIAS) DE UN HOSPITAL PROVINCIAL SOBRE LA LEY DE ANDALUCIA

Rosa María Arjona Fernández; Ana María Montoro Pérez; José Garrido Asensio; Rocío Martínez Rodríguez; Cristina de la Rosa Morena; José M.ª Garrido Miranda.
Hospital Universitario de Jaén.

Roseta75@hotmail.com

Introducción

El derecho a una muerte digna queda determinado en un amplio marco legal. Los profesionales sanitarios deberían ser conocedores de los derechos, deberes y garantías de los pacientes a los que atendemos, para así proporcionarles unos cuidados adecuados y de calidad en la fase final de la vida.

Objetivo

Evaluar los conocimientos de los profesionales sanitarios en las áreas de Urgencias y UCI, de un hospital provincial, sobre la ley de muerte digna de Andalucía.

Material y método

Estudio observacional descriptivo que se realiza entre enero-marzo de 2023.
Se recoge edad, sexo, categoría profesional (Facultativo, Enfermera y TCAE) y servicio (Urgencias y UCI).
Para el análisis de los conocimientos se ha elaborado un cuestionario ad hoc, adaptado a los objetivos del estudio y basado en la ley de muerte digna de Andalucía. Un grupo de expertos ha evaluado la validez del contenido.
Se realiza un análisis descriptivo.
La participación es totalmente voluntaria.

Resultados

Se recogieron 78 cuestionarios. La mediana de edad de los participantes fue de 43(P25:31; P75:54) años, siendo el 75,64% (n=59) mujeres. Por categoría profesional, facultativos 24,35% (n=19), enfermeras 51,28% (n=53) y TCAES
24,35% (n=19). Y el 67,94% (n=53) fueron del servicio de Urgencias.

En cuanto a los conocimientos de los profesionales, destaca que el 15,38%, refiere no tenerlos en cuanto a los derechos de los menores. El 12,82% no conoce los deberes de los profesionales referente a la limitación del esfuerzo terapéutico, un 8,97% respecto a las personas que puedan hallarse en situación de incapacidad, y un 8,97% relativo a la información clínica. El 16,66% no conoce que el incumplimiento de la ley puede ser objeto de infracciones y sanciones.

Conclusiones

Los profesionales de Urgencias y UCI del Hospital Universitario de Jaén muestran un amplio conocimiento de la ley de muerte digna de Andalucía.

Bibliografia

1. Muerte digna - Junta de Andalucía [Internet]. [citado 11 enero de 2023]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/temas/salud/derechos/muerte- digna.html
2. Alemán LS, Gareca LA. Aplicación de la Ley n° 26.742 "Muerte Digna" por las enfermeras en la atención de los pacientes terminales en el hospital Dr. Guillermo C. Paterson: (Estudio a realizar en el hospital Dr. Guillermo C. Paterson de la provincia de San Salvador de Jujuy. Marzo – Julio de 2019 [Internet] [bachelorThesis]. 2018 [citado 28 de febrero de 2023]. Disponible en: https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/26861
3. Munilla MA, Gelabert Ma TM, Gracia AM, Flores EM, Vallespín GT. Atención en los últimos días de vida. FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 1 de octubre de 2021;28:1-47.
4. Quiñones Pérez A, Álvarez Jiménez P, Ruiz Mateos AM. Conocimiento y aplicación de la ley de «muerte digna» entre profesionales de las urgencias hospitalarias. Medicina Paliativa. 1 de abril de 2017;24(2):57-62.
5. José Manuel Jiménez Rodríguez. Derecho sociosanitario, voluntad vital anticipada y muerte digna en España: un análisis a la situación jurídico- sanitaria actual desde el Trabajo Social. Gerokomos. 1 de febrero de 2021;31(4):239-40.
6. El Derecho a la Muerte Digna como Alcance a la Vida Digna [Internet]. 2022 [citado 2 de marzo de 2023]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=8331438
7. Martínez VE. El derecho a una muerte digna, una elección libre. Revista Especializada en Investigación Jurídica [Internet]. [citado 22 de febrero de 2023]; Disponible en: http://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/reij/article/view/3738
8. El reconocimiento del derecho a la muerte digna desde una perspectiva de un estado constitucional de derechos. Polo del Conocimiento: Revista científico - profesional, ISSN 2550-682X, Vol 5, No 8, 2020, pags 269-289. 2020;
9. José María Galán González-Serna, Salvador Postigo Mota. Equidad versus inequidad en las distintas leyes autonómicas de muerte digna en España. Revista Iberoamericana de Bioética. 1 de febrero de 2020;(12):01-13.
10. García Sánchez E. [Humanize Death in a Time of Sanitary Crisis: Accompanied Die, Farewell and Receive Spiritual Care]. Cuad Bioet. 2020;31(102):203-22.
11. Asensio Pérez M de los R. La familia ante el proceso de la muerte y la toma de decisiones sobre dónde y cómo se producirá el fallecimiento [Internet] [http://purl.org/dc/dcmitype/Text]. Universidad de Sevilla; 2020 [citado 20 de febrero de 2023]. p. 1. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=285891
12. Josefina Miró Quesada Gayoso. La muerte digna bajo la jurisprudencia del derecho internacional de los derechos humanos. Thēmis [Internet]. 1 de septiembre de 2020 [citado 10 de marzo de 2023];(78). Disponible en: https://doaj.org/article/82e0459084ac4e2789e7c0d2cfee8868
13. Calvo Sandino M, Gómez Rodríguez MP, Berges Herranz L. La muerte digna y su aplicación en los servicios de urgencias. Revisión sistemática. Revista Sanitaria de Investigación. 2022;3(7):90.
14. La regulación de la eutanasia en España. El papel del Trabajo Social Sanitario en la muerte digna. 2021;
15. Pinto Fernández DA. La voluntad anticipada y el principio de la dignidad humana como medida para acceder al derecho a la muerte digna, Arequipa-2021. Repositorio Institucional - UCV [Internet]. 2021 [citado 21 de febrero de 2023]; Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/69714
16. Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte. [Internet]. [citado 6 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/boja/2010/88/1
17. Fabre AA, Sánchez MLH. Muerte digna. Enfoques Jurídicos. 17 de marzo de 2020;(1):35-49.
18. Betancourt G de JB, Reyes GLB. Muerte digna y adecuación del esfuerzo terapéutico. Revista de Ciencias Médicas de la Habana. 21 de agosto de 2017;24(1):53-65.
19. García Gómez G. Muerte digna y cuidados paliativos en el contexto de la leyde eutanasia: una perspectiva enfermera. METAS ENFERM. mayo de 2021;24(4):39-40.
20. Arnau F. Muerte digna, eutanasia y suicido asistido en España. Spain, Europe: Instituto Jurídico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra; 2021.

21. Muerte digna. Lugar constitucional y núcleo esencial de un derecho humano e...: El operador de búsqueda predeterminado es AND [Internet]. [citado 6 de marzo de 2023]. Disponible en: https://eds-p-ebscohost- com.bvsspa.idm.oclc.org/eds/detail/detail?vid=0&sid=40788704-363e-472b-b44d- e9d2626b9703%40redis&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZS ZzY29wZT1zaXRl#AN=edsdoj.734466ec0b4457fa899cc9185277e73&db =edsdoj
22. Rimet Alves de Almeida H, Freitas de Melo C. Orthotanasia and dignified death in cancer patients: The perception of health professionals. Psicooncologia. 2019;16(1):143-60.
23. Torre YDL, Alexandra M. Percepción de los internos de Enfermería de la Universidad Técnica del Norte sobre la muerte digna en pacientes terminales, en el período Septiembre 2016- Agosto 2017 [Internet] [bachelorThesis]. 2018 [citado 28 de febrero de 2023]. Disponible en: http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/8034
24. Ruiz-Fernández MD, Ortega-Galán AM, Cabrera-Troya J, Ibáñez-Masero O, Carmona-Rega MI, Relinque-Medina F, et al. Personas enfermas al final de la vida: vivencias en la accesibilidad a recursos sociosanitarios. Enfermería Universitaria. 1 de enero de 2017;14(1):10-8.
25. Dorado Gutiérrez A, Postigo Mota S. Sedación Paliativa y Eutanasia. REV ROL ENFERM. septiembre de 2019;42(9):34-9.
26. Camargo Rubio RD. The fundamental right to a dignified death requires legal, ethical and medical knowledge. End of life decision. Acta Colombiana de Cuidado Intensivo. 2021;21(1):1-8.
27. Schuengue Pimentel Cholbi NC, Cristina dos Santos Oliveira I, Alves do Carmo S, Melão de Morais R de C, de Araújo Martinez E, de Cássia Nunes Nascimento L. The nursing actions before the right to worthy death of the hospitalized child. ESC ANNA NERY REV ENFERMAGEM. junio de 2019;23(3):1-10.
28. Martínez Riera JR. [The right to receive care to die with dignity]. Revista de enfermería (Barcelona, Spain). 2011;34(10):4-5.
29. Un avance hacia la muerte digna: el caso de la Comunitat Valenciana [Internet]. [citado 28 de febrero de 2023]. Disponible en: https://roderic.uv.es/handle/10550/73526
30. Karbasi Santos C. Validación del Criterio de Resultado de Enfermería 1307: muerte digna. 2019;
31. Voluntad anticipada procedimiento legal para una muerte digna: El operador de búsqueda predeterminado es AND [Internet]. [citado 12 de marzo de 2023]. Disponible en: https://eds-p-ebscohost-com.bvsspa.idm.oclc.org/eds/detail/detail?vid=0&sid=d6a7960a-d0d6-4535-a54e-6110e506130c%40redis&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZS ZzY29wZT1zaXRl#AN=edsbas.15110528&db=edsbas
32. Fustinoni O, Barone ME, Elli JR, Gonorazky SE, Perea MDCM, Escalante RR, et al. Withdrawal of life support in the permanent vegetative state, and a dignified death. Medicina (Argentina). 2020;80(1):48-53.

54

PROYECTO INTEGRAL DE HUMANIZACIÓN DE LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO GALDAKAO-USANSOLO

Virginia Arnaiz Arnaiz, Ainara Arana Azula, Teresa Esteban Galbete,
Hospital Universitario Galdakao-Usansolo.

virginia.arnaizarnaiz@osakidetza.net

Introducción:
Presentamos la implementación de un Plan de Humanización que integra todos los aspectos relacionados con la humanización, guiado por PROYECTO HUCI.
Objetivos generales: Conseguir mayor cercanía, comprensión, afectividad y empatía hacia pacientes y familias.

Objetivos específicos:
Flexibilización del horario de visitas en la UCI, comunicación efectiva entre profesionales, pacientes y familiares, confort del paciente y familiares, dimensionar el síndrome burnout en el Servicio, estudiar el síndrome post-UCI.

Descripción de la experiencia:
160 estándares distribuidos en 7 líneas estratégicas:
1ª: "UCI de puertas abiertas: ampliación del horario de visitas, adaptación de la dinámica de trabajo a la presencia y participación familiar, creación de una guía para familiares y un tríptico informativo, asistencia psicológica...

2ª: "Comunicación", protocolos: de traspaso de información entre profesionales, de comunicación con el paciente crítico, de comunicación con familiares y formación en comunicación.
3ª: "Bienestar del paciente": 1ª bienestar físico, modificaciones en el protocolo de analgesia, sedación y delirio, 2ª bienestar psicológico, uso de dispositivos de entretenimiento, paseos que curan...3º promoción de la autonomía del paciente y 4º bienestar ambiental y descanso nocturno.
4ª: "Cuidados al profesional", haciendo frente a agentes favorecedores del burnout.
5ª: "Síndrome post cuidados intensivos", prevención y seguimiento, proyecto multidisciplinar para implementar consulta de evaluación y tratamiento del síndrome.
6ª: "Cuidados al final de la Vida", protocolización de cuidados a ese momento: control de síntomas físicos, limitación de tratamientos de soporte vital, cobertura de necesidades espirituales y psicológicas del paciente y familiares.
7ª: "Infraestructura humanizada" modificaciones estructurales que favorecen el confort.

Resultados:
este proyecto ha obtenido un nivel avanzado en la certificación realizada por una auditoría externa, AENOR, en 2022.

Conclusiones:
La inmersión en esta acreditación da respuesta a necesidades humanas y emocionales de los tres grupos implicados. La certificación nos anima a seguir trabajando en esta línea para beneficio de usuarios y profesionales.

Bibliografía:
1.Heras La Calle, Gabriel y miembros del proyecto HU-CI. Humanizando los cuidados intensivos.
2.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 10 de marzo de 2018]. Disponible en: http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/buenas-practicas/
3.Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU.
Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, Watson PL, Weinhouse GL, Nunnally ME, Rochwerg B, Balas MC, van den Boogaard M, Bosma KJ, Brummel NE, Chanques G, Denehy L, Drouot X, Fraser GL, Harris JE, Joffe AM, Kho ME, Kress JP, Lanphere JA, McKinley S, Neufeld KJ, Pisani MA, Payen JF, Pun BT, Puntillo KA, Riker RR, Robinson BRH, Shehabi Y, Szumita PM, Winkelman C, Centofanti JE, Price C, Nikayin S, Misak CJ, Flood PD, Kiedrowski K, Alhazzani W.Devlin JW, et al. Crit Care Med. 2018 Sep;46(9):e825-e873. doi: 10.1097/CCM.0000000000003299.Crit Care Med. 2018. PMID: 30113379
4.Sirgo Rodríguez C, Chico Fernández M. et al. Trasmisión de la Información en Medicina Intensiva. Medicina Intensiva. Vol.42, Nº3, págs.168-179 (abril 2018).
5.Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina MJ, Forcelledo L, et al. Visitation policy, design and comfort in Spanish intensive care units. Rev Calid Asist. 2015;30:243-50.
6.Frade Mera MJ, Vinagre Gaspar R, Zaragoza García I, Viñas Sánchez S, Antúnez Melero E, Álvarez González S, Malpartida Martín P. Síndrome de Burnout en distintas Unidades de Cuidados Intensivos. Enferm Intensiva. 2009; 20:131-40.
7.Walsh TS, Salisbury LG, Merriweather JL, et al; RECOVER Investigators: Increased hospital-based physical rehabilitation and information provision after intensive care unit discharge: The RECOVER randomized clinical trial. JAMA Intern Med 2015;175:901-10. CONTROL
8.Colbenson GA, Johnson A, Wilson ME. Post-intensive care syndrome: impact, prevention, and management. Breathe 2019;15: 98–101.

56
DOLOR EN SINDROME POST CUIDADOS INTENSIVOS. UNA PREVALENTE REALIDAD

Raquel Durá, Eva Mateo Rodríguez, María Dolores López Alarcón, Susana Moliner Velázquez, María Otero Pérez, Juan Asensio Samper.
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. España

dura.raq@gmail.com

Introducción:
Aunque el dolor no se valora habitualmente en las consultas del síndrome post cuidados intensivos (SPCI), un porcentaje importante de los pacientes que sobreviven a las UCI refiere la presencia de dolor severo y/o neuropático. Se trata de un síntoma que puede ser muy invalidante y que puede tener gran repercusión en la calidad de vida de los pacientes.

Objetivo:
Valoración de la presencia de dolor en los pacientes en la consulta de SPCI.

Metodología:
Se incluyen 126 pacientes vistos en la consulta de SPCI (COVID y NO COVID) desde agosto 2020 hasta octubre del 2022. Durante la valoración integral inicial se evaluó el dolor como síntoma específico. Se utilizaron la escala EVA (Escala visual analógica) y el cuestionario DN4 (Dolor Neuropático-4 items). Los pacientes con EVA >4 y DN4 positivo se remitieron para valoración a la Unidad del Dolor del servicio de Anestesiología.

Resultados:
Tras la 1ª visita SPCI: 32 pacientes presentaron criterios de remisión a la Unidad del Dolor. De ellos, 26 pacientes (78%) presentaron dolor neuropático: 56% en extremidades inferiores (hiperpatía y alodinia en planta y cara dorsal de los pies y meralgia parestésica); 17% en extremidades superiores (anestesia dolorosa en brazos y manos) y en un 5% de los pacientes el dolor fue multifocal. Otros 8 pacientes (13%) presentaron dolor articular y/o osteomuscular

Conclusiones:
El dolor es un síntoma altamente prevalente en las consultas de SPCI. Su reconocimiento precoz, evaluación y tratamiento en Unidades del Dolor evitaría la cronificación de este y las alteraciones físicas y mentales que conlleva y por tanto facilitaría la incorporación de nuestros pacientes a su vida previa.

Bibliografía
1. Nugraha B, Gutenbrunner C, Barke A, Karst M, Schiller J, Schäfer P, et al; IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: functioning properties of chronic pain. Pain. 2019;160(1):88-94.
2. Harriet I. Kemp, Helen Laycock, Alice Costello, Stephen J. Brett, Chronic pain in critical care survivors: a narrative review,
British Journal of Anaesthesia,Volume 123, Issue 2,2019: 372-384
3. Pota, V., Coppolino, F., Barbarisi, A. et al. Pain in Intensive Care: A Narrative Review. Pain Ther 11, 359–367 (2022). https://doi.org/10.1007/s40122-022-00366-0

58
EL USO DE VIDEOLLAMADAS COMO ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN PACIENTE-FAMILIA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

Ana Belén Pilo Castaño, María Díaz Tabera.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV).

mdiaztabera.2@gmail.com

Introducción
La pandemia por COVID-19 ha supuesto un desafío en la comunicación paciente-familia debido a las restricciones en las visitas y el confinamiento.
En este contexto, el uso de videollamadas ha tomado protagonismo para paliar el distanciamiento social en los hospitales y sus consecuencias emocionales.

Objetivos

General: Revisar los datos encontrados sobre el uso de videollamadas por los profesionales sanitarios para facilitar la comunicación paciente-familia durante la pandemia por COVID-
19.
Específico: Identificar las barreras percibidas en el uso de videollamadas en el contexto hospitalario.

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica desde el año 2020 a la actualidad en las bases de datos Cinahl, PubMed, CUIDEN, Scielo y Google Académico empleando los términos MeSH: "communication", "family" y "COVID-19". Se seleccionaron 15 artículos por su relevancia con el tema a tratar.

Resultados

Las videollamadas han demostrado ser el mejor sustituto de las visitas presenciales debido a su simultaneidad.
La mayoría de las veces se llevaron a cabo por Enfermería. Su horario y duración estuvieron condicionados por la carga de trabajo, generando esto incertidumbre y angustia en los familiares, pero permitiéndoles también conocer al equipo de cuidados y crear un vínculo con ellos.
Otras barreras encontradas fueron las relacionadas con la infraestructura (equipos bien dotados, buena conexión a internet), los conocimientos en el uso de las tecnologías y la protección de datos.

Conclusiones

La necesidad de encontrar soluciones rápidas a los problemas que planteaba la pandemia hizo que las videollamadas se llevaran a cabo sin la infraestructura requerida, el entrenamiento de los participantes o la planificación adecuada. Por eso, son necesarios estudios con intervenciones mejor planificadas que avalen si el uso de las videollamadas podría convertirse en una alternativa en el futuro para conectar a los pacientes con los familiares que no puedan acudir a las visitas presenciales.

Bibliografía

1. Rock, LK. Communication as a high-stakes clinical skill: "just-in-time" simulation and vicarious observational learning to promote patient- and family-centered care and to improve trainee skill. Academic Medicine. 2021; 96: 1534–1539.
2. Altschuler T, Santiago R, Gormley J. Ensuring communication access for all during the COVID-19 pandemic and beyond: supporting patients, providers, and caregivers in hospitals. Augment Altern Commun. 2021; 37(3).
3. Zante B, Camenisch S, Jeitziner M, Jenni-Moser B, Schefold J. Fighting a family tragedy: Family-centred care in times of the COVID-19 pandemic. Anaesthesiol Intensive Ther. 2020; 52(4): 336–338.
4. Monin J, Ali T, Syed S, Piechota A, Lepore M, Mourgues C, et al. Family Communication in Long-Term Care During a Pandemic: Lessons for Enhancing Emotional Experiences. Am J Geriatr Psychiatry. 2020; 28(12): 1299–1307.
5. Krewulak K, Jaworska N, Spence K, Mizen S, Kupsch S, Stelfox H, et al. Impact of Restricted Visitation Policies during the First Wave of the COVID-19 Pandemic on Communication between Critically Ill Patients, Families, and Clinicians A Qualitative Interview Study. Ann Am Thorac Soc. 2022; 19(7): 1169–1176.
6. Avellaneda Martínez S, Jiménez Mayoral A, Humada Calderón P, Redondo Pérez N, del Río García I, Martín Santos A, et al. Management of communication between inpatients isolated due to COVID-19 and their families. J Healthc Qual Res. 2021; 36(1): 12–18.
7. Mateo Rodríguez E, López Alarcón MD, Baixauli Soria C, Celda Moret MÁ. ¿Qué hemos hecho en nuestra UCI de Anestesia para mantener la comunicación en la pandemia? Rev Esp Anestesiol Reanim. 2020; 67(8): 484–485.
8. Rodríguez Vega B, Torrijos Zarcero M, Múñoz Sanjosé A, Cebolla S, Palao Tarrero Á, Aguirre P, et al.
Atención psicosocial durante la primera ola de la pandemia por COVID-19 en pacientes, familiares, sanitarios y población desde un hospital general. Monografías de Farmacia Hospitalaria: COVID-19, una

enfermedad de todos [Online].2021;[citado el 2 de Mar. 2023] 15(4): 62–80. Disponible en: https://www.construyendolafh.es/sites/g/files/vrxlpx15741/files/2021-07/monografia-15.pdf
9. Pacheco Sanchez PB, Saavedra Covarrubia ME. La comunicación del profesional de enfermería con pacientes hospitalizados por COVID-19 en un hospital público de Chiclayo, 2021. ACC CIETNA. 2022; 9(1): 93–107.
10. Monraz Pérez S, Pacheco López A, Castorena Maldonado A, Benítez Pérez RE, Thirión Romero I, López Estrada EC, et al. Telemedicina durante la pandemia por COVID-19. Neumol Cir Torax. 2021; 80(2): 132–140.
11. Arenas García C, Mirón González R. La comunicación entre enfermera, paciente y familia durante la crisis sanitaria de la COVID-19. Rev Esp Comun Salud. 2022; 13(1): 87–100.
12. Valencia Barón YD, Acosta Barón JV, Cristancho Zambrano LY, Mora Rico LA, Hernández Vargas JA, Rojas LZ. Comunicación e interacción familiar por videollamadas: reflexión ante la pandemia COVID-19. Salud UIS. 2022; 54(1).
13. Sevilla Fuente S, Hernández Medel ML. Telemedicina y humanización de la atención médica en la pandemia Covid-19. Salud Publica Mex. 2020; 62(5): 459-461.
14. Erazo Muñoz M, Benavides Cruz J, Cantor Cruz F, Acosta Martínez A, Castillo AM, Aranguren Aranguren D. Acompañamiento virtual y presencial a pacientes hospitalizados durante la pandemia de COVID-19 en Colombia. Rev Panam Salud Pública. 2021; 45.
15. Akgün KM, Shamas TL, Feder SL, Schulman-Green D. Communication strategies to mitigate fear and suffering among COVID-19 patients isolated in the ICU and their families. Vol. 49, Heart Lung. 2020; 49: 344-345.

63

SITUACIONES MEDIADAS POR INTÉRPRETE: EL PODER DE LA TRANSMISIÓN ADECUADA DE LAS PALABRAS

Elena Pérez Estevan
Universidad de Alicante

elena.perezestevan@ua.es

Las barreras comunicativas tienen un impacto directo en el acceso a los servicios sanitarios por parte de las personas alófonas que, a su vez, también dificulta la atención de los profesionales sanitarios a dicha población. La presente investigación surge de la consideración de la interpretación en final de vida y duelo como una posibilidad de mejora de la comunicación. Para constatar dicha posibilidad, se analiza el impacto del uso de intérpretes en situaciones de comunicación de malas noticias, últimos días y seguimiento del duelo frente a su ausencia y las expectativas de los profesionales sanitarios acerca del intérprete. Para ello, se ha realizado un análisis comparativo tras la compilación de un corpus de las mencionadas situaciones en inglés y en francés con y sin intérprete. Debido a la inexistencia de un modelo de análisis sociopsicológico y pragmaticolingüístico, se ha creado uno centrado en el tratamiento de las emociones y la comunicación no verbal, entre otros. La metodología empleada ha sido cuantitativa y cualitativa. Se han encuestado 205 profesionales sanitarios, 243 estudiantes de ciencias de la salud y 777 pacientes alófonos residentes en España. Además, contamos con 71 entrevistas a profesionales de final de vida y/o duelo y 35 a pacientes alófonos. Los resultados indican una tendencia a desconocer el trabajo del papel del intérprete profesional por parte de los proveedores de servicios médicos en contraposición al de los pacientes alófonos, a quienes suele quedar relegada la tarea de contratar dichos servicios por no existir una legislación específica. No obstante, las conclusiones indican que la interpretación puede mejorar la comunicación si se dispone de formación especializada y si se facilita su inclusión en el trabajo en equipo que, a su vez, facilitaría la alfabetización en salud y la humanización en la asistencia sanitaria a pacientes y familiares alófonos en España.

Bibliografía

Adams, Heather y Ligia Rosales-Domińguez. 2017. “Three perspectives on interpreting and stress. The experts, the novices, and the trainees”. En: Lyda, Andrzej y Katarzyna Holewik (eds) 2017. Interdisciplinary

encounters: Dimensions of interpreting studies. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Sĺaskiego, pp. 60-71.
Albl-Mikasa, Michaela. 2020. "Interpreters' roles and responsibilities". En: Angelone, Erik; Maureen Ehrensberger-Dow y Gary Massey (eds.) 2020. The Bloomsbury companion to language industry studies. Londres: Bloomsbury Academic, pp. 91-114. ISBN 978-1-3500-2493-9.
Arranz, Pilar; José Javier Barbero; Pilar Barreto y Ramón Bayés. 2003. Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. Barcelona: Ariel.
Bátiz Cantera, Jacinto. 2021. Mientras llega la muerte: Reflexiones en torno al final de la vida. Fundación San Juan de Dios. Madrid. ISBN: 978-84-09-28929-5
https://www.fundacionsjd.org/es/publicaciones/23/mientras-llega-la-muerte-reflexiones-en-torno-al-final-de-la-vida
Buckman, Robert. 1992. How to break bad news. A guide for healthcare professionals. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
Buckman, Robert. 2001. "Communication skills in palliative care. A practical guide". Neurologic Clinic Journal 19:4, pp. 989-1004.
Centeno, Carlos. 1997. Historia de Cuidados Paliativos y el Movimiento Hospice. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2017/01/MovHospice.-SECPAL.pdf
Costa, Beverley. 2020. Other tongues: psychological therapies in a multilingual wold. Monmouth: PCCS Books.
Payás Puigarnau, Alba. 2010. Las tareas del duelo: psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional. Barcelona: Paidós.
Payás Puigarnau, Alba. 2010. Las tareas del duelo: psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional. Barcelona: Paidós.
Pérez Estevan, Elena. 2022. Interpretación en final de vida y duelo: un modelo psicolingüístico de análisis aplicado a situaciones de malas noticias, últimos días y duelo. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Alicante.

65
ATENCIÓN A PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO EN UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO ADULTO DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV2 EN SANTIAGO DE CHILE.

Gonzalo Andrés Hormazábal Rioseco, Pamela Andrea González Inostroza, Miguel Antonio Higuera Cancino, Alfredo Gonzalo Umaña Valdivia.
Clínica Ensenada, Universidad Bernardo O´Higgins

ghormazabal@clinicaensenada.cl

Introducción
Durante la pandemia por SARS-CoV2 en Chile, se restringió el desplazamiento de las personas y el acceso a los centros hospitalarios, por lo que no existían visitas a los pacientes hospitalizados de manera presencial. Durante este período Clínica Ensenada recibió pacientes adultos en condición UCI y UTI provenientes de distintas regiones del país.
Diariamente el equipo sanitario hablaba con el representante del paciente, brindaba información relacionada con el estado de su familiar y obtenía antecedentes biográficos de importancia que permitían conocer desde otras dimensiones a la persona enferma.
En este contexto, atendimos a cuatro pacientes adultos con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA), es decir, Adultos con Necesidades Especiales de Atención en Salud (ANEAS).

Objetivo general
Informar la experiencia de atención a pacientes adultos con TEA en UPC durante la pandemia por SARS-Cov2 en Santiago de Chile.

Objetivos específicos
Describir la población de los pacientes adultos con TEA atendidos en UPC de Clínica Ensenada

Establecer elementos que determinan una atención humanizada a adultos con TEA en UPC

Descripción de la experiencia

Atendimos a cuatro pacientes adultos con TEA en UPC. Solicitamos a sus familias educar al equipo sanitario sobre las necesidades especiales de atención, tales como preferencias y aversiones a fin de evitar algunos y propiciar otras.
Cada paciente tuvo:

- Acceso a oír música de su preferencia
- Acceso a oír mensajes de audio enviados por familiares.
- Fotografías del paciente y de sus seres queridos, las que se dispusieron dentro de su campo visual.
- Información impresa personalizada como se ve en la siguiente imagen de ejemplo:

Resultados

Las acciones realizadas favorecieron el bienestar del paciente, la participación de la familia y la resignificación del quehacer del equipo clínico.

Conclusiones

La atención de pacientes con TEA evidencia la necesidad de atención humanizada en UPC de los ANEAS.

Bibliografía

1. Robin Youngson. Humanising helthcare. BMJ 2016;355:i6262 doi: 10.1136/bmj.i6262 (Published 13 December 2016)
2. Omar Sultan Haque and Adam Waytz. Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions. Perspectives on Psychological Science 2012 7: 176
3. Jeroen Vaes and Martina Murator. Defensive dehumanization in the medical practice: A cross-sectional study from a health care worker's perspective. British Journal of Social Psychology (2013), 52, 180–190
4. Gabriel Heras La Calle, Ángela Alonso Oviés and Vicente Gómez Tello. A plan for improving the humanisation of intensive care units. Intensive Care Med 2017. DOI 10.1007/s00134-017-4705-4
5. Serafino Buono et al. Clinical management of individuals with Intellectual Disability: The outbreak of Covid-19 pandemic as experienced in a clinical and research center Research in Developmental Disabilities. Research in Devolopmental Disabilities 110 (2021) 103856 https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.103856
6. Michael E. Wilson et al. Humanizing the intensive care unit. Critical Care (2019) 23:32 https://doi.org/10.1186/s13054-019-2327-7
7. Castro-Ávila AC, Merino-Osorio C, GonzálezSeguel F, et al. Impact on Mental, Physical and Cognitive functioning of a Critical care sTay during the COVID-19 pandemic (IMPACCT COVID-19): protocol for a prospective, multicentre, mixed-methods cohort study. BMJ Open 2021;11:e053610. doi:10.1136/ bmjopen-2021-053610
8. Emily Hsieh, Scott S, et al. Management of Autism in the Adult Intensive Care Unit. J Intensive Care Med 2014 29: 47 (2012) DOI: 10.1177/0885066612470236
9. Anke Hüls. Medical vulnerability of individuals with Down syndrome to severe COVID-19data from the Trisomy 21 Research Society and the UK ISARIC4C survey. EclinicalMedicine 33 (2021) 100769
10. Elizabeth N et al. Physicians and Implicit Bias: How Doctors May Unwittingly Perpetuate Health Care Disparities. JGIM Journal of General Internal Medicine 2013
11. Chapman Diane, et al. Satisfaction with elimination of all visitation restrictons in a mixed-profile intensive care unit. American Journal of Critical Care, January 2016, Volumen 25, N° 1.
12. Samuel M. Brown. The Practice of Respect in the Intensive Care Unit American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine Articles in Press. Published on 22-January-2018 as 10.1164/rccm.201708-1676CP
13. Melissa D. Lee. Visiting hours policies in New England intensive care units: Strategies for improvement. Critical Care Medicine 2007 Vol. 35, No. 2
14. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición. 2013
15. Clasificación internacional de enfermedades, 11.ª edición. 2019
16. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad (who.int): : http://id.who.int/icd/entity/437815624 recuperado11/03/2022
17. clasificación DSM-V de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (DSM V ,2013)
18. Hsieh E, Oh SS, Chellapa P, Szeftel R, Jones HD. Management of autism in the adult intensive care unit. J Int Care Med. 2014;29(1):47-52. doi:10.1177/ 0885066612470236
19. Levy SE, Mandell DS, Schultz RT. Autism. Lancet 2009374:1627–1638.

20. Brugha TS, Bankart J, Scott F et al. Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England. Arch Gen Psychiatry 2011;68:459–465.
21. Piven,J;Rabins,P : Autism Spectrum Disorders in Older Adults: Toward Defining a Research Agenda .JAGS 59:2151–2155, 2011
22. Levy SE, Mandell DS, Schultz RT. ,2009;; Brugha TS, Bankart J, Scott F et al. 2011
23. Comité NANEAS de la Sociedad Chilena de Pediatría, Transición al cuidado de la vida adulta, de niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud: recomendaciones del revista Chilena de Pediatría 2011; 82(3): 238-244
24. Davidson J. The Ethics of Post – Intensive Care Syndrom, Ethic in Critical Care August 22, 2016.
25. Bravo-Benítez, J., Pérez-Marfil, M. N., Román-Alegre, B., & Cruz-Quintana, F. (2019). Grief Experiences in Family Caregivers of Children with Autism Spectrum Disorder (ASD). International journal of environmental research and public health, 16(23), 4821. https://doi.org/10.3390/ijerph16234821)

67
KEOMA

Patricia Naveira Iglesias, Isabel A. Vázquez Castelos, Mónica Otero Fernandez, Xoana Pérez Gonzalez, Fátima Villar Patiño, Mª Elena Núñez Montero.
Hospital Universitario de Coruña.

xonxa81@yahoo.es

Introducción:
Colaboración interdisciplinar para lograr piel con piel en unidad de reanimación adultos, madre con lesión medular aguda.

Objetivos:
Conseguir que una mujer, convertida en madre en condiciones de emergencia, y su bebé, se conociesen.

Descripción:
Tifany llegó a Reanimación tras una "descompresión medular a nivel cervical debido a un hematoma espontáneo en la fase final de su embarazo".
Intervenida de cesárea urgente para poder proceder a la descompresión en decúbito prono.
Durante una ventana neurológica, la informamos que su bebe está bien y puede ver una foto, que mira emocionada, aún intubada.
Pasados los días, llega el momento de hacer frente a su limitación de movilidad, se realiza traqueotomía y se inicia el destete.
Su situación presentó un desafío. No estábamos ante una persona con lesión medular; era una mamá separada de su RN con una lesión medular a nivel cervical.
Decidimos trasladarla al box más alejado del centro de la unidad y más cercano a la entrada secundaria.
Se logró permiso para que pudiese estar acompañada.
Al alta del bebe (que permanecía ingresado en otro hospital), sugerimos la posibilidad de un encuentro.
Tras llegar a consenso entre anestesistas, neonatólogos, y enfermería, Keoma, conoció a su mama.
Se organizaban visitas en los momentos más tranquilos del día. Tifany tenia la posición limitada y collarín cervical, pero pudo tener a su hijo en cama, y acariciarle mientras dormía a su lado.

Resultados:
Se ha logrado intimidad en una unidad con limitaciones arquitectónica.
Se ha priorizado el bienestar, frente a las restricciones de horarios.
Se ha conseguido piel con piel en circunstancias restrictivas.

Conclusiones:

Experiencia enriquecedora para mama y bebe, alimentando la fuerza que caracteriza a Tifany.
Para nosotros supone un logro de trabajo en equipo, consiguiendo realizar una actividad pionera en nuestra unidad.

69

PROYECTO TXIMELETA. HUMANIZANDO EL PROCESO LA MUERTE PERINATAL

Vicky Chamorro, Anabel Guevara, Ana Ortiz, Ana Parra, Yolanda Moreira, Amaia Uranga
Clínicas IMQ

auranga@clinica.imq.es

Introducción

La muerte de un hijo/a intraútero o intraparto está reconocida como una de las experiencias más traumáticas que unos padres pueden vivir y puede estar asociada a efectos psicológicos a largo plazo. Están asustados y confusos ante el proceso médico-familiar-personal que tendrán que atravesar. Es por eso que creamos y trabajamos una guía integral sobre el proceso de la muerte perinatal contando con profesionales de todos los estamentos y servicios implicados.

Objetivos

Proporcionar una asistencia humanizada y de calidad por parte de los profesionales a las mujeres/parejas/familia que viven una situación de muerte perinatal.
Facilitar el duelo de los padres y familia gracias al apoyo sanitario.
Facilitar la información necesaria para potenciar la autonomía de la mujer/pareja en la toma de decisiones relacionada con su proceso de duelo.
Dar herramientas de apoyo a los profesionales en situaciones de este tipo.
Dotar a los profesionales de una guía de actuación que les ayude a orientar sus cuidados y atención a las necesidades de cada mujer/pareja.

Descripción / Metodología:

Constitución de la Comisión Tximeleta
Análisis de situación actual
Detección e implantación de acciones de mejora
Elaboración de Guía Clínica
Colaboración con Asociación Esku Hutsik
Formación a los profesionales de las Clínicas
Seguimiento

Resultados/ Conclusiones

Junto a otras iniciativas que componen el Plan de Humanización de las Clínicas, este proyecto ha sido uno de los más enriquecedores y satisfactorios para profesionales. Humanizar un proceso tan silencioso y con tantos tabúes como es el de la muerte perinatal, ha hecho que nuestros profesionales, sobre todo aquellos que trabajan fuera de la Unidad de Maternidad pero que forman parte del circuito de estas pacientes, empaticen con ellas y sus parejas/familiares, así como conozcan la atención y servicio que requieren.

Bibliografía

Athey J, Spielvogel AM. Risk factors and interventions for psychological sequelae in women after miscarriage. Prim Care Update Ob Gyn. 2000;7(2):64- 69.
Claramut MA et al. La cuna vacía. 1ª edición. Madrid: La Esfera de los Libros; 2009.
Fernández-Alcántara M, et al. Factores psicológicos implicados en el Duelo Perinatal

Flenady V, Trish W. Apoyo a madres, padres y familias después de la muerte perinatal.
González S, et al. Papel de la matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal.
Kübler-Ross, E y Kessler, D. Sobre el duelo y el dolor. 1ª edición. Barcelona: Ed. Luciérnaga; 2006.
Santos P, Yáñez A, Al-Adib M. Guía de atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. Servicio Extremeño de Salud; 2015
Pastor SM, et al. La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. Latino-Am enfermagem, 2011; 19 (6): [08 pantalla]
Pía-López A. Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. Asoc Esp Neuropsiq. 2011;31(109):52-70.
Rengel C. Plan de cuidados de enfermería para la pérdida perinatal y el aborto. Enfermería Docente. 2010;91:37-43.

71

GRUPO DE BIENESTAR EMOCIONAL: UNA MANERA DISTINTA DE GESTIONAR PROYECTOS .

Clàudia Serra i Masmitjà, Maria Angeles Aceituno, Elena Nogales Torres, Mireia Forner Puntonet, Marina Martinez Jimenez,
Vall d'Hebron Barcelona Hospital Campus

claudia.serra@vallhebron.cat

Introducción

A partir de la necesidad de hacer realidad proyectos de humanización en el hospital infantil de Vall d'Hebron, siguiendo el reto #3 Hospital más amable, se creó un grupo de profesionales interesados en mejorar la atención al bienestar emocional. Se formó en el año 2018 y ha conseguido centralizar, implementar y proyectar diferentes acciones de humanización pediátrica. (1)

Objetivos

Llevar a cabo proyectos de atención emocional infantojuvenil con base teórica multidisciplinar.
Unificar la gestión de los proyectos que se van a implementar
Asegurar rigor, coherencia y calidad en los proyectos

Descripción de la experiencia

El grupo, formado por profesionales con experiencia y formación, se reúne para plantear, desarrollar e instaurar nuevos proyectos. También organiza formaciones internas relacionadas con la atención emocional y ha apostado por tener referentes de enfermería de humanización
en cada una de las unidades.
En estos cuatro años, teniendo en cuenta la inactividad de año y medio por la pandemia, se ha participado en más de diez iniciativas centradas en las necesidades de la persona y sus figuras significativas.

Resultados

Desde 2018 se han desarrollado tres proyectos transversales pediátricos propios, de los cuales uno está aplicado y dos próximamente. Por otro lado, se ha colaborado con cuatro proyectos externos, se ha conseguido el certificado IHAN, se ha oficializado la figura de referente y se ha presentado el Índice de humanización de hospitales infantiles, entre otras acciones. (2–5)
Se puede afirmar que el grupo ha impulsado el proyecto transversal de humanización en todo el hospital, teniendo influencias directas en futuras acciones, también en el paciente adulto. (6)

Conclusiones

Para llevar a cabo acciones de humanización en un hospital se necesitan profesionales motivados y formados en atención emocional. La creación de un grupo

multidisciplinar de bienestar emocional permite generar una estrategia global e integrada de humanización, a la vez que implementar y evaluar acciones concretas para la mejora de la atención centrada en el paciente y la familia.

Bibliografia

1. Hospital Universitari Vall d'Hebron B. Hospital més amable [Internet]. 2021 [cited 2021 May 28]. Available from: https://transparencia.vallhebron.com/ca/arees-de- actuacio/hospital-mes-amable
2. Vall d'Hebron H, Vecmedical. Super Box [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar 14]. Available from: https://www.superbox.es/es/
3. Vall d'Hebron BHC. Vall d'Hebron implementa pizarras en las habitaciones de los niños y niñas para facilitar la expresión de sus emociones [Internet]. Barcelona; 2021 [cited 2023 Mar 14]. Available from: https://www.vallhebron.com/es/actualidad/noticias/vall- dhebron-implementa-pizarras-en-las-habitaciones-de-los-ninos-y-ninas-para-facilitar-la- expresion-de-sus-emociones
4. Fundación Atresmedia. ¿Qué es el Índice de Humanización de Hospitales Infantiles? https://fundacion.atresmedia.com/proyectos-anteriores/humanizacion-hospitales-infantiles/sensibilizar/indice-humanizacion-hospitales-infantiles/noticias/que-indice- humanizacion-hospitales-infantiles_201806135b20e0550cf2f5d00654dca3.html. 2021.
5. Vall d'Hebron BHC. Vall d'Hebron recibe el certificado que acredita haber superado la primera fase como hospital comprometido con la lactanciamaterna. https://www.vallhebron.com/es/actualidad/noticias/vall-dhebron-recibe-el-certificado- que-acredita-haber-superado-la-primera-fase-como-hospital-comprometido-con-la- lactancia-materna. 2023.
6. Vall d'Hebron BHC. Plan de humanización [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 14]. Available from: https://www.vallhebron.com/es/sobre-nosotros/proyectos-estrategicos/plan-de- humanizacion

75

"LA FORMACIÓN EN HUMANIZACIÓN: CLAVE PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD, CON CALIDEZ, RECONOCIENDO Y MOTIVANDO. ¡UN GRAN RETO!

Pilar Fluriache Garcia-Caro.
Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina (GAI). Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

pfluriache@sescam.jccm.es

Introducción

La humanización es clave en la atención sanitaria. La formación se ha convertido en una necesidad. No hay más que darse una "vuelta" por los diferentes congresos, másteres, o talleres de la geografía internacional; es el tema "estrella".

Metodología

- Se realizan 5 ediciones de un curso de 30 horas on-line entre 2020 y 2022 :HUMANIZACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN SANITARIA y dos presenciales de 10 horas . Se realizan sesiones en diferentes servicios.
- Se celebran tres Jornadas 2018, 2019 y 2022. Los lemas : "Una fotografía actual sobre humanización", "De una asistencia humana a una asistencia humanizada" y "Del discurso a la realidad"

Resultados

Asisten 190 personas en los cursos de diferentes categorías. La docente es la responsable de Humanización y Comunicación Corporativa.
Una encuesta evalúa el nivel de conocimientos y la percepción sobre la humanización sanitaria en su práctica diaria. Valoración media 4.45.

Comentarios:

Habría que obligar a ponerlo en práctica en TODOS los puestos de trabajo. Hay que ser más humano.

Asisten unos 500 profesionales a las jornadas. Participan colectivos sociosanitarios y educativos. Docentes: profesionales de Talavera, otras gerencias, asociaciones de pacientes. La valoración media 4,42.
Comentarios:
Sería conveniente repetir esta jornada anualmente.
Ha sido muy didáctico. Se me hizo corta. Adquirí conocimientos que desconocía.

Conclusiones

La formación:
mejora el conocimiento y habilidades profesionales que manifiestan la necesidad de seguir formándose.
tiene un impacto positivo en su bienestar, reduce el estrés y mejora su satisfacción. Supone mayor motivación.
contribuye a establecer relación de confianza entre paciente y profesional. Ayuda a reducir el estrés y ansiedad en los pacientes, a mejorar su satisfacción y a aumentar la eficacia del tratamiento.
Para 2023 están programados dos cursos on-line y varios talleres de sensibilización.

Bibliografía.

Plan Dignifica. Humanizando la asistencia. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. 2017
Plan de Humanización de la Asistencia Sociosanitaria de Castilla-La Mancha 2023.
Castro-López, R., Arceo-Orozco, I., & Cervantes-Guevara, G. (2019). Formación en humanización de la atención médica: una revisión integradora. Investigación en educación médica, 8(29), 150-157.
García-Sánchez, M., Ruiz-Fernández, M. D., & García-Martínez, M. D. (2019). La humanización sanitaria como factor clave en la calidad de la atención al paciente: revisión bibliográfica. Enfermería Global, 18(3), 342-366.
González-González, C., & Rodríguez-Muñoz, A. (2019). La humanización de la atención sanitaria: un reto en la formación de los profesionales de la salud. Revista de la Facultad de Medicina, 67(2), 297-304.

77

NECESIDADES PERCIBIDAS DE LAS FAMILIAS INGRESADAS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Ingrid Ariño Ariño, Raquel Rodríguez Gil, Javier García Fernández, Ana Gros Turpin, Núria Rosés Jimenez, Lorena Tamborero Martín.
Hospital Universitario Vall d'Hebrón)

Ingrid.arino@vallhebron.cat

Introducción

La experiencia vivida durante el ingreso neonatal es considerada un momento angustioso para las familias. Aunque los profesionales sanitarios ofrecen estrategias de afrontamiento, perciben que no todas las necesidades detectadas son cubiertas. Existen iniciativas grupales orientadas a mejorar la calidad de vida del núcleo familiar generando un impacto directo en el resultado de los cuidados de sus hijos, empoderándolos y aumentando su satisfacción durante el ingreso.

Objetivos

- Determinar si las necesidades percibidas por el personal sanitario coinciden con la de los cuidadores principales del neonato ingresado en el servicio.
- Conocer el grado de interés de los cuidadores principales en la participación de actividades formativas, lúdicas e informativas antes del alta.

Metodologia

El Servicio de Neonatología cuenta con un total de 61 camas. Se diseñó un cuestionario con 10 preguntas (9 con respuestas tipo Likert y una respuesta abierta) que se entregó a todas las familias de niños ingresados en la unidad, para conocer su

opinión. Se realizaron un total de 18 encuestas autoadministradas en formato papel y rellenadas de forma anónima.

Resultados

El 100% de las familias consideraron que la puesta en marcha de un proyecto con actividades lúdicas y de aprendizaje para el cuidado del neonato haría el ingreso más agradable.
Unos consideraban importante la realización de talleres más clínicos como cuidados básicos (90%), aspectos clínicos (67%) y lactancia materna (56%).
Otros pensaron que sería interesante poder asistir a talleres más dinámicos como manualidades (31%) y musicoterapia (42%). También fueron demandados espacios para compartir experiencias con otros padres (72%).

Conclusiones

Las necesidades percibidas por los profesionales coinciden con las necesidades actuales de los padres desde su propia perspectiva, siendo las más demandadas: cuidados básicos, aspectos clínicos, lactancia y actividades de entretenimiento.
Es por ello que el equipo de enfermería consideró necesario elaborar un proyecto donde intercambiar experiencias, dudas y reflexiones, con la ayuda de voluntarios y profesionales sanitarios del servicio. A este proyecto se le denominó "Escuela de Familias".

Bibliografia

Adama EA, Adua E, Bayes S, Mörelius E. Support needs of parents in neonatal intensive care unit: An integrative review. JClinNurs. 2022 Mar;31(5-6):532-547. doi: 10.1111/jocn.15972.
Brett, J., Staniszewska, S., Newburn, M., Jones, N., & Taylor, L. (2011). A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. BMJ Open, 1(1), e000023–e000023. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2010-000023
Dodge A, Gibson C, Williams M, Ross K. Exploring the needs and coping strategies of New Zealand parents in the neonatal environment. J Paediatr Child Health. 2022 Jun;58(6):1060-1065. doi: 10.1111/jpc.15908.
Gehl, M. B., Alter, C. C., Rider, N., Gunther, L. G., & Russell, R. B. (2020). Improving the Efficiency and Effectiveness of Parent Education in the Neonatal Intensive Care Unit.Advances in Neonatal Care, 20(1), 59–67. https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000644
Harrison, T. M. (2010). Family-centered pediatric nursing care: State of the science.Journal of Pediatric Nursing,25(5), 335-343.https://doi.org/10.1016/j.pedn.2009.01.006
Kristin, C., Voos, MD. y Nesha Park, RN. (2014). Implementing an Open Unit Policy in a Neonatal Intensive Care Unit: Nurses' and Parents' Perceptions. The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 28(4), 313-318. Doi: 10.1097/JPN.0000000000000055
Mikkelsen, G., y Frederiksen, K. (2011). Family-centred care of children in hospital - a concept analysis. Journal of Advanced Nursing, 67(5), 1152-1162. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05574.x
Shields, L., Pratt, J.,yHunter, J. (2006). Family centred care: A review of qualitative studies. Journal of Clinical Nursing,15(10), 1317-1323.https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01433.x
Waddington, C., van Veenendaal, N. R., O'Brien, K., & Patel, N. (2021). Family integrated care: Supporting parents as primary caregivers in the neonatal intensive care unit. Pediatric Investigation, 5(2), 148–154. https://doi.org/10.1002/ped4.12277

79

PROMOVER LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS SOBRE EL SUEÑO DE LAS PERSONAS ATENDIDAS MEDIANTE LA GAMIFICACIÓN.

Francisco Berenguer Buitrago, María Carmen Candal González, Maria Vicenta Cepeda Fernández, Jaume García Tena, Yolanda Bibian Arnalda, Isabel Martínez Sánchez, Fundació Hospital de l'Esperit Sant.

franberenguer7@gmail.com

Introducción

Mediante gamificación, generamos un proceso de aprendizaje dinámico y motivador(1);
favoreciendo la participación y colaboración entre profesionales(2).
Desde ProSomniuM, realizamos una actividad de gamificación para el personal asistencial de nuestro hospital; fomentando el trabajo en equipo y acercando diferentes formas de llevar a cabo nuestros cuidados, con el objetivo de mejorar el bienestar de la persona atendida.

Objetivos

General:
Describir la experiencia de una gamificación entre profesionales, promoviendo el descanso de las personas atendidas en la Fundació Hospital de l'Esperit Sant.
Específicos:
Determinar si la intervención mejoró la percepción de la calidad del sueño de las personas atendidas.
Evaluar si la experiencia promovió la humanización en los cuidados a las personas atendidas.

Descripción de la experiencia

Mediante una actividad gamificada por equipos, los profesionales elaboraron el "horario ideal"; estableciendo horas más adecuadas para cada intervención, resaltando aquellos aspectos que contribuían al buen descanso y a la humanización del cuidado de un paciente imaginario.
Los ítems evaluados fueron: asignación de una franja horaria óptima para cada intervención asistencial y su correcto orden, observaciones y diálogos añadidos relacionados con los objetivos propuestos y la creatividad de los participantes.

Resultados

En el proyecto participaron 56 profesionales de la Fundació Hospital de l'Esperit Sant. La valoración de la experiencia resultó positiva; destacando que el 90% considera que la actividad cumplió con el objetivo propuesto, el 98% que fomenta el trabajo en equipo y el 96% que resulta eficaz para mejorar. Por ello, consideramos que la intervención tuvo un impacto significativo sobre el vínculo entre profesionales y personas atendidas, bajo la perspectiva de la humanización.
Un 71% opina que le ha ayudado a plantear las decisiones profesionales desde un pensamiento más positivo. Y un 63% afirma que, tras la intervención, llevaron a cabo algunas de las modificaciones que habían planteado en la actividad grupal.

Bibliografía

1. Regalado Chamorro M, Medina Gamero A, Hinojosa Núñez M, Rodríguez Pérez A. La gamificación en la salud: un cambio en la formación sanitaria. Atención Primaria Práctica [Internet]. 2022 Jan 1 [cited 2023 Feb 13];4(1). Available from: https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-practica-24-articulo-la- gamificacion-salud-un-cambio-S2605073021000237
2. Morán-Barrios J, Ruiz de Gauna P, Ruiz Lázaro PM, Calvo R. Metodologías complementarias de aprendizaje para la adquisición de competencias en la formación de especialistas y actividades profesionales confiables. Educación Médica [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2023 Feb 13];21(5):328–37. Available from: https://www.elsevier.es/es- revista-educacion-medica-71-articulo-metodologias-complementarias-aprendizaje- adquisicion-competencias-S1575181320300383

81

EFECTOS DE UNA INVESTIGACIÓN SOBRE CONTACTO FÍSICO EN LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO.

Cristina Muñoz, Rosa Ruiz, Enrique Pérez,
Centro de Humanización de la Salud San Camilo

investigacion@humanizar.es

Introducción
Se realizó una investigación implicando a diversos profesionales, alumnos/as en prácticas y mayores residentes que conformaron el grupo experimental. Aunque diversos errores metodológicos impidieron presentar datos concluyentes, la experiencia interdisciplinar y la temática investigada generaron beneficios significativos.

Objetivos
Se quería explorar cómo el contacto físico puede reducir los rescates farmacológicos y TENS y/o demandas. Secundariamente, se pretendía generar mayor transversalidad de la investigación.

Descripción de la experiencia
El equipo de investigación se formó con 7 profesionales. Además, implicó a 9 enfermeros/as, 12 auxiliares, 5 miembros de fisioterapia y 14 alumnos/as de prácticas de F.P. Se seleccionaron 9 residentes (7 mujeres y 2 varones), de los que se perdieron 3, dos por no cumplir los criterios de inclusión y una más por exitus. El estudio constaba de dos fases: un mes para establecer la línea base y los dos siguientes de intervención. Previamente se tuvieron diversas reuniones interdisciplinares e individuales para explicar las pautas y consensuar los registros, tanto con los profesionales como con los alumnos y sus tutores.

Resultados
La investigación tuvo errores metodológicos. Aun así, siguiendo el análisis de Wilcoxon, el descenso de las demandas ($z=-1.992$, $p=0.46$) y los rescates ($z=-2.201$, $p= 0.28$) durante la intervención fue estadísticamente significativo.
La valoración realizada por el equipo de investigación fue muy alta. Los mayores valoraron el tiempo de acompañamiento y pidieron que continuara. Los alumnos de prácticas subrayaron alto aprendizaje vital y la importancia del contacto físico en el cuidado

Conclusiones
La temática estudiada generó sensibilización en el centro, valorando la importancia del contacto físico como fuente de bienestar y humanización, tanto con los residentes como entre los profesionales. Visibilizar la participación de tantos agentes diversos, tanto en la revista Humanizar como en foros internos del centro aumentó la valoración del trabajo interdisciplinar y el deseo de continuar investigando.

84
IMPLEMENTACIÓN DE UNA VALORACIÓN FUNCIONAL EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS GERIÁTRICOS: APORTANDO VALOR A LA ASITENCIA SANITARIA.

Pedro García Peña, Ramón Herrería Laherrán, Juan Bor González Pérez, Gema Pérez Azkárate, Sendoa Ballesteros Peña, Arantxa Picón Santamaría,
Hospital Santa Marina, Bilbao, Osakidetza.

pedromaria.garciapena@osakidetza.eus

Introducción:

Nuestro hospital dispone de una unidad de corta estancia dependiente del único servicio de urgencias geriátrico de la red pública vasca. Fruto de la experiencia de trabajo nos propusimos aportar valor añadido a la asistencia, implementando una valoración integral del paciente geriátrico registrando valoraciones funcionales, cognitivas y de fragilidad. Aspiramos a paliar, curar y poner en valor el trato humano y cercano de la medicina de urgencias.

Objetivos:
- Implementar criterios de valoración funcional homogéneos y objetivos para mejorar la asignación de recursos sanitarios al alta.
- Profundizar en la geriatrización de unidad de corta estancia de urgencias.
- Desarrollar un plan ambicioso de valoración integral abarcando el síndrome confusional, la valoración nutricional y el dolor.

Metodología:
Se inició un estudio observacional prospectivo desde abril a noviembre de 2022 en el que se incluyeron 374 pacientes realizando una valoración geriátrica integral adaptada a nuestras necesidades: datos sociodemográficos, se valoró por otro lado la fragilidad, el deterioro cognitivo y la escala funcional de los pacientes, además de destino final al alta y la mortalidad a los treinta días.

Resultados:
El 72,3% de nuestros pacientes eran mujeres, con un 82.9% de incidencia de polifarmacia y un 39% eran pacientes pluripatológicos. La edad media era de 88,2 años (+-7 DE) con una estancia media en la unidad de 2 días (+-0,9 DE). Se consiguió un 67.5% de alta a domicilio con una mortalidad de 0.4% a los 30 días.
Fruto de este trabajo se ha constituido un grupo de trabajo que ha desarrollado un plan integral de valoración integral del paciente geriátrico abarcando una abordaje multidisciplinar y holístico de dicho paciente.

Conclusiones:
- Un plan homogéneo de trabajo y valoración funcional aporta valor humano a la atención sanitaria de la medicina de urgencias.
- Esta experiencia ha servido para establecer la pertinencia de una valoración del paciente más allá de los parámetros analíticos médicos.
- Fruto de este estudio se ha constituido un grupo de trabajo estable para profundizar en la humanización de la atención sanitaria urgente.

86
ACOMPAÑAMIENTO ESPIRITUAL EN CLINICA. “VIVIR Y CRECER ATRAVESANDO EL SUFRIMIENTO”. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ramos L., Rosario R.
Sanatorio Americano. Montevideo. Uruguay.

lauraramosbarhoum@gmail.com

Introducción:
El acompañamiento espiritual en clínica es una oportunidad de crecimiento para el paciente/familia y para el equipo de profesionales que lo asiste. Es necesario formación, cultivo de las actitudes de acompañamiento (hospitalidad, presencia, compasión), trabajar en equipo y realizar una asistencia centrada en el paciente y su familia.

Objetivos

General: Evaluar necesidades/recursos espirituales aplicando el Cuestionario del Grupo de Espiritualidad de la SECPAL (GES).
Específico: Crear una estrategia de acompañamiento con el paciente. Describir las H-experiencias que se realizaron con cuidadores y equipo asistencial.

Descripción de la experiencia:
Se realizo seguimiento durante 6 años en hospital y domicilio a una paciente de 54 años de edad, portadora de cáncer de mama y luego un melanoma con secundarismo óseo múltiple, SSRR, hepático, encefálico, múltiples fracturas sobre huesos patológicos. Sufrimiento 10/10 por pérdida de oportunidad de ver sus hijos crecer, pérdida de la autovalidez, pérdida del esquema corporal, perdida de roles, conflictos laborales y familiares.
En función de la exploración en forma ordenada y sistemática de las fuentes de satisfacción o necesidad espiritual mediante el Cuestionario GES, se expondrá el registro fotográfico de 14 experiencias de humanización intra y extramuros.

Conclusiones: El cuestionario GES, permite al profesional sistematizar y hacer una estrategia de acompañamiento al paciente y su familia. De esta forma utilizar las experiencias de humanización como herramienta para atender necesidades /recursos espirituales, realizando un cuidado espiritual que permita aliviar y prevenir el sufrimiento evitable.

Bibliografia:
Alonso-Ovies Á, Heras La Calle G. ICU: A branch of hell? Intensive Care Med. 2016;42:591---2.
Benito Oliver B, Barbero J, Dones M. Espiritualidad en clínica una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados Monografías SECPAL, Nº noviembre 2014, Madrid
Bermejo JC. Humanizar la asistencia sanitaria. Bilbao: Ed.: Desclée De Brouwer; 2014.
Jovell AJ. Medicina basada en la afectividad. Med Clin (Barc).1999;113:173---5.

88
PAPEL DE LA ENFEMERA DE UCI EN EL PROCESO DE LA EUTANASIA ASISTIDA

Antón Fresnillo, Irene, Sánchez González, Sonia
Hospital Universitario de Torrejón, Madrid

ssanchez@torrejonsalud.com

Introducción:
La eutanasia o “buena muerte” como etimológicamente se le define, consiste en el acto de poner fin a una vida evitando el sufrimiento y bajo la voluntad expresa de la persona. En España este proceso es regulado desde el 2021 a través de una Ley Orgánica.
Dentro de esta prestación se encuentra la posibilidad de donación de órganos, la cual constituye una categoría específica (categoría V).

Objetivos:
General: Exponer el manejo del caso desde el ingreso de la paciente hasta el éxitus y la posterior entrada a quirófano,
realizando una valoración de los sentimientos y sensaciones de la actuación de la enfermería.
Específico: Basándonos en esta circunstancia se platea realizar un plan de cuidados dirigido a familiares y pacientes, que permita la resolución de conflictos y dudas, brindando apoyo y respeto en todo este proceso.

Descripción de la experiencia:

Este evento se dio el pasado año en nuestra UCI en una paciente con una enfermedad neurodegenerativa.
Tras la evaluación preliminar correspondiente, ingresó en nuestra unidad para realizarse un proceso de eutanasia, iniciado por la sedación e intubación programada, previo acompañamiento y despedida de familiares. Tras el mismo, se inició la administración protocolaria de medicación por parte del personal de manera que finalmente se constata la asistolia dando paso al proceso de donación.

Resultados:
A través de una entrevista a profesionales que participaron sobre todo de enfermería, permitiendo conocer las reflexiones sobre lo vivido, recuerdos, emociones, puntos de mejora y fortalezas.

Conclusiones:
Este tipo de procesos supone un gran desafío para todos los profesionales involucrados especialmente de enfermería. Se requiere una buena gestión y manejo, con ello este análisis pretende establecer un indicador de calidad para contribuir a la mejora de los procesos asistenciales. Los objetivos e intervenciones pueden ser clasificados y organizados en planes de cuidados basados en las taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Bibliografía
Organización Nacional de Trasplantes PROTOCOLO NACIONAL DE DONACIÓN DE ÓRGANOS TRAS LA APLICACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR. 2022
Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Boletín Oficial del Estado, número 72 (25 de marzo 2021). Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-4628.
Bellon F, Mateos JT, Pastells-Peiró R, Espigares-Tribó G, Gea-Sánchez M, Rubinat-Arnaldo E. The Role of Nurses in Euthanasia: A Scoping Review. International journal of nursing studies 2022 Oct 01,;134:104286.
Busquets-Surribas M. The ethical relevance of nursing care in euthanasia and assisted suicide La relevancia ética del cuidado enfermero en la eutanasia y el suicidio asistido. Enfermería Clínica 2021;31:266.
Cayetano-Penman J, Malik G, Whittall D. Nurses' Perceptions and Attitudes About Euthanasia: A Scoping Review. Journal of holistic nursing 2021 Mar;39(1):66-84.
Pesut B, Greig M, Thorne S, Storch J, Burgess M, Tishelman C, et al. Nursing and euthanasia: A narrative review of the nursing ethics literature. Nursing ethics 2020 Feb 01,;27(1):152-167.
López-Matons N, Terribas i Sala N, Costas-Muñoz E. Ley de regulación de la eutanasia: perspectiva de los profesionales asistenciales. Gaceta Sanitaria. 2022; 36(1):87.
Nolan JP, Sandroni C, Böttiger BW, Cariou A, Cronberg T, Friberg H, et al. European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine guidelines 2021: post-resuscitation care. Intensive Care Med [Internet]. 2021 [citado el 11 de marzo de 2023]; 47(4):369-421. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/s00134-021-06368-4

92

RE- HUMANIZACIÓN DE LA GESTACIÓN Y EL PARTO EN LA FUNDACIÓN ASISTENCIAL MÚTUA TERRASSA

Diana Lopez Martínez, Anna Escolà Resa, Laura Lop Pérez y Engràcia Coll Navarro
Fundación Asistencial Mútua Terrassa. (Barcelona).

dlopez@mutuaterrassa.cat

Introducción:
El aumento de la medicalización y tecnificación en el embarazo, parto y post-parto ha implicado la pérdida de control de la mujer sobre su cuerpo y, por tanto, deshumanizando la atención. Las embarazadas reclaman un trato respetuoso, empático y basado en decisiones compartidas.
Profesionalmente estamos comprometidos a trabajar promoviendo la participación y permitir que la mujer decida sobre esta experiencia vital.
Este paradigma implica decisiones asistenciales con impacto ético, político, institucional y organizativo.

Objetivos:
Describir el proceso de adaptación de una sala de partos hospitalaria a un entorno humanizado para acompañar a la mujer en su proceso de embarazo-parto-postparto.

Descripción de la experiencia:
Se ha constituido un equipo de trabajo multidisciplinar para hacer realidad la trasformación. Equipo multiprofesional está constituido por comadronas, enfermeras, obstetras, pediatras, ginecólogas, técnicos de obras y mantenimiento.
A nivel asistencial se han desarrollado los proyectos: salas de parto natural, plan de parto, comunicación continuada y toma de decisiones compartidas, piel con piel, acompañamiento en las cesáreas, pinzamiento tardío, extracción precoz de calostro, reanimación del neonato en presencia del familiar, cuidados del neonato sin separación de la madre, matrona en planta, alta precoz, puerperio domiciliario, consultoría de lactancia difícil.
Se ha capacitado a los profesionales en aspectos técnicos y de comunicación.
Se ha revisado la práctica clínica basada en la evidencia para evitar intervenciones innecesarias.

Resultados:
Se dispone de un entorno asistencial que transmite calidez, resultando más acogedor que un hospital convencional.
Hay una mejora en la percepción de las gestantes sobre el control de su proceso y aumento del grado de satisfacción.

Conclusiones:
La humanización del parto supone recuperar el carácter fisiológico del proceso, la implicación activa de la gestante y la individualización de los cuidados, promoviendo su participación en la toma de decisiones. Nos adaptamos a las demandas de la mujer para proporcionar cuidados de calidad y favorecer la humanización del proceso.

Bibliografía:
1. Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. Int J Gynaecol Obstet. 2001; 75:25-37.
2. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía. 2015. Disponible en: http://www.perinatalandalucia.es
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Noviembre 2007.
4. Hospital Universitario de Torrejón. Programa de Parto Respetado. SaludMadrid. Disponible en: http://www.hospitaldetorrejon.es/especialidad-interna/programa-de-parto-respetado/7/34/?malmkt=newsjulio14-mail--selligent-html- clientestorrejon
5. Departament de Salut. Protocol d´atenció i acompanyament al naixement a Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2020.

94
¨PACIENTES: PROTAGONISTAS DE SU HISTORIA¨

Elena Muñoz Cob, Mertxe García Bayo, Cristina Perucho.
Mutualia Bizkaia

elena.munioz@gmail.com

Introducción:
Hace ya unos años, las personas de nuestra entidad consensuamos los valores que queríamos que nos definieran: cercanía, eficiencia, equipo, transparencia, vanguardismo y profesionalidad.

Basándonos en dichos valores, estamos encaminando nuestro modelo asistencial hacia un modelo de atención centrada en las personas, en el que se hagan" protagonistas de su historia".

Objetivos:
El objetivo general que nos marcamos es añadir valor a la atención que se presta, favoreciendo una cultura de atención a la persona por encima de la patología, y que nuestros pacientes se sientan tratados de forma única y personal.
Los objetivos específicos:
- Integración del paciente y entorno dentro del proceso asistencial, mejorando su atención y bienestar.
- Formación y atención a los profesionales.
- Coordinación sanitaria, social y comunitaria.
- Mejora de los procesos y sistemas de gestión.
- Mejora de las instalaciones.

Descripción de la experiencia:
Por todo ello y con mucha ilusión, creamos un Comité para la Personalización de la Asistencia Sanitaria, estableciendo una colaboración con la Fundación Humans, de donde surge un Plan Estratégico de Atención Centrada en el Paciente trabajando en 3 dimensiones: pacientes y entorno, profesionales (agentes activos) y coordinación sanitaria, social y comunitaria.

Resultados
Por el momento, por una parte, estamos consiguiendo una mayor conciencia de los profesionales de la importancia de tratar a cada paciente y su entorno como ser único, y por otra parte, un aumento en la satisfacción tanto de los pacientes como de los profesionales.

96
NUESTRAS PAREDES

Del Campo Molina, E.; Moreno Gómez, R; Gutiérrez Romero, MI; Carmona Mendoza, L.J.; Parias Ángel, MN; Sánchez Extremera, ML.
Hospital Alto Guadalquivir de Andújar (Jaén)

emilio.campo.molina.sspa@juntadeandalucia.es

Justificación:
La decoración de las habitaciones de UCI debe perseguir el propósito de ser una H-UCI que tenga su propia personalidad. Los ambientes estéticos y cálidos ayudan a mejorar el ánimo de los enfermos (algo fundamental para su recuperación). Además, genera un gran cambio, transformando un espacio y brindando nuevas emociones en las familias que acuden allí.

Objetivo:
- Presentar la decoración de frases de nuestras paredes de la nueva UCI
- Realizar una encuesta entre los profesionales de valoración de la idea usada para decorar.

Metodología:
Hospital comarcal con 110 camas, creado en el año 1999, comprometido con la calidad profesional y humana. Profesionales UCI: 48 personas. UCI de reciente apertura con 7 camas. En sus paredes se han pintado frases para producir calidez, emoción, motivación y esperanza en familias, pacientes y profesionales. Son frases ideadas por los profesionales. Se hizo una encuesta cualitativa (1 lo peor y 10 lo

mejor) en referencia a los profesionales acerca de las sensaciones que producían las frases. Cada Box de UCI está decorado con una frase motivadora a pacientes, familias, y profesionales. Además, los dos vestuarios contienen una frase de las mismas características.

Resultados:
N=25 profesionales. La puntuación media (1 a 10) es:

- Sólo un 13% del personal cambiaría las frases.
- Gustan las frases: 8,78.
- Dan personalidad propia a la UCI: 8,78
- Animaran a los pacientes/familias/profesionales:8,39/8,52/8,52
- Representan nuestra UCI: 8,78

Conclusiones:
Con la ayuda de gerencia, direcciones asistenciales e ideas de profesionales se pueden hacer cambios no costosos que mejoran los espacios de la UCI
Esas frases ayudaran a pacientes, familias y a los profesionales nos recordara que nuestro trabajo de cuidar es infinito.
La decoración con frases pone un granito de arena más en la HUCI.

98
INFLUENCIA DE LA DISMINUCIÓN DE LAS MEDIDAS DE HUMANIZACIÓN DURANTE LA PANDEMIA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES POST-UCI.

Paula Taboada Domínguez, Mª Ángeles de la Torre Ramos, Ángela Alonso Ovies, Gemma Díaz Cuero, Lucía Roca García.
Hospital Universitario de Fuenlabrada.

paulataboadaa@gmail.com

Introducción
El síndrome post cuidado intensivos (PICS) supone un deterioro físico, mental y cognitivo tras un ingreso en UCI. Dada la sobrecarga asistencia derivada de la pandemia COVID19, cabe esperar un impacto negativo sobre nuestros pacientes.

Objetivo
Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes ingresados en UCI antes de la pandemia y durante la primera ola, a partir de datos de la consulta de PICS.

Métodos
Estudio observacional retrospectivo de cohortes de pacientes ingresados en UCI en 2018-2020 con seguimiento en consulta de PICS. Se establecen dos cohortes, pacientes ingresados antes de la pandemia y durante la primera ola.
Variables principales: periodo de ingreso, PCS-12, MCS-12 y escala HAD.
Variables secundarias: edad, SAPS, APACHE, días de UCI y de ventilación mecánica.
Realizamos un análisis descriptivo con el programa SPSS en el que las variables cuantitativas se presentan mediante media y desviación estándar y se comparan mediante t-student.

Resultados
Incluimos 65 pacientes, de los cuales 20 ingresaron antes de la pandemia y 45 durante la misma. Los seguimos a los 3 meses del alta donde completaron el cuestionario SF-12 y la escala HAD. Tanto el PCS-12 como el MCS-12 fue menor en los

pacientes ingresados durante la pandemia, alcanzando significancia estadística en la escala física. La escala HAD fue mayor en los pacientes prepandemia, aunque sin significación (tabla1).
En el análisis por subgrupos de las variables secundarias no hubo diferencias (tabla2).

Conclusiones

Los pacientes ingresados durante la primera ola tienen peor calidad de vida a los 3 meses del alta.
Si bien no hemos obtenido los resultados esperables en la escala HAD, se debe probablemente a que sí que proporcionamos atención psicológica en ambos periodos.
Estos resultados apoyan la necesidad de implementar medidas que favorezcan la rehabilitación y disminuyan las complicaciones derivadas del ingreso en UCI.

Bibliografía:

- Rawal G, Yadav S, Kumar R. Post-intensive Care Syndrome: an Overview. J Transl Int Med. 2017 Jun 30;5(2):90-92. doi: 10.1515/jtim-2016-0016. PMID: 28721340; PMCID: PMC5506407.
- Weidman K, LaFond E, Hoffman KL, Goyal P, Parkhurst CN, Derry-Vick H, Schenck E, Lief L. Post-Intensive Care Unit Syndrome in a Cohort of COVID-19 Survivors in New York City. Ann Am Thorac Soc. 2022 Jul;19(7):1158-1168. doi: 10.1513/AnnalsATS.202104-520OC. PMID: 34936536; PMCID: PMC9278639.

100

VALOR SOCIAL EN LA GESTIÓN SANITARIA: CONTABILIDAD SOCIAL PARA LA SOSTENIBILIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Pedro J. Ponce-Lozano, Carlos Hugo Martínez Martínez, José Luis Retolaza, Leire San-José.
Universidad del País Vasco (UPV/EHU), Universidad Complutense de Madrid, Universidad de Deusto

pedrojose.ponce@asisadental.com

Los contextos actuales en el sector sanitario, el cual se ha erosionado como consecuencia de la pandemia y de las diversas restructuraciones del Estado de bienestar en las últimas décadas, ponen de manifiesto la necesidad de mirar al futuro con criterios éticos y de sostenibilidad donde la persona debe ser situada en el centro con una visión multidisciplinar.

Objetivos

Aplicación de la contabilidad social como métrica que permite la monetización del valor social generado por los centros asistenciales mediante una metodología deliberativa que incluye a los stakeholders y permite el análisis de situaciones pasadas.

Descripción de la experiencia

En una primera aproximación se acotan las áreas de actuación para la monetización (red de clínicas, centros polivalentes y hospitales), trazando un cronograma de actuación en el que se tienen en cuenta los recursos destinados, la identificación de los stakeholders, entrevistas semiestructuradas, identificación de variables, proceso de monetización de variables y visualización de variables.
Una vez identificados los stakeholders, nos encontramos en una fase de entrevistas con con los mismos en la búsqueda de variables de valor en los diferentes centros, siguiendo el proceso metodológico de la contabilidad social.

Resultados

De las entrevistas realizadas con diferentes stakeholders de Grupo ASISA (trabajadores, proveedores, pacientes) existe una preocupación creciente por la responsabilidad y la sostenibilidad del sistema sanitario en España, el papel que deben tener las entidades públicas y privadas este proceso, así como los pacientes. Afloran variables de valor para medir la eficiencia hospitalaria en términos sociales, éticos y de valores humanos. Estas variables tienen en cuenta la propia naturaleza del hospital, clínica o centro asistencial, así como otros factores del entorno sanitario más allá del acto médico (comportamiento y gestión ética, infraestructuras, investigación y desarrollo, calidad asistencial, trato al paciente o las políticas de recursos humanos).

Conclusiones

El proceso de diálogo con los grupos de interés aporta aproximaciones innovadoras en la compresión del hospital o centro sanitario.
Monetizar el valor generado para los stakeholders abre un nuevo paradigma en la gestión sanitaria, permitiendo nuevas evidencias que ayudan en la humanización y el propósito social de los hospitales y centros sanitarios.
Permite abrir el debate de la eficacia y la eficiencia para la toma de decisiones estratégicas no solo desde una perspectiva económica, sino también visibiliza el valor social, e incluso, emocional que se genera en el hospital o centro.

Bibliografía

Cenedesi Júnior, M. A., & Vouillat, S. E. (2022). EL SISTEMA DE SALUD ESPAÑOL: HISTORIA, CONTEXTOS Y RETOS. RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218, 3(2), e321119. https://doi.org/10.47820/recima21.v3i2.1119
Freeman, E., Retolaza, J. L., & San Jose, L. (2020). Stakeholder Accounting: hacia un modelo ampliado de contabilidad. CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa, 100, 89. https://doi.org/10.7203/CIRIEC-E.100.18962
Harrison, J. S., Phillips, R. A., & Freeman, E. (2020). On the 2019 Business Roundtable Statement on the Purpose of a Corporation. Journal of Management, 46, 1223–1237.
Retolaza, J. L. (2022). Marco teórico y metodológico para la monetización del valor social distribuido por los museos. In L. San-Jose & J. L. Retolaza (Eds.), Monetizando el valor social en la ecomonía naranja. El caso de los museos vascos. ESIC.
Retolaza, J. L., San-Jose, L., & Freeman, R. E. (2022). How do organisations generate and sitribute value? Stakeholder value as the aim of the new business narrative (NBN) and stakeholder accounting (SA) as an information tool. Boletín de Estudios Económicos, 76(232), 37–50.
Rey del Castillo, J. (2012). El Sistema Nacional de Salud español: génesis histórica y evolución. Escuela Nacional de Sanidad.
Riesgo, I. (2007). Sistemas de salud. Sistema sanitario español. En J. Villalobos Hidalgo (Ed.), Gestión sanitaria para profesionales de la salud (1.a ed., pp. 1-27). McGraw-Hill.
Rodríguez Fernández, J. (2012). Modelo de política sanitaria en un mundo globalizado. En J. de la Torre (Ed.), Salud, justicia y recursos limitados (p. 155). Universidad Pontificia Comillas-Cátedra de Bioética.
Rosenmöller, M., & Mckee, M. (2005). Sistemas sanitarios: nuevos retos. En Gestión en el sector de la salud VI (pp. 87-117). Pearson Educación.
Sabando, P., Torres-Gonzalez, F. & Lamata, F. (2020). El Sistema Nacional de Salud: pasado, presente y nuevos retos. Díaz de Santos.
San Sebastián, A., & Barandiaran, K. (2022). Museo San Telmo: mapa de stakeholders desde la perspectiva de generación de valor social. In L. San-Jose & J. L. Retolaza (Eds.), Monetizando el valor social en la ecomonía naranja. El caso de los museos vascos. ESIC.
Villalobos Hidalgo, J. (2007). El futuro de las organizaciones sanitarias. En J. Villalobos Hidalgo (Ed.), Gestión sanitaria para profesionales de la salud (1.a ed., pp. 219-225). McGraw-Hill.

103

DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN EN LA FUNDACIÓN ASISTENCIAL MÚTUATERRASSA

Mamen Nicolás Herrerías, Mamen Galindo La Iglesia, Gloria Molas Ferrer, Roser Jané navarro, Miguel Ángel Molina Linares, Yolanda Cuesta Mieza,
Fundación Asistencial MútuaTerrassa

mcnicolas@mutuaterrassa.cat

Introducción:
En el contexto sanitario actual, la humanización adopta protagonismo y pone interés en la necesidad de promover la escucha activa y atender a las personas y sus familias como agentes curativos así como incluir el cuidado de los profesionales. Esta visión requiere un nuevo planteamiento y organización de la atención, motivo por el que la Fundación Asistencial MútuaTerrassa, (población de referencia de 275000 habitantes) establece como objetivo estratégico la Humanización de la asistencia.

Objetivos:
Desarrollar un plan estratégico que promueva la Humanización.
Mejorar la experiencia de pacientes, familiares y profesionales promoviendo su participación y midiendo el impacto de cada intervención.

Descripción de la experiencia
Etapas para desarrollar el plan:
- Revisión bibliográfica
- Constitución y estrategia formativa de comisión multidisciplinar
- Mapeo de iniciativas humanizadoras ya implementadas en el centro
- Análisis de encuestas a pacientes, reclamaciones y entrevistas a profesionales
- Análisis DAFO y de necesidades

Resultados:
El Plan consta de 4 líneas estratégicas:
1)cultura de humanización
2)información, comunicación y trato
3)paciente-familia y profesionales al centro
4)entorno y servicios de confort
Se han diseñado varias iniciativas por línea que se han priorizado en función de la factibilidad e impacto. El plan consta de 51 iniciativas para implementar entre 2022-25, reflejadas en una hoja de ruta y plan de seguimiento-evaluación de resultados. Algunas de las iniciativas implementadas son: proyecto hospitales Humanos, manual de trato, Hospital-UCI puertas abiertas, plan de voluntariado y campus paciente.
La difusión se ha realizado mediante nueve jornadas de presentación interna y presencia en medios y redes sociales.

Conclusiones:
El compromiso de la gerencia y el análisis de las opiniones de los usuarios y profesionales, han sido fundamentales para desarrollar el plan y abordar las diferentes iniciativas.
Aplicar metodología y la participación de representantes de diferentes áreas, formados en humanización, ha permitido enfocar las iniciativas a necesidades de nuestra entidad.

Bibliografía:

- M. Busch. Et al. Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. The Patient - Patient-Centered Outcomes Research (2019) 12:461–474
- Sikka et al. The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning in work. BMJ Qual Saf 2015;24:608–610. doi:10.1136/bmjqs-2015-004160
- Elementos clave que influyen en la experiencia del paciente 2020, Generalitat de Cataluña. Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña
- Raman, A., & Tucker, A. (2011). The Cleveland Clinic: Improving the Patient Experience. Harvard Business School Technology & Operations Mgt. Unit Case, (612-031).
- Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI; 2019 [acceso 22 de mayo de 2019]. Disponible en: https://proyectohuci.com/es/buenas-practicas/

106

HUMANIZACION EN CÁNCER DE MAMA

Reyes Ibáñez Carreras, Menchu Casamayor Sancho, Mamen García Mur, Virginia Ruiz.
Hospital Universitario Miguel Servet, Hospital de Burgos.

ribannezca@salud.aragon.es

Objetivos:

- Conocer las necesidades de los pacientes en humanización en cáncer de mama y poner en marcha proyectos.
- Abordar los temas de interés entre profesionales y pacientes.

Descripcion de la experiencia:

Mesas de diálogo sobre la humanización del paciente
Encuesta sobre la atención recibida a personas que han padecido cáncer de mama.
A partir de ahí se celebró la I Jornada aragonesa de humanización en cáncer de mama, donde profesionales y pacientes expusieron necesidades e iniciativas que impulsaran la humanización en el abordaje terapéutico del cáncer de mama.

Resultados:

Cumplimiento de propuestas (humanización de espacios, acompañamiento en el duelo, formación, etc.).
I Jornada aragonesa de humanización en cáncer de mama: acudieron 611 personas y 1.656 visualizaciones en streaming.

Conclusiones:

El radiólogo tiene en su mano minimizar el tiempo de incertidumbre hasta el diagnóstico.
Comunicar con un lenguaje empático, adecuado, adaptado a cada caso y comprensible. La toma de decisiones compartidas debe marcar nuestra actuación.
El miedo es uno de los sentimientos más frecuentes e intensos. Esencial que el equipo sea consciente para proporcionar un trato empático y tranquilizador.
Fundamental la perspectiva interdisciplinar en el manejo diagnóstico-terapéutico.
La recaída de la enfermedad es un momento difícil - necesaria la comunicación veraz y afectuosa.
Ofrecer información sobre los los tratamientos que les ayuden a la mejor toma de decisiones. Ofrecer orientación acerca del autocuidado en su pronóstico y aspectos como la nutrición,
ejercicio físico, etc.
La investigación y el trabajo coordinado es imprescindible para la mejor respuesta a los tratamientos y en su defecto obtener una cronificación de la enfermedad.
En muchas ocasiones, con cosas sencillas se puede mejorar el bienestar el paciente.
No se trata a veces de gastar grandes cantidades de dinero y procesos costosos, sino de escuchar y reflexionar sobre lo que necesita.

Bibliografia

Directrices de la OMS sobre política sanitaria y apoyo al sistema para optimizar los programas de agentes de salud comunitarios (2019). Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326553/9789243550367- spa.pdf
Experiencia de las mujeres con cáncer de mama en España. Disponible en: https:// observatorio.contraelcancer.es/informes/experiencia-de-las-mujeres-con-cancer-de- mama- en-espana
Forjaz, M., Garrido, E. (2006). Repercusión del cáncer de mama en la paciente. Huarte de San Juan. Psicología y pedagogía, ISSN 1136-0828, No 13, 2006, págs. 135-139.
Gimón, A. (2007). Movimiento asociativo de mujeres pacientes y cáncer de mama. Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología, ISSN 1696-7240, Vol. 4, No. 2-3, 2007, págs. 519-522
Lourdes Moro Gutiérrez, Elisa Kern de Castro, Marta González Fernández-Conde (2014). El proceso de comunicación en oncología: relato de una experiencia. Psicooncología: investigación y clínica

biopsicosocial en oncología, ISSN 1696-7240, Vol. 11, No. 2-3, 2014, págs. 403-418 DOI: 10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n2-3.47397 [consulta: 9 noviembre 2022].
Oliva, R. (2021). Atención centrada en la paciente con cáncer ginecológico y de mama: análisis de las preferencias, necesidades y toma de decisiones en el proceso de gestión de la información. Universidad de Murcia. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/ tesis? codigo=290954
Rodríguez, E., & Font, A. (2013). Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: evolución de las emociones desadaptativas. Psicooncología, 10(2), Recuperado de: https:// bbibliograficas.ucc.edu.co:2149/psychology/docview/1506444862/fulltextPDF/ D17FA57987194B42PQ/16?accountid=44394
Salamanca, S., Perez J., & Acevedo, E. (2020). Experiencias personales y profesionales de pacientes con cáncer de mama adscritas a un centro de oncología de Santander. Informes Psicológicos, 20(1), pp. 91-109 http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v20n1a07

109
MARIPOSAS BLANCAS. GUÍA ABORDAJE Y SEGUIMIENTO DEL DUELO PERINATAL

Milagros Avellán Durán, Leonor Oviedo López, Pilar Fluriache García Caro,
Hospital Nuestra Señora del Prado.

pfluriache@sescam.jccm.es

Introducción
La muerte de un hijo intraútero o intraparto es de las experiencias más traumáticas que unos padres pueden vivir, se asocia a efectos psicológicos a corto y largo plazo. El duelo perinatal, como respuesta adaptativa a la pérdida del bebé, tiene una dimensión física, cognitiva y espiritual. Hablamos de un duelo "desautorizado", invisible a los ojos de la sociedad, y carente de recursos de ayuda en muchos hospitales.
Como profesionales debemos aceptar nuestro rol de facilitadores de este duelo y proporcionar a los padres los recursos y apoyo necesarios en ese difícil momento.

Objetivos
General
- Mejorar la asistencia a la mujer, su pareja y familia ante situaciones de pérdida perinatal, para que consigan elaborar un duelo más saludable.

Específicos
- Sensibilizar y formar al personal de las unidades implicadas para que puedan llevar a cabo su rol facilitador del duelo.
- Protocolizar la atención de los profesionales implicados en el proceso.
- Garantizar la continuidad asistencial tras el alta hospitalaria.

Descripcion de la experiencia
Tras la formación del grupo de trabajo multidisciplinar, se elaboró nuestra "Guía de Actuación ante el duelo perinatal" (2017); contempla aspectos como: "Comunicación de la primera noticia", "Atención durante la hospitalización", "Formularios y trámites legales", "Derivación al Servicio de Salud Mental", y "Derivación a su matrona de primaria", para garantizar la continuidad asistencial.
En este año, hemos iniciado la revisión de esta guía, para la actualización de los circuitos de derivación existentes, actualización de la documentación, y retomar la formación y sensibilización de los profesionales de los servicios implicados.

Resultados/ conclusiones
Desde la puesta en marcha, aproximadamente 200 mujeres, se han beneficiado del seguimiento; nos ha permitido prevenir complicaciones y detectar duelos

patológicos de manera temprana, derivados al Servicio de Salud Mental para su tratamiento.
Es indispensable la elaboración de protocolos de actuación ante el duelo perinatal.

Bibliografia

American Psychiatric Association - APA. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed.).
Asociación Española de Pediatría. "Libro blanco de la muerte súbita infantil".2013. (Internet)Disponible en: https://www.aeped.es/grupo-trabajo-estudio-muerte-subita- infantil/documentos/libro-blanco-muerte-subita-infantil
Asociaciones Umamanita y El Parto es Nuestro. "Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal" 2009 [Internet]. Disponible en: https://www.umamanita.es/ wp- content/uploads/2015/06/Guia-Atencion-Muerte-Perinatal-y-Neonatal.pdf
Álvarez Álvarez M, Claramunt Armengau MA, Carrascosa LG, Silvente C. Las voces olvidadas. Pérdidas gestacionales tempranas. Tenerife: Ob Stare; 2012.
Bucay J. El camino de las lágrimas. Barcelona: Grijalbo; 2003. Carmelo A. Déjame llorar. Un apoyo en la pérdida. Barcelona: Tarannà; 2007.
Claramunt MA, Álvarez M, Jové R, Santos E. La cuna vacía: el doloroso proceso de perder un embarazo. Madrid: La Esfera de los Libros; 2009.
Kübler-Ross E. La muerte un amanecer. Barcelona: Luciérnaga; 2008.
López S, Pi-Sunyer MT. Morir cuando la vida empieza. Conocer y despedir al hijo al mismo tiempo. Pamplona: Círculo Rojo; 2015.
Savage JA. Duelo por las vidas no vividas. Barcelona: Luciérnaga; 2000
Schott J, Henley A. Saying goodbye to your baby. Londres: SANDS; 2014.
Real decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural (BOE de 21.03.2009).
Ley 19/2015, de 13 de julio, de medidas de reforma administrativa, en el ámbito de la administración de justicia y del registro civil (BOE de 14.07.2015)
Ley 20/2011, de 21 de julio, de registro civil (BOE de 22.07.2011)
Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (BOE de 4 de marzo de 2010)
Decreto 297/1997, de 25 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de policía sanitaria mortuoria (DOGC 2528, de 28 de noviembre de 1997)

112

IMPLICACIÓN DEL PACIENTE Y LOS PROFESIONALES EN EL PROCESO DE HUMANIZACIÓN DEL UN HDM

Manuel Guzmán Peña, Rosario María Aires Aro, Andrea Victoria Donadeu, María Mercedes Vaquero Serrano, Oliva González Silva, María Magdalena de Tovar Fernández.
Hospital de San Juan de Dios del Aljarafe

manuel.guzman@sjd.es

Introduccion

La humanización de la unidad de día médico del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe es un proceso crucial para garantizar que los pacientes reciban un trato adecuado y empático durante su tratamiento.

Objetivo

Humanizar la atención de pacientes atendidos en el hospital de día médico desde el punto de vista de pacientes y profesionales

Objetivos secundarios

Identificar áreas de mejora percibidas por pacientes y profesionales
Implantar las medidas necesarias para mejorar la experiencia del paciente en el HDM

Metodología

Identificación de áreas de mejora
- Análisis de reclamaciones
- ANFE realizado por los profesionales

Áreas de mejora identificadas
- Estructurales
- Organizativas
- Accesibilidad
- Ambientales

Expectativas

Pacientes:
- Estar acompañados
- Lugar tranquilo
- Agilidad en la accesibilidad
- Disminuir tiempos de espera

Profesionales:
- Mejorar vigilancia de los pacientes
- Planificar los recursos necesarios
- Disponer de ambiente de trabajo tranquilo
- Ordenar los ingresos

Medidas adoptadas

Traslado a un espacio diáfano con un control central y separadores móviles de separación entre puestos

Se modifica el protocolo de acompañamiento, permitiendo presencia de un acompañante

Creación de agendas por puesto y adaptación de tiempos de atención

Revisión protocolo de citación, ajustando tiempos a nuevas agendas.

Preparación previa al día del tratamiento, lo que reduce tiempos de atención evitando esperas

Evaluación

Encuesta a profesionales

Encuesta a pacientes

Resultados

Mejora la seguridad: al tratarse de un espacio con un control central que facilita la visibilidad y vigilancia del paciente

Mejora la intimidad: al disponer de separadores móviles y consulta para la valoración e información

Disminución de tiempos de espera

Mejora la accesibilidad

Ambiente tranquilo y silencioso.

Permitir acompañamiento

Conclusión

La humanización de una unidad de día médico es fundamental para el bienestar emocional de pacientes y puede mejorar significativamente su calidad de vida durante su tratamiento.

2
CUIDADOS CERCANOS PARA LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES Y ENFERMEDADES RARAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DEL PRADO"

Elena Ortiz Muñoz, Blanca Castro Menjíbar, Laura Molina Gallardo, Raúl Sánchez Bermejo, Begoña Martín Bielsa, Elsa Humanes de la Fuente

Hospital General Universitario Nuestra Señora del Prado-HGUNSP, Asociación ASEM-CLM)

eomunoz@sescam.jccm.es

Introducción

El Servicio de Urgencias Hospitalario del Hospital General Universitario Nuestra Señora de Prado
de Talavera de la Reina con la colaboración de ASEM-CLM ha elaborado e implementado un protocolo de recepción y manejo de pacientes con enfermedades con afectación neuromuscular o enfermedades raras, vigente desde el año 2018.

Objetivo

Este proyecto nació de la necesidad de mejorar el conocimiento y abordaje dado en el ámbito de Urgencias a los pacientes con enfermedades neuromusculares y enfermedades raras, para dar calidad a la atención sanitaria ofertada.
El protocolo en sí ofrece a los pacientes dos ideas fundamentales:
1-No es necesario vivir en un gran núcleo urbano para que acceder a una sanidad de calidad en caso de padecer una enfermedad con escasa prevalencia, apenas conocida y sin un tratamiento específico curativo.
2-El hecho de tener una enfermedad sin cura no implica que no se pueda mejora la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familias. Muchas veces eso requiere esfuerzo científico y otras sólo cercanía, sintonía, empatía y confianza" Por tanto, nuestro objetivo es "PROPONER PARA ELLOS Y PARA SUS FAMILIAS CUIDADOS CÁLIDOS Y DE CALIDAD".
Para esto se contó con la imprescindible colaboración del tejido asociativo, fundamental y necesario en proyectos así. Como no podía ser de otra manera, siempre se cuenta con el firme compromiso desde la asociación ASEM-CLM para ser el soporte y para minimizar en los pacientes y sus familias el impacto que supone padecer una enfermedad rara.
Tanto desde la Gerencia del Área de Salud de Talavera de la Reina como desde el equipo humano que conforma la Unidad de Urgencias, existió y existe una gran disposición para ayudar a implementar este modelo de actuación en otros niveles asistenciales y en otros servicios de Urgencias a nivel nacional.

Descripción de la experiencia

Haciendo con ello un breve resumen del protocolo, desglosamos aquí sus fases:
1. El protocolo se activa cuando avisa al teléfono/busca (638225281- 25281) de Urgencias destinado para tal uso. Los
pacientes adscritos al protocolo conocen el número y han sido instruidos por la Asociación para el reconocimiento en casa de los signos de alerta por los que deben consultar de forma urgente. Por teléfono, se comentan los síntomas principales y se tiene un primer asesoramiento médico, previa venida al Servicio de Urgencias.
2. Mientras el paciente acude, se informa a los profesionales de la inminente visita, se prepara la estancia más
adecuada y se revisan los documentos del paciente. Éstos están actualizados y ordenados gracias al esfuerzo de la Unidad de Urgencias y la Asociación, la cual se nos facilita información sanitaria externa y otros documentos de interés aportados por las familias. La información de los pacientes es custodiada y tratada siguiendo las indicaciones de la LOPD (Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos).
3. Si el paciente acude a Atención Primaria primero, el profesional correspondiente puede llamar al teléfono/busca o
bien a otro existente, destinado a comunicación entre Primaria y Urgencias Hospitalarias (638228359-28359).
4. Una vez llegado a Urgencias se identifica en TRIAJE como paciente dentro del "Protocolo de ENM". El paciente

independientemente de la ubicación que le sea asignada, tendrá derecho al acompañamiento continuo por un familiar para lo que se les facilita una tarjeta de acompañamiento específica, salvo razón de causa mayor.

5. Ya ubicado, se realiza una atención sanitaria lo más personalizada posible. En la medida de lo posible se trata al paciente y a sus familias como "pacientes expertos" ya que al margen de la base científica que sustenta la actuación que se realice, ellos son los principales conocedores de la complejidad y de las peculiaridades de estas enfermedades en ellos mismos. Se hace ver que somos conocedores de su enfermedad, de sus antecedentes, de su entorno familiar y de todo aquello que hace al paciente sentirse en un entorno de confianza.

6. En caso de necesitarlo, se pondrá en conocimiento al especialista de área necesario con la mayor premura posible, para facilitar una actuación multidisciplinar.

Resultados

Durante los años en que el protocolo ha estado funcionante se ha tenido un feedback muy positivo. Es palpable y nos
llega la satisfacción que se refleja en los pacientes y en sus familias por el trato ofrecido, por el interés personal que se muestra por su patología, por su persona y por su entorno, lo que ha resultado importantísimo y motivador para el desarrollo y continuidad del protocolo. Por todo esto, los pacientes se sienten "como en casa".

5
APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE LA SIMULACIÓN CON EL TRAJE MAX EN LA SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN EN ACP DEL PROFESIONAL ASISTENCIAL.

M Pilar Vallano Laina, Stephan Biel
Hospital Comarcal Móra d'Ebre. Móra d'Ebre. Tarragona

pvallano.hcme.ste@gencat.cat

Introduccion

La humanización de la atención sanitaria es una cuestión de compromiso, avalada por la evidencia científica y demandada por las personas a las que prestamos cuidados. El reto pasa por cambiar la mirada centrada, tradicionalmente, en la enfermedad, y pasar a poner en el centro en la persona y su proyecto de vida. Implementar estos cambios, requiere de liderazgo, de formación y sensibilización.

Objetivos

General
Diseñar actividades formativas en línea con el Plan de Humanización del centro.
Específicos:

- Incluir la metodología de simulación en la formación en humanización.
- Trabajar habilidades "no técnicas"

Descripcion de la experiencia

Dentro del Plan de Formación del centro, se recogen acciones formativas destinadas a la adquisición de competencias y habilidades. Las metodologías utilizadas son variadas y entre ellas la simulación. Sus aplicaciones son múltiples y con potencial ilimitado.
Las formaciones en las que los participantes se enfundan en el TrajeMax, nos permite sentir en propia piel las limitaciones físicas y sensoriales de las personas con dependencia.

El debriefing posterior a la experiencia de simulación es un ejercicio de gran importancia, muy profundo, guiado por los objetivos del formador Stephan Biel que seguirá el ritmo de reflexión de los participantes.
En base a ese autoconocimiento percibido y experimentado es posible la capacitación para mejorar los cuidados.

Resultados
Han participado en actividades de simulación con el Traje Max en nuestro centro y en los últimos 24 meses, el 60% de la plantilla de las categorías profesionales: Enfermeras, TCAEs, Zelador, Fisioterapeutas, Trabajadora Social, Nutricionista, Educadora Social y Psicóloga.
Todos los participantes recomiendan la experiencia como ejercicio de empatía y como forma de experimentar la vulnerabilidad y dignidad de las personas con dependencia.

Conclusiones
La simulación experiencial con el TrajeMax permite un ejercicio de empatía y sensibilización para mejorar la competencia en la atención a las personas.

7
EMPEZANDO LA HUMANIZACION DE LA MEDICINA POR EL PRINCIPIO: LA UNIVERSIDAD

Blanca Rojas, Elena Catala, María Teresa García-Antón, Pablo Roca
Universidad Complutense de Madrid. Hospital Virgen de la Victoria de Málaga. Hospital Universitario La Paz, Madrid. Universidad de Villanueba, Madrid. Universidad Internacional de Valencia

brojas@med.ucm.es

Introducción.
El deterioro psicológico de médicos, residentes y estudiantes de medicina es superior al de la población general. Esto conduce a una deshumanización del cuidado de los pacientes. Las universidades y otras instituciones médicas rara vez ponen en marcha iniciativas destinadas a prevenir esta situación.

Objetivos.
General) Ofrecer a estudiantes de medicina una intervención basada en la compasión con la intención de contribuir a humanizar los cuidados sanitarios y disminuir el malestar emocional asociado a la práctica de la medicina. Específicos) Evaluar la eficacia del programa de entrenamiento en el cultivo de la compasion (CCT) en la prevención del distrés psicológico y en la mejora del bienestar de los estudiantes; ii) valorar si el efecto benéfico permanece a los dos meses de realizada la intervención.

Metodología.
Los estudiantes fueron distribuidos al azar en un grupo que recivió el CCT o en un grupo control en lista de espera. Todos cumplimentaron cuestionarios estandarizados antes, durante, después de la intervención y a los 2 meses de seguimiento. Las variables psicológicas evaluadas fueron: compasión, empatía, mindfulness, bienestar, resiliencia, regulación emocional, distrés psicológico, burnout y preocupación por la pandemia COVID-19. Para el análisis se utilizó un Modelo de Efectos Mixtos y el Índice de Cambio Fiable.

Resultados.

Los participantes en el CCT presentaron una mejoría significativa en sus niveles de auto-compasión, mindfulness y regulación emocional además de una disminución significativa del estrés, la ansiedad y el agotamiento emocional que acompaña al burnout. Algunos de estos efectos se mantuvieron durante el seguimiento.

Conclusiones.

El programa CCT incrementa habilidades compasivas y reduce el malestar psicológico en los estudiantes de medicina, un hecho crítico para preservar la salud mental de los médicos, al tiempo que promueve el cuidado compasivo de los pacientes. Sería beneficioso introducir este tipo de intervenciones en el currículo de las univesidades de medicina.

Bibliografía

1. Brown, S. D., MD, Goske, M. J., & Johnson, C. M. (2009). Beyond substance abuse: Stress, burnout, and depression as causes of physician impairment and disruptive behavior. Journal of the American College of Radiology, 6(7), 479-485. doi:10.1016/j.jacr.2008.11.029
2. Regehr, C., Glancy, D., Pitts, A., & LeBlanc, V. (2014). Interventions to reduce the consequences of stress in physicians: A review and meta-analysis. The Journal of Nervous and Mental Disease, 202(5), 353-359. doi:10.1097/NMD.0000000000000130
3. Shanafelt, T. D., West, C. P., Sinsky, C., Trockel, M., Tutty, M., Satele, D. V., ... Oreskovich, M. R.(2019). Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians and the general US working population between 2011 and 2017. Mayo Clinic Proceedings, 94(9), 1681-1694. doi:10.1016/j.mayocp.2018.10.023
4. West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. Journal of Internal Medicine, 283(6), 516-529. doi:10.1111/joim.12752
5. Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E., & Back, A. L. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Annals of Internal Medicine, 136(5), 358-367. doi: 10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008
6. Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., ... Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. Archives of Internal Medicine, 172(18), 1377-1385. doi: 10.1001/archinternmed.2012.3199
7. West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: A systematic review and meta-analysis. The Lancet, 388(10057), 2272-2281. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31279-X
8. Hardy, P., Costemale-Lacoste, J., Trichard, C., Butlen-Ducuing, F., Devouge, I., Cerboneschi, V.,... Corruble,E. (2020). Comparison of burnout, anxiety and depressive syndromes in hospital psychiatrists and other physicians: Results from the ESTEM study. Psychiatry Research, 284, 112662. doi:10.1016/j.psychres.2019.112662
9. Maser, B., Danilewitz, M., Guérin, E., Findlay, L., & Frank, E. (2019). Medical student psychological distress and mental illness relative to the general population: A canadian cross-sectional survey. Academic Medicine, 94(11), 1781-1791. doi:10.1097/ACM.0000000000002958
10. Mata, D. A., Ramos, M. A., Bansal, N., Khan, R., Guille, C., Di Angelantonio, E., & Sen, S. (2015). Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: A systematic review and meta-analysis. JAMA: The Journal of the American Medical Association, 314(22), 2373-2383. doi:10.1001/jama.2015.15845
11. Chmielewski, J., Łoś, K., & Łuczyński, W. (2021). Mindfulness in healthcare professionals and medical education. International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health, 34(1), 1-14. doi:10.13075/ijomeh.1896.01542
12. Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., & Shanafelt, T. D. (2005). Medical student distress: Causes, consequences, and proposed solutions. Mayo Clinic Proceedings, 80(12), 1613-1622. doi:10.4065/80.12.1613
13. Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Sloan, J. A., Shanafelt, T. D., Massie, F. S., Power, D. V., ... Shanafelt, T. D. (2008). Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. Annals of Internal Medicine, 149(5), 334-341. doi:10.7326/0003-4819-149-5-200809020-00008
14. Mascaro, J. S., Kelley, S., Darcher, A., Negi, L. T., Worthman, C., Miller, A., & Raison, C. (2018). Meditation buffers medical student compassion from the deleterious effects of depression. The Journal of Positive Psychology, 13(2), 133-142. doi:10.1080/17439760.2016.123334
15. Kelm, Z., Womer, J., Walter, J. K., & Feudtner, C. (2014). Interventions to cultivate physician empathy: A systematic review. BMC Medical Education, 14(1), 1-11. doi: 10.1186/1472-6920-14-219
16. Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E., & Back, A. L. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Annals of Internal Medicine, 136(5), 358-367. doi: 10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008
17. Dzeng, E., Colaianni, A., Roland, M., Levine, D., Kelly, M. P., Barclay, S., & Smith, T.J. (2016). Moral distress amongst american physician trainees regarding futile treatments at the end of life: A qualitative study. Journal of General Internal Medicine, 31(1), 93-99. doi: 10.1007/s11606-015-3505-1
18. Sinclair, S., Kondejewski, J., Jaggi, P., Dennett, L., des Ordons, Amanda L Roze, & Hack, T. F. (2021). What is the state of compassion education? A systematic review of compassion training in health care. Academic Medicine, 96(7), 1057. doi: 10.1097/ACM.0000000000004114

19. Menezes, P., Guraya, S. S., & Guraya, S. Y. (2021). A systematic review of educational interventions and their impact on empathy and compassion of undergraduate medical students. doi:10.21203/rs.3.rs-257896/v1
20. Australian Medical Association. (2016). Code of ethics. Retrieved from https://www.ama.com.au/articles/code-ethics-2004-editorially-revised-2006-revised-2016
21. Canadian Medical Association. (2018). Code of ethics and professionalism. Retrieved from https://policybase.cma.ca/en/permalink/policy13937
22. Paterson, R. (2011). Can we mandate compassion? The Hastings Center Report, 41(2), 20-23. doi:10.1353/hcr.2011.0036
23. Medical School Objectives Writing Group. (1999). Learning objectives for medical student education-guidelines for medical schools: Report I of the medical school objectives project. Academic Medicine, 74(1), 13-8. doi:10.1097/00001888-199901001-00010
24. Patel, S., Pelletier-Bui, A., Smith, S., Roberts, M. B., Kilgannon, H., Trzeciak, S., & Roberts, B. W. (2019). Curricula for empathy and compassion training in medical education: A systematic review. PloS One, 14(8), e0221412. doi:10.1371/journal.pone.0221412
25. Fairchild, A. (2020). The role of compassion in ethical frameworks and medical practice. Clinical Ethics, 1477750920983572.
26. Kirby, J. N. (2017). Compassion interventions: The programmes, the evidence, and implications for research and practice. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 90(3), 432-455. doi: 10.1111/papt.12104
27. Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A meta-analysis of compassion-based interventions: Current state of knowledge and future directions. Behavior Therapy, 48(6), 778-792. doi: 10.1016/j.beth.2017.06.003
28. Brito-Pons, G., Campos, D., & Cebolla, A. (2018). Implicit or explicit compassion? Effects of compassion cultivation training and comparison with mindfulness-based stress reduction. Mindfulness, 9(5), 1494-1508. doi:10.1007/s12671-018-0898-z
29. Roca, P., Vazquez, C., Diez, G., Brito-Pons, G., & McNally, R. J. (2021a). Not all types of meditation are the same: Mediators of change in mindfulness and compassion meditation interventions. Journal of Affective Disorders, 283, 354-362. doi:10.1016/j.jad.2021.01.070
30. Weingartner, L. A., Sawning, S., Shaw, M. A., & Klein, J. B. (2019). Compassion cultivation training promotes medical student wellness and enhanced clinical care Springer Science and Business Media LLC. doi:10.1186/s12909-019-1546-6
31. Patel, S., Pelletier-Bui, A., Smith, S., Roberts, M. B., Kilgannon, H. J., Trzeciak, S., & Roberts, B. W. (2018). Curricula and methods for physician compassion training: Protocol for a systematic review BMJ. doi:10.1136/bmjopen-2018-024320
32. Bates D, Kliegl R, Vasishth S, Baayen H. Parsimonious mixed models. arXiv Prepr arXiv. 015;1506.04967.
33. Graham JW. Missing data analysis: Making it work in the real world. Annu Rev Psychol. 2009 Jan;60(1):549–76. DOI: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085530
34. Little RJA, Rubin DB. Bayes and multiple imputation. In: Statistical Analysis with Missing Data. 2002. p. 200–20.
35. Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. J Consult Clin Psychol. 1991;59(1):12–9. DOI: 10.1037//0022-006x.59.1.12
36. Jacobson NS, Roberts LJ, Berns SB, McGlinchey JB. Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: Description, application, and alternatives. J Consult Clin Psychol. 1999;67(3):300–7. DOI: 10.1037//0022-006x.67.3.300
37. Weingartner LA, Sawning S, Shaw MA, Klein JB. Compassion cultivation training promotes medical student wellness and enhanced clinical care. BMC Med Educ. 2019 Dec 10;19(1):139). DOI: 10.1186/s12909-019-1546-6

a. Referencias de las escalas de evaluación utilizadas en el estudio

Raes F, Pommier E, Neff KD, Van Gucht D. Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. Clinical psychology & psychotherapy. 2011;18(3):250-255. DOI: 10.1002/cpp.702
Galiana L, Brito-Pons. The power of compassion. New York: Nova Science Publishers, Incorporated; 2019.
Garcia-Campayo J, Navarro-Gil M, Andrés E, Montero-Marin J, López-Artal L, Demarzo MMP. Validation of the spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the self-compassion scale (SCS). Health and quality of life outcomes. 2014;12(1):4. DOI: 10.1186/1477-7525-12-4
Davis MHA. Aœ multidimensional approach to individual differences in empathy. Nachdr. d. Ausg. Austin 1980 ed. Corte Madera, CA: Select Press; 1995.
Pérez-Albéniz, A., De Paúl, J., Etxeberría, J., Montes, M. P., & Torres, E. (2003). Adaptación de interpersonal reactivity index (IRI) al español. Psicothema, 267-272.
Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. Behav Res Ther. 1995;33(3):335-343. DOI: 10.1016/0005-7967(94)00075-u
Daza P, Novy D, Stanley M, Averill P. The depression anxiety stress scale-21: Spanish translation and validation with a hispanic sample. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2002;24(3):195-205.
Hervas G, Vazquez C. Construction and validation of a measure of integrative well-being in seven languages: The pemberton happiness index. Health and quality of life outcomes. 2013;11(1):66. DOI: 10.1186/1477-7525-11-66

Baer RA, Smith GT, Lykins E, Button D, Krietemeyer J, Sauer S, Walsh E, Duggan D, Williams JM. Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. Assessment. 2008 Sep;15(3):329-42. doi: 10.1177/1073191107313003.
Aguado J, Luciano JV, Cebolla A, Serrano-Blanco A, Soler J, García-Campayo J. Bifactor analysis and construct validity of the five facet mindfulness questionnaire (FFMQ) in non-clinical spanish samples. Frontiers in psychology. 2015;6:404. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.00404
Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Organ Behav. 1981;2(2):99-113.
del Carmen Pérez-Fuentes M, Jurado, María del Mar Molero, Márquez, María del Mar Simón, Ruiz NFO, Linares JJG. Validation of the maslach burnout inventory-student survey in spanish adolescents. Psicothema. 2020;32(3):444-451. DOI: 10.7334/psicothema2019.373
Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. Journal of psychopathology and behavioral assessment. 2004;26(1):41-54.
Hervás G, Jódar R. Adaptación al castellano de la escala de dificultades en la regulación emocional. Clínica y salud. 2008;19(2):139-156.
Smith BW, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Christopher P, Bernard J. The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. Int J Behav Med. 2008;15(3):194-200. DOI: 10.1080/10705500802222972
Rodríguez-Rey R, Alonso-Tapia J, Hernansaiz-Garrido H. Reliability and validity of the brief resilience scale (BRS) Spanish version. Psychol Assess. 2016;28(5):e101. DOI: 10.1037/pas0000191
Crane RS, Eames C, Kuyken W, et al. Development and validation of the mindfulness-based interventions – teaching assessment criteria (MBI:TAC). Assessment (Odessa, Fla.). 2013;20(6):681-688. DOI: 10.1177/1073191113490790
Twisk J, de Boer M, de Vente W, Heymans M. Multiple imputation of missing values was not necessary before performing a longitudinal mixed-model analysis. J Clin Epidemiol. 2013;66(9):1022-1028.47. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2013.03.017

9

MANUAL DE HUMANIZACIÓN DE URGENCIAS: UNA GRAN FOTOGRAFÍA ACTUAL DE TU H.

Del Campo Molina, E., Aguilera Peña, M., Medina Durán, P., Cabello Gracia, Gregorio.; Pérez Ramírez, M.A.; Antúnez Miranda, F.
Hospital de Montilla (Córdoba)

emilio.campo.molina.sspa@juntadeandalucia.es

Justificación

Para establecer el camino de humanización en nuestras urgencias hay que empezar sabiendo donde me encuentro en el inicio, y saber dónde quiero llegar para conseguir el resultado requerido. Hicimos la foto de humanización en nuestra urgencia en el año 21, y queremos ver la evolución anual.

Objetivos

1. Conseguir la foto inicial de humanización en nuestro Servicio de Urgencias.
2. Difundir en el equipo el inicio para establecer acciones de mejora en el servicio.
3. Valorar si estamos en el camino correcto de conseguir el objetivo final.

Material y Método

Creación de un grupo de trabajo de profesionales de urgencias. Mediante el Manual de humanización en urgencias hospitalarias medir la situación de inicio. Difundir los datos obtenidos, y realizar acciones para aumentar el grado de consecución de las distintas líneas estratégicas, estableciendo propuestas de mejora con los objetivos anuales, a través de aportación de ideas surgidas en varias reuniones. Se dividieron 7 líneas estratégicas, y en cada una de ellas se proponen 169 acciones a identificar y realizar.

Resultados

Con trabajo e ideas de mejorar, se han aumentado en consecución las acciones propuestas, pasando de una media de 72,86% acciones conseguidas a 80,31% al año siguiente. Por líneas estratégicas los resultados fueron: Flexibilización (86,96%-

95,65%), Comunicación (62,5%-62,5%), Bienestar del paciente (65,38%-80,67%), Cuidados del profesional (61,11%-61,11%), Vulnerabilidad (82,61%-82,61%), Final de la vida (81,82%-90,91%), Infraestructura humanizada (69,70%-81,07%).

Conclusiones
Hemos conseguido la foto inicial de humanización en nuestro Servicio.
Ello nos lleva a saber dónde mejorar.
Con ideas nuevas y trabajo hemos logrado superarnos.
Es evidente que aún queda camino por mejorar siempre que sepamos lo que debemos recorrer para llegar a la excelencia.

11
NUNCA ESTUVIERON SOLOS.

Del Campo Molina, E.; López Valero, M.; Ruiz Caballero, P. Salcedo Sánchez, MC, Aguilera Peña, M.; Hidalgo Pedraza, M.L.
Hospital de Montilla (Córdoba)

emilio.campo.molina.sspa@juntadeandalucia.es

Justificación:
Pese a realizar perfectamente nuestro trabajo clínico en la UCI, en ocasiones no tenemos en cuenta otras necesidades del paciente. La pandemia nos ha retirado en la UCI, las buenas prácticas en humanización que ya teníamos conseguidas, y ha endurecido el ingreso en UCI. Con este proyecto intentamos visionar a la sociedad el trabajo en una UCI desde la mirada del paciente, familias, y profesionales durante la pandemia vivida.

Objetivos:
Los objetivos principales son:
- Editar un libro de vivencias en UCI durante la pandemia que de valor al trabajo realizado en UCI.
- Mostrar a la sociedad emociones vividas en UCI en la pandemia, viéndolas desde tres puntos de vista: pacientes, familiares y profesionales.

Como objetivos secundarios:
- Mejorar la atención integral en nuestras UCIs a través de vivencias ocurridas en ella, aprender de errores y mantener las buenas prácticas.
- Poner en valor a un gran médico intensivista jubilado: Dr. Guerrero Pabón.
- Ser un proyecto solidario con ONG.

Metodología:
Creación del II Certamen de relatos cortos: Dr. Guerrero Pabón, basado en relatos de profesionales, pacientes y familiares, en tiempo de pandemia.

Resultados:
42 relatos recibidos. Edición de 1 libro en papel y 1 libro digital. Representación de 1 obra de teatro y gala de premios, así como la presentación del libro. Los beneficios económicos son donados a 6 ONG: Pollos y corazones, Esperanza y Alegría de Kenia, Kurere, H-UCI, Hospital Optimista, y ASPAYM.

Conclusiones:
El grupo de trabajo ha conseguido los objetivos principales y secundarios del proyecto.
Se ha sabido transmitir las vivencias de la pandemia en la UCI basándose en los 3 eslabones más importantes: Pacientes, familiares y profesionales.

Aseguramos que las emociones son fácilmente transmitidas a cualquier lector del libro.
El proyecto ha sido 100% altruista.

13

INCLUIR LA H EN LA COMUNICACIÓN DE MUERTE: EXPERIENCIA DEL CURSO "COMUNICACIÓN DE MUERTE HUMANIZADA EN EL PROCESO DE DONACIÓN".

Tania Monreal Pino, Jocelyn Rojas Jeria.
MINSAL Chile

jocelyn.rojas@minsal.cl

Introducción

Desde el año 2015, la Coordinación Nacional de Donación y Trasplante (MINSAL, Chile) ha implementado el curso
"Comunicación de muerte humanizada en el proceso de donación". Su objetivo es identificar y comprender los principales aspectos teórico-reflexivos comprendidos en el proceso comunicacional de dicho contexto.

Objetivos

Dar a conocer la experiencia de la implementación del curso:

- Presentar su evolución hasta la actualidad.
- Identificar los principales efectos de la inclusión de la corriente de humanización.

Descripción de la experiencia

El taller ha variado en sus denominaciones, partiendo como "Comunicación de Malas Noticias". Mediante una permanente revisión bibliográfica, se incorpora la palabra "muerte" como una forma de visibilizar este fenómeno y, posteriormente, se incluye la corriente de humanización en sus planteamientos.

Resultados

A partir de la crisis sanitaria por la pandemia, hubo un incremento exponencial en la demanda de participación, principalmente para Urgencias y UCI. También aumenta la inclusión del estamento médico. Sin embargo, persiste una predominancia de mujeres (75% en 2022). Las y los participantes otorgan una alta valoración a los aspectos emocionales, del cuidado personal y de equipo, lo que coincide con la alta exposición a la muerte y la crisis en salud mental que dejó el SARS-COv2. Por último, se detecta un desconocimiento generalizado en donación de órganos y tejidos.

Conclusiones

La inclusión de la corriente de humanización permite abordar de manera pertinente las consecuencias que ha
dejado la pandemia del coronavirus e intenta abarcar una deuda histórica y estructural: salud mental para los equipos de salud. Esta experiencia podría replicarse en instancias de pregrado. Al ser la participación altamente feminizada, es imperante la inclusión de la perspectiva de género. En cuanto a la donación de órganos y tejidos, se detecta una negativa intrahospitalaria, como síntoma de la negación de la muerte a nivel institucional.

15

PREVALENCIA DE DESGASTE PROFESIONAL Y SU RELACIÓN CON PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN UNA INSTITUCIÓN ASISTENCIAL PRIVADA DE TERCER NIVEL DE MONTEVIDEO URUGUAY

Rosario Cuadro, Valentina Moreira, Matías Banega
Sanatorio Americano.

rosariocuadro@gmail.com

Introducción

Estamos asistiendo a un cambio del paradigma asistencial donde las personas resurgen como centro del sistema. Esto nos interpela y nos convoca a la práctica de una asistencia humanizada.
Los profesionales sanitarios somos particularmente susceptibles al desgaste profesional habiéndose descrito graves consecuencias.
La satisfacción personal y los recursos de afrontamiento, incluyendo las prácticas de autocuidado, han demostrado tener un efecto significativo en la reducción del burnout.

Objetivos

General:

- Determinar la prevalencia de Burnout y de práctica de actividades de autocuidado en el personal de salud de una institución privada de tercer nivel de atención

Específicos:

- Cuantificar los niveles de Burnout en los profesionales de la salud involucrados en este estudio
- Establecer el nivel de prácticas de autocuidado que desarrollan dichos profesionales.
- Valorar la relación de las diversas variables demográficas con burnout y prácticas de autocuidado.

Metodología

Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal entre el personal médico y de enfermería del Sanatorio Americano. Se recabaron datos a través de encuestas enviadas por correo electrónico.
La participación no fue obligatoria pero si catalgoada de interés institucional.
Se utilizaron variables Demográficas y cuestionarios validados (Maslach Burnout Inventory, Escala de Autocuidado (ECA) de origen Mexicano).

Resultados

49% de los encuestados sufría burnout. Dicho grupo practica menos el autocuidado (datos estadísticamente significativos).
Las mujeres, auxiliares de enfermería, solteras, sin hijos a cargo, con jornadas laborales prolongadas y pluriempleo fueron las más afectadas.
El lugar de residencia demostró tener una relevancia estadísticamente significativa estado más afectados quienes residen en Montevideo
El personal casado y con jornadas laborales menos extensas desarrollaban más prácticas de autocuidado lo que también tuvo significación estadística.

Conclusiones

Se evidencia un problema de salud importante entre los profesionales del centro analizado, respaldando la necesidad de concientizar acerca del burnout y el autocuidado, promoviendo la práctica de éste último.

Bibliografía

1. Torres N, Corral V, Saraí N, Rojas M. Diseño y validacion de la “Escala de

Conductas de Autocuidado". Universidad de Quintana ROO. Universidad de Sonora México. Psicología Cojnductual, Vol 29, No 3, 2021, pp 721-744. (2021)
2. Morgantini LA Factors Contributing to Healthcare Professional Burnout During the COVID-19 Pandemic: A rapid Turnaround Global Survey. 15(9):1-11 (2020)
3. Salazar de Pablo G, Vaquerizo-Serrano J, Catalana A, Arango C, Moreno C, Ferre F, et al. Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. J Affect Disord.2020;275:48-57 (2020)
4. Dyrbye LN, Shanafelt TD, Gill PR, Satele DV, West CP. Effect of a professional coaching intervention on the well-being and distress of physicians: a pilot randomized clinical trial. JAMA Intern Med. 2019; 179(10):1406-1414. (2019)
5. Bermejo J. C. Humanizar la asistencia sanitaria. Aproximación al concepto. Desclee De Brouwer. Bilbao. 2014
6. Oltra , S. (2013) El autocuidado, una responsabilidad ética. Revista Psiquiatría Universitaria. 9 (1), 85-90 (2013)
7. Silas D, Jordan ML . Práctica Clínica. Autocuidado, Elemento Esencial en la Práctica de Enfermería. Revista Desarrollo Científico de Enfermería México. 19 (2), 67-69. (2011)
8. Guerra C, Rodríguez K, Morales G, Betta R. Validación preliminar de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos. 17 (2) 67-78. (2008)
9. Guevara CA, Henao DP, Herrera JA. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Colombia Médica. Agos; 35(4):173-8. 2. (2004)
10. RUIZ y LÓPEZ RIOS. Burnout en profesionales sanitarios, Int J Clin Health Psychol, Vol. 4, Nº 1 (2004)
11. Chopra S, Sotile W, Sotile M. Physician Burnout. JAMA 2004; 291(5): 633 (2004)
12. Arenas L, Hernández I, Valdez R, Bonilla P. Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. Artículo Original. Salud Pública México. 46 (4) 326- 332. (2004)
13. Morales, G., Pérez, J. C. & Menares., A. Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. Revista de Psicología de la Universidad de Chile, 12(1), 9-25. (2003)
14. Torralba Roselló F. Constructos éticos del cuidar. Revista Enfermería Intensiva. 11 (3), 136-141. (2000)
15. Maslach, C., & Goldberg, J. Prevention of burnout: New perspectives. Applied & Preventive Psychology, 7(1), 63–74. (1998)
16. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Occup Behav;2(2):99-113 (1981)

17
ACOMPAÑAMIENTO Y VISITAS EN LOS ENTORNOS DE SALUD

Carmen Zarzosa Merino, María Martina Sastre Torrens, Rosa Duro Robles.
Servei de Salut de les Illes Balears

carmen.zarzosa@ibsalut.es

Introducción:
En septiembre del 2022 se presentó el Plan de Humanización 2022-2027 dirigido a usuarios y profesionales, definiendo una de sus líneas estratégicas, asegurar el trato amable y la autonomía del paciente. Como acción a desarrollar, la actualización de la normativa de acompañamiento y visitas en un contexto actualizado.

Objetivo general:
Proporcionar recomendaciones de acompañamiento y visitas en los entornos de salud, de forma segura y equitativa para todos los usuarios

Objetivos especificos:
Facilitar el acompañamiento del paciente, el mayor tiempo posible, siempre que este lo decida, respetando las excepciones.
Establecer unas recomendaciones comunes en los diferentes entornos del Servicio de Salud, que permita facilitar el acompañamiento.

Descripción:

Redacción de recomendaciones basadas en la evidencia científica y tras una revisión bibliográfica; sobre el beneficio que reporta para las personas con pérdida de la salud estar acompañadas de quienes ellas decidan, siempre que la seguridad de las personas esté preservada.

Resultados:
Se elabora un procedimiento para difundir en todas las gerencias de aplicación unificada en todos los entornos. Se está trabajando además en un material infográfico motivador para exponer tipo póster en todas las unidades de asistencia.
Entre otras recomendaciones generales, se especifica que:
Se debe permitir un acompañante el máximo tiempo posible, en centro sanitario como en transporte sanitario, especialmente en:

- personas con diversidad funcional
- personas con un trastorno de la percepción sensorial
- personas en situación de gravedad clínica
- personas con necesitad de ayuda para llevar a cabo las ABVD
- personas con desorientación

Permitir mínimo dos acompañantes en los menores de edad, personas en proceso de parto, comunicación de malas noticias, toma de decisiones complejas, mal pronóstico y etapa final de la vida
Actualmente en proceso de implementación y se considera evaluar anualmente tanto la divulgación de las recomendaciones como el cumplimiento a través del número de quejas.
Valores que aporta: autonomía, respeto, cercanía

Bibliografía:

- Duro Robles R (coord). Plan de Humanización en el ámbito de la salud 2022-2027. Servei de Salut de les Illes Balears. Junio de 2022.
- Manual para el acompañamiento y presencia familiar para pacientes atendidos en urgencias y emergencias prehospitalarias: una propuesta desde la atención humanizada (febrero 2022). Centro de Emergencias Sanitarias 061 Andalucía. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y familia.
- Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023) Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social. Octubre 2019. Plan_Integral_Alhzeimer_Octubre_2019.pdf (sanidad.gob.es)
- Diario Oficial de las Comunidades Europeas (1986). Carta Europea sobre los Derechos de los Niños Hospitalizados. (Resolución del Parlamento Europeo Doc. A 2-25/86, DOCE 13 de mayo de 1986). https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=OJ:C:1986:148:FULL&from=EN [consulta: 20 junio 2022].
- Ley 5/2003, de 4 de abril, de salud de las Islas Baleares. Boletín Oficial de las Islas Baleares núm. 55, de 22 de abril de 2003 www.caib.es/sites/institutestudisautonomics/f/369751 (versión consolidada) [consulta: 11 mayo 2022].
- Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir. Boletín Oficial de las Islas Baleares núm. 44, de 28 de marzo de 2015.
- Ley 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida. Comunidad Autónoma del Principado de Asturias: Derecho al acompañamiento.

22
LA PACIENTE COMO CENTRO: PERCEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y PARTICIPACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO POR CÁNCER DE MAMA

Daniel Aparicio López, Lourdes Lahuerta Lorente, María Carmen García, Reyes Ibáñez Carreras, Carmen Casamayor Franco, Miguel Ángel Dobón Rascón.
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

dani_9_93@hotmail.com

Introducción:
Uno de los principales retos de nuestro sistema sanitario debería ser intentar mejorar la experiencia de la paciente, de forma que todo el conjunto de nuestras actuaciones tenga al paciente como "piedra angular".Durante los últimos años han proliferado instrumentos de evaluación de la calidad de los servicios que incorporan a sus procedimientos la perspectiva de los ciudadanos.(1)

Objetivos:
Conocer la percepción de la información y participación en la toma de decisiones sanitarias experimentadas durante el ingreso hospitalario.

Metodología:
Estudio observacional descriptivo de casos consecutivosmediante la aplicación del PickerPatientExperience Questionnaire-33 (2)a 125 pacientes con cáncer de mama intervenidas en el Servicio de Cirugía General y Ap. Digestivo del Hospital Universitario Miguel Servetdurante 2022. El cuestionario se entrega al alta hospitalaria para ser cumplimentado a los 15 días de la intervención.

Resultados:
La tasa de cumplimentación de la encuesta es baja, 44% (55 pacientes). El análisis de los datos revela que las pacientes tienen la percepción de ser tratadas con empatía y respeto con una notable resolución de dudas sobre la enfermedad siendo informadas adecuadamente tanto pacientes como familias, destacando la unanimidad en la delicadeza del trato recibido. Por el contrario sobresale la generalizada ausencia de información sobre la Carta de Derechos y Deberes de los pacientes, así como la necesidad de mejorar el control del dolor y la información de los signos de alarma y los efectos adversos de la medicación al alta hospitalaria.

Conclusiones:
La humanización en la asistencia sanitaria incluyendo aspectos como la claridad de la información recibida ha demostrado claros beneficios clínicos al disminuir la ansiedad y el miedo para abordar el tratamiento, especialmente importante en procesos oncológicos. (1,3,4). Conocer la percepción que tienen nuestras pacientes en relación al proceso asistencial representa el punto de partida para desarrollar nuevas dinámicas que refuercen el protagonismo del paciente.

Bibliografía

1. Pelletier D, Green-Demers I, Collerette P, Heberer M. Modeling the communication-satisfaction relationship in hospital patients. SAGE open medicine [Internet]. 2019 Ene [citado 28 Feb 2022];7:205031211984792. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31069079/
2. Barrio-Cantalejo IM, Simón-Lorda P, Sánchez Rodríguez C, Molina-Ruiz A, Tamayo-Velázquez MI, Suess A, et al. Adaptación transcultural y validación del PickerPatientExperience Questionnaire-15 para su uso en población española. Revista de Calidad Asistencial. 2009 Sep;24(5):192–206.
3. Iskandarsyah A, de Klerk C, Suardi DR, Soemitro MP, Sadarjoen SS, Passchier J. Satisfaction with information and its association with illness perception and quality of life in Indonesian breast cancer patients. Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer [Internet]. 2013 Nov [citado 28 Feb 2022];21(11):2999–3007. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23775157/
4. Bergenmar M, Johansson H, Sharp L. Patients' perception of information after completion of adjuvant radiotherapy for breast cancer. European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society [Internet]. 2014 [citado 28 Feb 2022];18(3):305–9. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24629506/

24

IMPLEMENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN EL PROCESO DE ALTA DEL INSTITUT GUTTMANN

Blanca Cegarra Dueñas, Elena Hernández Pena, Andrea Santamaria Guasch,
Institut Guttmann, Athenea Solutions.

ehernandez@guttmann.com

Introducción

En los últimos años se han incrementado notablemente los esfuerzos para cambiar el paradigma de la satisfacción del paciente, incluyendo en lo que definimos como valor la denominada experiencia del paciente (Escarrabill y Jansà, 2018), metodología clave en la caja de herramientas para la mejora de la Humanización. Siguiendo a José Carlos Bermejo (2014), un primer aspecto humanizador es tener en cuenta la unicidad de la persona y esto implica tener en cuenta sus opiniones y percepciones para la mejora de los procesos asistenciales.

Objetivos

Mejorar el proceso de alta hospitalaria incorporando la experiencia del paciente en un centro de neurorehabilitación.

- Detectar aspectos de mejora desde la perspectiva del paciente, sus familias y los profesionales.
- Proponer acciones de mejora.
- Elaborar un nuevo protocolo de alta.

Metodología

Para evaluar la experiencia del paciente, familia y profesionales se ha utilizado la metodología Design Thinking1.

- El primer paso fue la realización de dos workshop con profesionales donde se construyeron los Mapas de Empatía y el Patient Journey Map.
- También se realizaron 10 entrevistas a pacientes y/o familiares que acababan de recibir el alta para elaborar el Mapa de Tendencias.

Resultados

Se detectaron como puntos de mejora: la coordinación del equipo terapéutico para gestionar el alta y la información que se facilita durante los últimos días de ingreso. En el nuevo protocolo se ha introducido un checklist (listado de comprobación) con las tareas para revisar durante la gestión del alta por parte del equipo terapéutico, además de un díptico informativo entregado siete días antes del alta con los aspectos más relevantes para la vuelta a casa.

Conclusiones

El nuevo protocolo de alta se ha elaborado incorporando la experiencia del paciente, familias y profesionales, permitiendo optimizar la transición del hospital al domicilio.

Bibliografía

Bermejo, J. C. (2014). Humanizar la asistencia sanitaria. Bilbao: Editorial Desclée.
Joan Escarrabill i Margarida Jansà (2018), Experiències de Pacients: el tercer pilar de la qualitat. Referent 17 – Papers de la Fundació Unió.
Mestres, E. C., Hernández, E., y Cegarra, B. (2020). La visita prealta de enfermería como herramienta para minimizar el impacto del retorno al domicilio en los pacientes que han adquirido una discapacidad de origen neurológico. Ágora de enfermería, 24(1),216-219.
Salat, R. C., i Guasch, A. S. (2019). L'experiència pacient en un Hospital General. XPA & Health Communication, (2).

27

DETECCIÓN DE ALTERACIONES NEUROLÓGICAS MEDIANTE PROTOCOLO DE PRUEBAS NEUROFISIOLÓGICAS EN PACIENTES DE LA CONSULTA DE SÍNDROME POSTUCI. ESTUDIO PRELIMINAR

Eva Mateo Rodríguez, Sara Cors Serra, Trinidad Blanco Hernández, Raquel Durá Navarro, Susana Moliner Velázquez, María Dolores López Alarcón.
Consorcio Hospital General de Valencia. España

evamateo63@gmail.com

Introducción

Los mecanismos propuestos de daño al sistema nervioso del SARS-CoV-2 son: enfermedad cerebrovascular/fallo bioenergético; neuroinvasión viral; y respuestas neuroinmunológicas del huésped. El daño se puede dar tanto en sistema nervioso periférico como en sistema nervioso central (incluyendo mielopatías y disfunciones subcorticales y/o corticales).

OBJETIVOS

Nuestro objetivo es describir las alteraciones de las pruebas neurofisiológicas realizadas en los pacientes en seguimiento en la consulta de síndrome postUCI (SPCI) por neumonía covid.

Metodología

Desde la creación de la consulta de SPCI en agosto del 2020 hasta octubre de 2022 visitamos a 126 pacientes (98 con neumonía covid y 28 por patología no covid). De los pacientes vistos en la consulta de SPCI se realizó el protocolo de estudio Neurofisiológico a 40 de ellos con neumonía covid (Grupo A: 20 que fueron remitidos a Neurofisiología Clínica por referir sintomatología de posible origen neuromuscular; Grupo B: 20 no remitidos a Neurofisiología Clínica porque no refirieron sintomatología neuromuscular).

Resultados:

El Grupo A mostró un mayor número de alteraciones del sistema nervioso periférico respecto al Grupo B (polineuropatía (45 vs 20%) y mononeuropatías (80 vs35%)). Las alteraciones bilaterales a los PESS de EEII fueron similares en los dos grupos.

Conclusiones

Las complicaciones neurológicas de la COVID-19 es creciente y su comprensión es incompleta por la ausencia de anomalías inclusive en estudios post-mortem, de neuroimagen y de LCR. Los pacientes en seguimiento en la consulta de SPCI con ingreso en UCI por neumonía por SarsCoV2 presentaron alteraciones de los PESS que se deben a afectaciones de sistema nervioso periférico distintas a PNP y/o a posible afectación de sistema nervioso central. Dichas alteraciones de los PESS no siempre se correlacionan con sintomatología neuromuscular referida por los pacientes.

Bibliografía

1. Chen R., Wang K., Yu J., Howard D., French L., Chen Z., et al. The Spatial and Cell-Type Distribution of SARS-CoV-2 Receptor ACE2 in the Human and Mouse Brains. Front Neurol. 2021;11:573095, doi: 10.3389/fneur.2020.573095.
2. Shehata GA., Lord KC., Grudzinski MC., Elsayed M., Abdelnaby R., Elshabrawy HA. Neurological Complications of COVID-19: Underlying Mechanisms and Management. Int J Mol Sci. 2021;22(8):4081, doi: 10.3390/ijms22084081.
3. Ozaki I., Hashimoto I. Exploring the physiology and function of high-frequency oscillations (HFOs) from the somatosensory cortex. Clin Neurophysiol. 2011;122(10):1908–23, doi: 10.1016/j.clinph.2011.05.023

29

CÁNCER DE OVARIO Y EMBARAZO. HUMANIZACIÓN Y CONDUCTA ÉTICA

Irma Trejo Bravo, Antonia Calero Espino, Julia Molero Villatoro, Isabel Martín Adán, José Garriguet López, Ana María Ruiz García.
Hospital comarcal de Montilla. Córdoba

irma.trejo.sspa@juntadeandalucia.es

Introducción.
El cáncer de ovario y gestación es una asociación poco frecuente, presentándose 1/10.000 embarazo. Cuando aparece se convierte en un problema de alta consideración por las derivadas implicaciones éticas y humanas

Caso clínico.
Paciente de 34 años de edad, secundigesta, embarazada de 7+4 semanas con diagnóstico de sospecha de neoplasia ovárica. Tanto por ecografía con doppler y marcadores tumorales elevados el CA 125 (4.323 U/ml) y el CA 19.9 (115 U/ml). Cuando el diagnóstico se realiza en el primer trimestre las diferentes guías clínicas contemplan la opción de cirugía oncológica radical de estadificación o citoreducción en su caso sacrificando la gestación y comenzar lo antes posible con el tratamiento quimioterápico, pero en este caso la paciente nos podría plantear la renuncia al tratamiento oncológico por deseo genésico o bien poder aplicar un tratamiento menos agresivo donde se respete el embarazo aunque quede infratratado como sucedió en nuestro caso. Practicamos exéresis del tumor y realización de biopsia intraoperatoria, evitando cirugía radical oncológica y tratamiento adyuvante tras consenso con la paciente, El embarazo transcurrió sin incidencias y el parto acontenció a las 39 semanas obteniéndose un recién nacido sano. Han pasado 14 años desde entonces y continua la paciente libre de enfermedad

Conclusiones.
La toma de decisiones llega a ser compleja y atender los deseos de la gestante tras transmitirle toda la información al respecto, así como aclararle todo tipo de dudas, es garantía de adoptar la mejor conducta compartida fortaleciéndose la relación médico-paciente.
Estos casos tan extremos con cuestiones morales de por medio deben llevarse al comité de bioética de cada centro.
Pensamos que la decisión tomada fue la correcta absteniéndonos de realizar cirugía de estadificación, no administrar tratamiento oncológico alguno y no reconsiderar la cirugía de rescate una vez superado el deseo genésico

31

HUMANIZANDO COMO NIÑOS

Daniel Penela-Sánchez, Patricia Corniero Alonso, Ignacio Del Castillo Velilla, Carla Otero Arus, Omar Rodríguez Forner, Francisco José Cambra Lasaosa.
Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.

dpenela@hsjdbcn.es

Introducción

La humanización de las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPs) plantea el reto de responder a las necesidades humanas y emocionales de pacientes, familias y profesionales.

Objetivos

Describir las estrategias de humanización implementadas en una UCIP de un hospital pediátrico de tercer nivel.

Descripción de la experiencia

La UCIP de nuestro centró se inauguró en el año 1973, con capacidad de 10 camas con una disposición radial, separadas entre sí por cortinas y con horarios restringidos de visitas e información a familiares. Durante los años siguientes la unidad creció en número de camas hasta la reciente apertura de la nueva unidad en el 2018, con un total de 24 boxes individuales y la posibilidad de la presencia continua de las familias. En dicho año, se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar (pediatras intensivistas, enfermería y TCAE) para diseñar e implementar de forma progresiva estrategias de humanización.

Resultados

En los últimos 5 años se han implementado diferentes medidas de humanización: se trata de una unidad de puertas abiertas, con acompañamiento familiar las 24 horas del día, en boxes individualizados con cama para los familiares. Esto ha permitido una comunicación constante con la familia y su participación en los cuidados diarios de sus hijos. Se han diseñado estrategias de analgesia y sedación para prevenir el delirium y fomentar el descanso nocturno, así como la movilización precoz. Se han optimizado los cuidados al final de vida, respetando las preferencias del paciente y la familia, teniendo en cuenta sus necesidades espirituales y emocionales.
Los próximos proyectos serán la entrega de un kit de acogida adaptado a la edad del paciente, entrega de los Diarios de UCI para expresar sus experiencias y emociones durante el ingreso, y un programa de presencia de los hermanos en la unidad.

Conclusiones

Las estrategias de humanización de las UCIP han permitido mejorar la calidad asistencial, abarcando áreas más subjetivas como la social, espiritual o emocional.

Bibliografía

1. García-Salido A. Humaniza que no es poco. Rev Esp Pediatr. 2017;73(supl.1): 73-78.
2. Basile MJ, Rubin E, Wilson ME, Polo J, Jacome SN, Brown SM, et al. Humanizing the ICU Patient: A Qualitative Exploration of Behaviors Experienced by Patients, Caregivers, and ICU Staff. Crit Care Explor. 2021 Jun 15;3(6):e0463.
3. Velasco Bueno JM, La Calle GH. Humanizing Intensive Care: From Theory to Practice. Crit Care Nurs Clin North Am. 2020 Jun;32(2):135-147.
4. Secunda KE, Kruser JM. Patient-Centered and Family-Centered Care in the Intensive Care Unit. Clin Chest Med. 2022 Sep;43(3):539-550.
5. Meert KL, Clark J, Eggly S. Family-centered care in the pediatric intensive care unit. Pediatr Clin North Am. 2013 Jun;60(3):761-72

33

HUMANIZACIÓN PREHOSPITALARIA: EL ESCENARIO CAMBIANTE

María Pilar Navarro Pardo, Jorge Sanz Ribera, Maria Álvarez Martos
SAMU-Alfa143 Alicante SESCV

pilinavarropardo@gmail.com

Introducción

La dificultad de alcanzar objetivos de humanización en las Emergencia Extrahospitalarias (EEx) reside, entre otras, en la inmediatez en aplicar las habilidades comunicativas en escenarios cambiantes, a menudo hostiles, envueltos de una gran carga emocional. Conseguirlo requiere de la participación de todos los estamentos del Sistema.

Objetivos generales
Detectar las carencias en formación psicosocial y emocional de los profesionales que trabajan en (EEx)

Objeticos específicos
Desarrollar un programa formativo específico adaptado al entorno cambiante de las urgencias extrahospitalarias.
Implementar medidas de autoayuda e intervención del Sistema/Organización Sanitaria al profesional en situaciones de vulnerabilidad física y psicológica.

Descripción de la experiancia
- Aviso 1: 23'45h. Hemorragia digestiva.
Varón 60 años, signos de hipovolemia, rectorragia intensa incoercible: "Doctor creo que no llego al hospital"..., No tengo palabras.
Fallece en UVI móvil en la puerta de Urgencias.
- Aviso 2: 12'10h. Oncológico paliativo inconsciente
Varón 45 años. Tratamiento paliativo por carcinoma broncogénico, no responde a estímulos verbales. Durante el traslado en unidad SAMU: le tomo la mano y el paciente responde asiéndola fuertemente, me conoce, busca comunicarse..., le hablo, últimas palabras: ¿despedida o consuelo?, ¿cuál es el límite?.
- Aviso 3. 15'35h. Maltrato infantil. Parricidio
Niña de 2 años. Herida en región cervical incompatible con la vida. No proceden maniobras de RCP. Exitus. Atención a la madre por crisis de ansiedad, padre detenido, fuerte impacto social. Estrés postraumático en equipo sanitario, impotencia, frustración, silencio..., nadie pregunta. La guardia continua.

Resultados
Necesitamos que la organización Sanitaria contribuya a la motivación, se implique en la formación, sensibilización y cuidado de los profesionales como principales "agentes humanizadores". Reconociendo su profesionalidad y su compromiso desde la ética en la asistencia al paciente como centro de todo el proceso de salud y a su familia.

Bibliografía:
Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025
https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050581.pdf
Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida. Comunitat Valenciana «DOGV» núm.
8328, de 29 de junio de 2018. «BOE» núm. 183, de 30 de julio de 2018 Referencia:
BOE-A-2018-10760
"Mejora de la Humanización en Unidades de Atención Crítica" (Mh+UAC).
Comindad Valenciana. Noviembre 2017
Humanización en los Servicios de Emergencias (Urgencias Extrahospitalarias).
Incluido en la revista Ocronos. Vol. IV. Nº 6–Junio 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; nº6:
129.https://revistamedica.com/humanizacion-servicios-emergencias- extrahospitalarias/

38
APROXIMACIÓN A LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL EN NIÑOS CON ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS GRAVES

Laura Martínez Rodríguez, José Antonio Porras Cantarero, Roser Díaz López.
Universitat de Barcelona, Sant Joan de Déu-Barcelona Serveis Socials

Laura.martinezr@ub.edu

Introducción

Los cuidados paliativos pediátricos en niños con enfermedades neurológicas graves se centran en cuidados centrados en dar calidad de vida hasta la muerte , atienden a todas las dimensiones del ser humano . En el caso de la dimensión espiritual, la dificultad radica en que las enfermedades neurológicas graves reducen la posibilidad de comunicación oral por lo que hay que realizar aproximaciones desde otras vías .

Objetivos

El objetivo de la experiencia se centró en reflexionar sobre la práctica médica diaria y la relación con el paciente neurológico grave, describir qué elementos participan de la dimensión espiritual en los niños con enfermedades neurológicas graves y comprender cómo se articula la respuesta a las necesidades espirituales de estos niños a través de un estudio de caso.

Descripción de la experiencia

La experiencia nace en el contexto de un postgrado de Humanización y espiritualidad en las sociedades plurales y se centró en dos ejes:

a) Poner en valor la humanización de los cuidados.

Amor hacia la profesión, manifestado por un compromiso férreo y bien articulado sobre el desempeño de sus competencias, técnicas y humanas, que sitúa a la persona en el centro y la acompaña por una vida plena hasta su fin; amor hacia la humanidad, encarnado en cada uno de los gestos del profesional y en el significado que les otorga.

b) Generar conocimiento.

Se realizó un estudio exploratorio, totalmente inductivo en cuanto a metodología y resultados. Hemos combinado una técnica auto-etnográfica como es la descripción densa para generar datos (en aras de recoger la vivencia/experiencia) y que fueron analizados e interpretados bajo un paradigma cualitativo desde la perspectiva del Interaccionismo Simbólico de Blumer .

Resultados

Del análisis de los resultados emergieron 10 categorías que guardan una íntima relación entre sí. La corporeidad (1), su esencia (2), la Vida (3), un entorno (4), “otro lugar” (5), el amor (6) el sufrimiento (7), el profesional (8), la comunicación (9), y la mirada atenta (10).

Conclusiones

Esta es una primera aproximación a los elementos que configuran el fenómeno, rico, complejo, abstracto y poco aprehensible por la ciencia positivista.

Bibliografía utilizada

1. Martino Alba R. ¿Qué debemos saber sobre los cuidados paliativos pediátricos en los niños? En AEPap ed. Curso de Actualización en Pediatría 2012. Madrid: Exlibris Ediciones; 2012. P. 285-92.
2. Navarro Vilarrubí S. Cuidados paliativos pediátricos: Epidemiología, organización. Fallecimiento en el hospital. Sedación. Disponible en: http://sepho.es/wp-content/uploads/2016/10/CPP_SEPHO_global_mod.pdf
3. II Plan Estratétigico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-16 (II PENIA) o PS SNS CPP
4. The EAPC taskforfor Palliative Care in Children and the Foundazione Maruzza Lefebvre D’OvidioOnlus. Palliative Care for Infants, Children and Young People: the Facts.
5. A guide to the Development of children’s palliative care services. Association for Children with Life-Theateaning or Teminal Conditions and their Families (ACT) and the Royal College of Paediatrics and Child Heath (RCPCH), 1997; first edition.
6. Cancer Pain Relief and Palliative Care in Children. World Health Organization, Geneva, 1998.
7. EAPC Task Force on Palliative Care for Childrn and Adolescents. ‘IMPaCCT: standards for paediatric palliative care in Europe’. Eur J Pall Care. 2007; 14 (3): 109-14.
8. Goldman, A., Hain, R., Liben, S., (2012). Oxford Textbook of Palliative Care for Children. Second Edition. Oxford. Ed: Oxford University Press.

9. Hauer, J.M., Wolfe, Y. Supopportive and palliative care in children with metabolic and neurologic diaseases. Curt Opin Support Pallit Care, 8, 2014, pag. 296-302.
10. Klick, JC., Hauer, J. pediatric Palliative Care. Curr Probl pediatr Adolesc Health Care, 40, 2010, pag 120-151.
11. Gastmans, C., Dierckx de Casterle, B., Schotsmans, P,. Nursing considered as moral practice: a philosophicla-ethical interpretation of nursing. Kennedy Institute of Ethics Journals 1998. Vol. 8, Nº 1. 43-69.
12. Sontag, S,. La enfermedad y sus metáforas. Muchnik Editores. Barcelona 1980. Pag.86.
13. Torralba, F,. Inteligencia espiritual en los niños. Quinta edición. Barcelona. Ed.: plataforma. Pag. 199-207.
14. Ramió, A., Martín, R., pastor, A., Gorostieta, G., Etayo, J., Azpiroz, S., Martín, M., ... Pedrola, A., Necesidades espirituales de las personas enfermas en la última etapa de sus vidas. 2ª edición. Madrid. Ed: PPC. 39-102.
15. Feudtner, C., Hanney, J., Dinmmers, M.. spiritual care needs of hospitalized children and their families: a national survey of pastoral care providers' perceptions. Pediatrics vol 11 no. 1 jannuary 2003.
16. Kathryn A., Fitchett, G., Berlinger, N., Cadge, W., Misasi, J., Flanagan, E. A survey of chaplains' roles in pediatric palliative care: integral members of the team. Journal of health care chaplaincy, 18:1-2, 74-93.
17. Michelson, K., Steinhorn, D. pediatric End-of-life Issues and Palliative care. Clin pediatr Emerg Med. 2007 September; 8(3): 212-219.
18. Morgan, D. caring for Dying children: assessing the needs of the pediatric palliative care nurse. Pediatric nursing/March-April 2009/Vol 2009. V0l 35/nº.2
19. Tolentino, J. Vers una espiritualitat del sentits. 1ª edició. Fragmenta editorial.31-40.
20. Chochinov, H.M., Dignidad y la esencia de la medicina: el A, B, C y D del cuidado centrado en la dignidad. Medicina Paliativa (Madrid). 2009. Vol. 16, nº"; 95-99.
21. López-Ibor, B., Aspectos médicos, psicológicos y sociales del cáncer infantil. Revista de psicooncología. Vol. 6, Núm. 2-3, 2009, pp. 281-284
22. Pereira, M., Graminha, M. R., La espiritualidad en la práctica pediátrica. Revista bioética. 2016. 24(1): 49-53
23. Figuereido, J.R., Geraldo, S.F., Limeira, M.E., Lima, M.M., Sátiro, I., "Importancia de la comunicación en los cuidados paliativos pediátricos en oncología pediátrica: un enfoque en la Teoría Humanística de Enfermería". Revista Latino-Americana Enfermagem. 21(3). Mayo-junio 2013.
24. Zañartu, C., Krämer, K., Wietstruck, M.A., La muerte y los niños. Revista chilena de pediatría. 2008; 79(4): 393-397.
25. Kübler-Ross E: On children and Death. NY, USA. Ed. Scribner 1997;126-54.
26. Quian, J. (2007). El pediatra frente a la muerte de un niño: Introducción a los cuidados paliativos pediátricos. Clin Pediatr Sur, 1(1), 77-88.
27. Sosa-Sánchez, K., Ramirez-Mora, J.C., Alarcón-Almanza, J.M., Fuentes-García, V.E., Cuidados palitivos en el Hospital Infantil de México" Federico Gómez": una realidad. Revista Mexicana de Anestesiología. Vol. 37. Julio-Septiembre 2014. Pp 171-176.
28. Lantá, M.C., Enfoque interdisciplinar a la calidad de vida y de muerte en Oncopediatría. Revista cubana de Enfermería. 2011: 27(1) 98-105.
29. Bayés, R. Los dos objetivos de la medicina del siglo XXI. Psicología del sufrimiento y la muerte. Ediciones Martínez Roca, S.A. 2001; 12-20.
30. Callahan, D. Death and the research imperativa. The New England Journal of Medicine. 2000; 342; 654-656.
31. Oleske, J. M., Czarniecki, L. Continuum of palliative care: lesson from caring for children infected with HIV-1. The Lancet. 1999; 354: 1287-1290.
32. Román, B. Para la humanización de la atención sanitaria: los cuidados paliativos como modelo. Medicina paliativa. 2013; 20(1):19-25
33. Robaina, G.R., Riesgo, S. Technology-dependent children, an emerging health problema. Revista cubana de pediaria. 2012. 84 (2): 282-292.
34. Martino, R. El proceso de morir en el niño y en el adolescente. Pediatría integral 2007; XI (10)Ç, 926-934
35. Garduño, A., Mancilla O. Encourage and cares of children with cancer in terminal phase. Revista mexicana de pediatría. Vol 73. Num.1. Ene. Feb 2006. Pp 33-38
36. Dudh.es [Internet].Fundación Internacional de los Derechos Humanos. Declaración Universal de los Derechos Humanos
37. Foucault M. El nacimiento de la clínica: una arqueóloga de la mirada médica. México: Siglo XXI; 1991.
38. Medina JL. La pedagoga del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermera. Barcelona: Laertes; 1999. p. 29-56.
39. Laín Entralgo, P. (1973). La medicina actual
40. Montoya Suárez, O. (2008). De la téchne griega a la técnica occidental moderna. Scientia et Technica Año XIV, No 39, Septiembre de 2008. Universidad Tecnológica de Pereira
41. Horkheimer, M.; Adorno, T. Dialéctica de la ilustración. Fragmentos filosóficos. 3. ed. Madrid: Trotta, 1998.
42. Twycross, Robert (junio de 2000). «Medicina paliativa: filosofía y consideraciones éticas». Acta bioeth 6 (1). ISSN 1726-569X. doi:10.4067/S1726-569X2000000100003. Consultado el 6 de diciembre de 2013.

43. López, Rodrigo; Nervi, Flavio; Taboada, Paulina (2005). Manual de Medicina Paliativa. Santiago, Chile: Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. Consultado el 6 de diciembre de 2013.
44. Del Río, María Ignacia; Palma, Alejandra (2007). «Cuidados paliativos: historia y desarrollo». Boletín Escuela de Medicina U.C. (Santiago, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile) 32 (1): 16-22. Consultado el 6 de diciembre de 2013.
45. Goodin R. Protecting the vulnerable: a reanalysis of our social responsibilities. Chicago, IL: The University of Chicago Press, 1985.
46. Sellman D. Towards an understanding of nursing as a response to human vulnerability. Nurs Philos 2005; 6: 2–10.
47. Gastmans, C. (2013). Dignity-enhancing nursing care: a foundational ethical framework. Nursing Ethics, 20(2), 142-149.
48. Torralba, F. Necesidades espirituales del ser humano. Cuestiones preliminares. Labor hospitalaria. 2004;271:7-16.
49. Diccionario de la Real Academina de la Lengua Española. Espiritual. 22ª ed. 2001. (acceso 2017).
50. Izquierdo, C., Burggraf, J., Arocena, F.M. Diccionario de Teología. 2ª ed. Pamplona: Eunsa. Ediciones Universidad de Navarra S.A.; 2007. Espiritualidad, pp 969.
51. Benito, E., Barbero, J., Payás, A. directores. Grupo de Trabajo sobre Espiritualidad en Cuidados Paliativos de la SECPAL. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta. Sociedad Española de Cuidados paliativos. SECPAL. Madrid: Arán Ediciones, S.L.; 2008.
52. Barbero, J. El apoyo espiritual en cuidados paliativos. Labor Hospitalaria. 2002; 263: 6-7.

43

ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO AL MENOR DURANTE SU VISITA A UNA UNIDAD DE CRÍTICOS (UC).

F. González López, S. Navarro Ros, K. Maisterra Santos, E. Salomó Jornet.
Hospital Universitario de Bellvitge

kmaisterra@bellvitgehospital.cat

Introducción.

Tradicionalmente se han reservado las visitas de menores a familiares ingresados en centros sanitarios, creyendo que no serían capaces de afrontar malas noticias o procesos de duelo, por el impacto emocional que pudiera ocasionar en ellos.

Objetivos.

Estandarizar las intervenciones al menor que visita a un familiar ingresado en las unidades de críticos (UC) para minimizar el impacto emocional y garantizar una adecuada acogida e información.

Metodología.

Procedimiento de aplicación en 5 UC de un hospital de tercer nivel con 64 camas. Se creó un grupo de expertos multidisciplinar formado por médicos, enfermeras y psicóloga para identificar las diferentes partes del proceso, las intervenciones a realizar y el rol de cada uno de los profesionales.

Resultados.

El procedimiento se organizó en 3 fases:

- Fase de preparación: se valora con el adulto referente la conveniencia de la visita.
- Fase de visita: se acompaña al menor explicando qué es una UC y el estado de su familiar, dejando espacio para resolver dudas y rebajar posibles miedos.
- Fase de seguimiento: se mantiene el contacto con los familiares para conocer la evolución y preparar futuras visitas.

En caso de final de vida, el familiar más próximo será el que comunique la noticia, acompañado del equipo asistencial. Se proporcionará información general, de manera progresiva, facilitando la integración de la noticia y permitiendo la despedida en el proceso de la muerte.

Conclusiones.
La estandarización del procedimiento de visita de menores a UC facilitará la actuación de los profesionales durante el proceso con el objetivo de reducir la incertidumbre y el miedo del menor. Si es un proceso que lleva a la muerte, se facilita la despedida. Se ha hecho difusión del procedimiento en la intranet del hospital. En un futuro, se valorará el grado de satisfacción de todos los implicados.

6. **Bibliografía.**
1. Porges, S. Guia de Bolsillo de la Teoría Polivagal. El poder transformador de sentirse seguro. Ed. Eleftheria. 2018
2. Valls-Matarín J, Peradejordi-Torres RM, Calvet-González E, Jorge-Castillo A, Calvo-Alonso S, Sandalinas-Mulero I. Visita de los menores de edad en una unidad de cuidados intensivos. ¿Qué opina el personal sanitario? Enfermería Intensiva. 2020 Apr;31(2):52–9. DOI: 10.1016/j.enfi.2019.01.003
3. Velasco Bueno JM, Alonso-Ovies A, Heras La Calle G, Zaforteza Lallemand C., Equipo de investigación del Proyecto HUCI (Humanizando los Cuidados Intensivos). Principales demandas informativas de los familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos. Med Intensiva. 2018;42(6):337-345. https://doi.org/10.1016/j.medin.2017.09.007
4. Unidad de Crisis de Barcelona (UTCCB). Como Explicar la muerte a los niños. http://www.utccb.net/guias-y-pautas/como-explicar-la-muerte-a-los-ninos.htm
5. Unidad de Crisis de Barcelona (UTCCB) PAP en niños de 0 a 3 años. http://www.utccb.net/guias-y-pautas/primeros-auxilios-psicologicos-en-ninyos-de-0- a-3- anyos.htm. Unidad de Crisis de Barcelona (UTCCB). PAP en niños de 3 a 6 años. http://www.utccb.net/guias-y-pautas/primeros-auxilios-psicologicos-en-ninyos-de-3- a-6- anyos.htm. Unidad de Crisis de Barcelona (UTCCB). PAP en niños de 6 a 10 años. http://www.utccb.net/guias-y-pautas/primeros-auxilios-psicologicos-en-ninyos-de-6- a-10- anyos.htm

45
SEXUALIDAD TRAS LOS CUIDADOS CRÍTICOS: ABORDAJE DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES EN CONSULTA POST- CUIDADOS INTENSIVOS (SPCI).

Francisco Luis Pérez Caballero, Isabel María Peña Luna, Miguel Francisco Benítez Morillo.
Hospital de Mérida (Badajoz).

franciscoluisper@gmail.com

Introduccion:
Una salud sexual plena, se garantiza con una salud física y psicológica íntegras, que habitualmente, no suelen estar aseguradas en los pacientes post- UCI.
La sexualidad es una parcela importante de la vida de los pacientes, que a veces pasa desapercibida para los profesionales sanitarios, pudiendo tener un efecto perjudicial para su bienestar.
Además, aún sigue siendo incierta la prevalencia y tipos de disfunciones sexuales (DS) en este grupo de pacientes.

Objetivos:
- General: establecer la prevalencia de DS tras el alta de UCI en los pacientes en consulta SPCI.
- Específico: conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con DS.

Metodologia:
Estudio prospectivo y observacional, incluidos 96 pacientes SPCI, en los que se realiza una detección activa de DS a través de abordaje sexológico con pregunta abierta del Inventario de Depresión de Beck sobre interés sexual.

Análisis estadístico con programa SPSS 25, mediante chi-cuadrado y correlación de Spearman.

Resultados

Un 14,5% presentaron DS (valoración del interés por el sexo muy disminuido en 43%) de los cuales: deseo sexual hipoactivo (DSH, 50%), disfunción eréctil (DE, 42%) y dispareunia (7%).
El 71% eran hombres, edad media 56 años y estancia en UCI de 16 días, con antecedentes de hipertensión arterial (35%), tratamiento con benzodiacepinas, antihipertensivos y analgésicos (42%), omeprazol (50%), requiriendo derivación a consulta de salud mental y andrología (35%). DE significativamente asociada con diabetes ($p<0.006$), uso de antidiabéticos ($p<0.006$) y antihipertensivos ($p<0.008$) y asociación DSH ($p<0.001$); DSH significativamente asociado con diagnóstico de insuficiencia respiratoria ($p<0.008$) y diagnóstico en consulta de ansiedad ($p<0.005$).

Conclusiones

Las DS más frecuentes post-UCI serían DE y DSH, resaltando la asociación significativa con diabetes, antidiabéticos y antihipertensivos, además de la asociación entre DS. Destacar la consulta SPCI como el lugar más adecuado para el cribado, tratamiento inicial y derivación de pacientes con DS.

Bibliografia:

1- Sansone A, Mollaioli D, Ciocca G, Limoncin E, Colonnello E, Vena W, Jannini EA. Addressing male sexual and reproductive health in the wake of COVID-19 outbreak. J Endocrinol Invest. 2021 Feb;44(2):223-231. doi: 10.1007/s40618-020-01350-1. Epub 2020 Jul 13. PMID: 32661947; PMCID: PMC7355084.
2- Griffiths J, Waldmann C, Quinlan J. Sexual dysfunction in intensive care survivors. Br J Hosp Med (Lond). 2007 Sep;68(9):470-3. doi: 10.12968/hmed.2007.68.9.27165. PMID: 17953295.
3- Griffiths J, Gager M, Alder N, Fawcett D, Waldmann C, Quinlan J. A self- report-based study of the incidence and associations of sexual dysfunction in survivors of intensive care treatment. Intensive Care Med. 2006 Mar;32(3):445-51. doi: 10.1007/s00134-005-0048-7. Epub 2006 Feb 16. PMID: 16482394.

48
ADECUACIÓN DELESFUERZO TERAPÉUTICO PARA ASEGURAR UNA MUERTE DIGNA DE LOS PACIENTES EN EL MEDIO HOSPITALARIO.

Ana María Montoro Pérez; Rosa María Arjona Fernández; José Garrido Asensio; Belén Montoro Ruiz; Belén Carretero García; Ana María Montoro Pérez.
Hospital Universitario de Jaén, Distrito Sanitario de Jaén.

amontoroperez@gmail.com

Introducción:

La muerte es el final del ciclo vital, un hecho inherente de nuestra existencia. Hemos pasado de morir en casa, rodeado de familiares, a morir en el hospital, un lugar inhóspito por la falta de intimidad, horarios rígidos, limitación de las visitas,... Existe la necesidad de humanizar el proceso de la muerte en el entorno hospitalario y exigir a los profesionales sanitarios plantearse la ética en cada una de sus acciones en la atención a los pacientes al final de la vida, asegurando el derecho a no padecer dolor o sufrimiento innecesario y evitar la prolongación artificial de la vida adecuando el esfuerzo terapéutico. Uno de los aspectos éticos que se derivan de la práctica clínica es el no aplicar medidas desproporcionadas para la finalidad terapéutica al final de la vida basándose en la irreversibilidad del enfermo y en la situación de terminalidad.

Objetivo:

Realizar una búsqueda bibliográfica de la literatura científica publicada sobre "muerte digna" y "adecuación del esfuerzo terapéutico" en pacientes hospitalizados.

Metodología:
Se realizó una revisión sistemática en las bases de datos Pubmed, Sciencie Direct, Dialnet y la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía, de estudios publicados desde el 2017. Palabras clave: muerte, dignidad y esfuerzo terapéutico.

Resultados:
En la búsqueda, se identificaron 60 artículos; Criterios de exclusión: Artículos duplicados, texto incompleto, editorial opiniones de expertos, y artículos sin resultados de interés. Se incluyeron 27 artículos para el análisis final.

Conclusiones:
Muerte digna significa mantener la dignidad de la persona en el proceso de morir, respetando su voluntad e intimidad, permitiendo confort tanto físico como espiritual, respondiendo de manera personalizada a sus necesidades. Adecuar el esfuerzo terapéutico, conlleva la retirada de medidas terapéuticas que no traerán cambios en el pronóstico del paciente, por el contrario, alargan la vida en situación de agonía.

Bibliografía:
1. Alemán LS, Gareca LA. Aplicación de la Ley n° 26.742 "Muerte Digna" por las enfermeras en la atención de los pacientes terminales en el hospital Dr. Guillermo C. Paterson: (Estudio a realizar en el hospital Dr. Guillermo C. Paterson de la provincia de San Salvador de Jujuy. Marzo – Julio de 2019 [Internet] [bachelorThesis]. 2018 [citado 28 de febrero de 2023]. Disponible en: https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/26861
2. Munilla MA, Gelabert Ma TM, Gracia AM, Flores EM, Vallespín GT. Atención en los últimos días de vida. FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 1 de octubre de 2021;28:1-47.
3. Quiñones Pérez A, Álvarez Jiménez P, Ruiz Mateos AM. Conocimiento y aplicación de la ley de «muerte digna» entre profesionales de las urgencias hospitalarias. Medicina Paliativa. 1 de abril de 2017;24(2):57-62. TEXTO INCOMPLETO
4. Counselling al final de la vida y en el duelo. Psy intervention. :e2, 1-12.
5. Yáñez-Dabdoub M, Vargas-Celis I. Cuidado humanizado en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: desafíos para enfermería. (spanish): humanized care in patients with limitation of therapeutic effort in intensive care: nursing challenges. (english). Cuidado humanizado em pacientes com limitação do esforço terapêutico em cuidados intensivos: desafios para a enfermagem (Portuguese). enero de 2018;22(1):56-75.
6. Pegoraro MM de O, Paganini MC. Cuidados paliativos y limitación del soporte de vida en cuidados intensivos. Rev Bioét. 10 de enero de 2020;27:699-710.
7. Martínez VE. El derecho a una muerte digna, una elección libre. Revista Especializada en Investigación Jurídica [Internet]. [citado 28 de febrero de 2023]; Disponible en: http://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/reij/article/view/3738
8. Entrevista emocional [Internet]. Jéssica Buelga. [citado 26 de febrero de 2023]. Disponible en: https://jessicabuelga.com/jessica/entrevista-emocional/
9. Manuel Blanco-Donoso L, Carmona-Cobo I, Moreno-Jiménez B, Rodríguez de la Pinta ML, Carlos de Almeida E, Garrosa E. Estrés y bienestar en profesionales de enfermería intensiva dentro del ámbito de la donación y el trasplante de órganos: una propuesta desde la psicología de la salud ocupacional. Medicina y Seguridad del Trabajo. 1 de julio de 2018;64(252):244-244-62.
10. Asensio Pérez M de los R. La familia ante el proceso de la muerte y la toma de decisiones sobre dónde y cómo se producirá el fallecimiento [Internet] [http://purl.org/dc/dcmitype/Text]. Universidad de Sevilla; 2020 [citado 20 de febrero de 2023]. p. 1. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=285891
11. La Medicina Ciencia y Arte, siempre junto al enfermo, también al final de la vida - Anales RANM [Internet]. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina de España. 2021 [citado 20 de febrero de 2023]. Disponible en: https://analesranm.es/revista/2020/137_03/13703_rev07
12. Calvo Sandino M, Gómez Rodríguez MP, Berges Herranz L. La muerte digna y su aplicación en los servicios de urgencias. Revisión sistemática. Revista Sanitaria de Investigación. 2022;3(7):90. DUPLICADO
13. Investigación RS. La muerte digna y su aplicación en los servicios de urgencias. Revisión sistemática. [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado 28 de febrero de 2023]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-muerte-digna-y-su-aplicacion-en-los-servicios-de-urgencias-revision-sistematica/
14. Pinto Fernández DA. La voluntad anticipada y el principio de la dignidad humana como medida para acceder al derecho a la muerte digna, Arequipa-2021. Repositorio Institucional - UCV [Internet]. 2021 [citado 28 de febrero de 2023]; Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/69714

15. Los profesionales sanitarios ante la muerte. [Internet]. [citado 20 de febrero de 2023]. Disponible en: https://eds-s-ebscohost-com.bvsspa.idm.oclc.org/eds/ebookviewer/ebook/ZTAwMHh3d19fMjQyMzA3NV9fQ41?sid=2c0bc516-0556-4695-8cf5-3bbf80587807@redis&vid=9&format=EB
16. Fabre AA, Sánchez MLH. Muerte digna. Enfoques Jurídicos. 17 de marzo de 2020;(1):35-49.
17. Dorta BD. Muerte digna en familias y pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados paliativos atendidos en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.
18. Betancourt G de JB, Reyes GLB. Muerte digna y adecuación del esfuerzo terapéutico. Revista de Ciencias Médicas de la Habana. 21 de agosto de 2017;24(1):53-65.
19. Zanatta FN, Stamm AMN de F, Kretzer LP, Teixeira SP, Arruda FW da S. Muerte digna: la percepción de los médicos de un hospital de enseñanza. Rev Bioét. 30 de marzo de 2020;28:119-27.
20. Chocarro González L, González Fernández R, Salvadores Fuentes P, Venturini Medina C. Negación de la muerte y su repercusión en los cuidados. Medicina Paliativa. 1 de octubre de 2012;19(4):148-54. SIN INTERES
21. Torre YDL, Alexandra M. Percepción de los internos de Enfermería de la Universidad Técnica del Norte sobre la muerte digna en pacientes terminales, en el período Septiembre 2016- Agosto 2017 [Internet] [bachelorThesis]. 2018 [citado 28 de febrero de 2023]. Disponible en: http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/8034
22. Ruiz-Fernández MD, Ortega-Galán AM, Cabrera-Troya J, Ibáñez-Masero O, Carmona- Rega MI, Relinque-Medina F, et al. Personas enfermas al final de la vida: vivencias en la accesibilidad a recursos sociosanitarios. Enfermería Universitaria. 1 de enero de 2017;14(1):10-8.
23. 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. Enfermería Intensiva. 1 de octubre de 2016;27(4):138-45.
24. Del Olmo Somolinos B, Del Olmo Somolinos B. Revisión bibliográfica sobre la Limitación del Tratamiento de Soporte Vital en Pediatría Oncológica [Internet]. 2022 [citado 20 de febrero de 2023]. Disponible en: https://eprints.ucm.es/id/eprint/72049/
25. Barrué P, Sánchez-Gómez M. The emotional experience of nurses in the Home Hospitalization Unit in palliative care: A qualitative exploratory study. Enfermería Clínica (English Edition). 1 de julio de 2021;31(4):211-21. INCOMPLETO
26. Un avance hacia la muerte digna: el caso de la Comunitat Valenciana [Internet]. [citado 28 de febrero de 2023]. Disponible en: https://roderic.uv.es/handle/10550/73526
27. Juan Pastor A. Limitation of therapeutic effort in emergency departments: A shared decision. Revista Clinica Espanola. 2018;218(5):266.
28. Cejudo López Á, Gil García E, Porcel-Gálvez AM. Aspectos éticos y legales ante la conspiración de silencio según los profesionales sanitarios. Medicina paliativa. 2020;27(4):294-302.
29. Arimany-Manso J, Torralba F, Gómez-Sancho M, Gómez-Durán EL. Aspectos éticos, médico-legales y jurídicos del proceso del final de la vida. Medicina Clínica. 8 de septiembre de 2017;149(5):217-22.
30. Navarro Granados S, Fernández Bañón S, Juan Joven I, Martín Gálvez I, Gaudioso Vidal N, Sorrosal Arjona S. Concienciación sobre cuidados paliativos en pacientes ingresados en el hospital. Artículo monográfico. Revista Sanitaria de Investigación. 2022;3(4):45.
31. Quiñones Pérez A, Álvarez Jiménez P, Ruiz Mateos AM. Conocimiento y aplicación de la ley de «muerte digna» entre profesionales de las urgencias hospitalarias. Medicina Paliativa. 1 de abril de 2017;24(2):57-62.
32. Blanco Portillo A, García Caballero R, Real de Asúa D, Herreros Ruiz-Valdepeñas B. ¿Cuáles son los conflictos éticos más frecuentes para los internistas españoles? Revista clínica española: publicación oficial de la Sociedad Española de Medicina Interna. 2021;221(7):393-9.
33. Yañez Dabdoub M, Vargas Celis IE. Cuidado humanizado en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: desafíos para enfermería. Persona y bioética. 2018;22(1):56-75.
34. Montero LZ, Sola CF. Dignidad de las personas al final de la vida en servicios de urgencias: obstáculos y propuestas de mejora - Autor/a –.
35. Camargo Rubio RD. El derecho fundamental a una muerte digna requiere del conocimiento jurídico, ético y médico. Decisión de fin de vida. Acta Colombiana de Cuidado Intensivo. 1 de enero de 2021;21(1):1-8.
36. Toro Flores R. Influencia de las creencias religiosas en la toma de decisiones clínicas al final de la vida. Ética de los cuidados: Humanización en salud. 2021;(14):2.
37. Calvo Sandino M, Gómez Rodríguez MP, Berges Herranz L. La muerte digna y su aplicación en los servicios de urgencias. Revisión sistemática. Revista Sanitaria de Investigación. 2022;3(7):90.
38. Peiró Peiró AM, Ausina Gómez A, Tasso Cereceda M. Limitación bioética del esfuerzo terapéutico en pediatría. Revista Clínica Española. 1 de junio de 2012;212(6):305-7.
39. Limitación del esfuerzo terapéutico desde los servicios de urgencias: una decisión compartida - ClinicalKey [Internet]. [citado 1 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S0014256518300675?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0014256518300675%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fpubmed.ncbi. nlm.nih.gov%2F
40. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina interna - ClinicalKey [Internet]. [citado 1 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S0014256518300511?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0014256518300511%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fpubmed.ncbi. nlm.nih.gov%2F

41. Ameneiros-Lago E, Carballada-Rico C, Garrido-Sanjuán JA. Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna. Revista de Calidad Asistencial. 1 de marzo de 2017;32(2):113-4.
42. Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en servicios de medicina interna - ClinicalKey [Internet]. [citado 1 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S0014256517302357?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2F pii%2FS0014256517302357%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fpubmed.ncbi. nlm.nih.gov%2F
43. Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes mayores - ClinicalKey [Internet]. [citado 1 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S0014256519300165?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2F pii%2FS0014256519300165%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fpubmed.ncbi. nlm.nih.gov%2F
44. Juan Pastor A. Limitation of therapeutic effort in emergency departments: A shared decision. Revista Clinica Espanola. 2018;218(5):266. REPETIDO
45. Betancourt G de JB, Reyes GLB. Muerte digna y adecuación del esfuerzo terapéutico. Revista de Ciencias Médicas de la Habana. 21 de agosto de 2017;24(1):53-65.
46. Ríos L. Muerte digna: Indagaciones en torno a una guía para la adecuación del esfuerzo terapéutico en la Córdoba del presente. Síntesis. 2015;(6):26-45.
47. Barrado Melero A, García Muñío D, Gil Arqué M, Bueno Latorre N, Blázquez C, Falcón Polo R. Proceso de atención de enfermería en paciente terminal. Revista Sanitaria de Investigación. 2022;3(4):26.
48. Investigación RS. Proceso de atención de enfermería en paciente terminal. [Internet]. RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado 1 de marzo de 2023]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-en-paciente-terminal/
49. ¿Qué opinan los pacientes mayores y sus familiares sobre la limitación del esfuerzo terapéutico? - ClinicalKey [Internet]. [citado 1 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S0014256518301875?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2F pii%2FS0014256518301875%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fpubmed.ncbi. nlm.nih.gov%2F
50. Sandoval-Gutiérrez JL. Reflections on life and dignified death. Gaceta Medica de Mexico. 2019;155(3):330-1.
51. Sandoval-Gutiérrez JL. Reflexiones sobre la vida y muerte digna. Gaceta Médica de México [Internet]. 2019 [citado 1 de marzo de 2023];155(3). Disponible en: https://www.gacetamedicademexico.com/frame_esp.php?id=314
52. Valera L, Ramos P, Pérez I, Olivares P, Florenzano A, Carrasco MA, et al. Remarks on the "Dignified death and palliative care" bill. Revista médica de Chile. julio de 2021;149(7):1075-80.
53. Meléndez Sánchez E, Marzal Rubio Á, Carbonell García AI, Yus González R, Laínez Torrijo S. Revisión sistemática de los cuidados paliativos en demencia avanzada. Revista Sanitaria de Investigación. 2022;3(2):5.
54. González-Rincón M, Díaz de Herrera-Marchal P, Martínez-Martín ML. Rol de la enfermera en el cuidado al final de la vida del paciente crítico. Enfermería Intensiva. 1 de abril de 2019;30(2):78-91.
55. García Caballero R, Real de Asúa D, García Olmos L, Herreros B. ¿Saben los internistas qué es la limitación del esfuerzo terapéutico? Revista Clínica Española. 1 de mayo de 2021;221(5):274-8.
56. Camargo Rubio RD. The fundamental right to a dignified death requires legal, ethical and medical knowledge. End of life decision. Acta Colombiana de Cuidado Intensivo. 2021;21(1):1-8
57. Meco Tébar F. The right of children and adolescents to a dignified death. Actualidad Juridica Iberoamericana. 2020;(12):554-93.
58. Fustinoni O, Barone ME, Elli JR, Gonorazky SE, Perea MDCM, Escalante RR, et al. Withdrawal of life support in the permanent vegetative state, and a dignified death. Medicina (Argentina). 2020;80(1):48-53.
59. Fustinoni O, Barone ME, Elli JR, Gonorazky SE, Martínez Perea MDC, Rotta Escalante R, et al. [Withdrawal of life support in the permanent vegetative state, and a dignified death]. Medicina (B Aires). 2020;80(1):48-53.
60. Ameneiros-Lago E, Carballada-Rico C, Garrido-Sanjuán JA. [Withholding and whithdrawing treatment in patients admitted in an internal medicine ward]. Rev Calid Asist. 2017;32(2):113-4.

50
HUMANIZACIÓN PERINATAL Y PARTO NATURAL

Irma Trejo Bravo, Antonia Calero Espino, Julia Molero Villatoro, Isabel Martín Adán, José Garriguet López, María de Prado Amian.
Hospital comarcal de Montilla. Córdoba

irma.trejo.sspa@juntadeandalucia.es

Introducción.
Durante un tiempo no lejano a la mujer que acudía a parir a una institución sanitaria se le negaba el derecho de elegir, no se le pedía opinión, no se atendían ciertos deseos, se les dejaba solas sin información, Afortunadamente la mujer se ha convertido en protagonista de su parto, siendo la que mediante un documento escrito (plan de parto) describe pormenorizadamente como desea el desarrollo del mismo y lo que espera de nosotros. Los profesionales involucrados en el parto debemos y tenemos que respetar estos deseos, estar a su lado y ayudar cuando lo necesiten.

Objetivo.
Implementar el parto natural

Metodología.
Disponemos de la infraestructura adecuada para llevar a cabo todo el proceso del parto (dilatación, expulsivo, alumbramiento y puerperio inmediato) en el mismo lugar, hemos incorporado una serie de procedimientos como la recogida y aceptación de los planes de parto, circuitos establecidos en la atención continuada de la matrona, realización de piel con piel, no separar al recién nacido de los padres, fomentar la lactancia materna incluso desde consultas externas y por supuesto la implicación de todos los miembros del equipo que intervienen en un parto. Analizamos todos los partos asistidos en 2022 y obtenemos el porcentaje de los que fueron de baja intervención o naturales, paridad y uso de episiotomía

Resultados.
De un total de 314 partos, 99 correspondieron a partos naturales (31,5%), de los cuales 28 fueron primíparas (28/99, 39,4%) y sólo en dos ocasiones se necesitó practicar episiotomía (2/99, 2%)

Conclusiones.
La tasa de partos de baja intervención es factible en cualquier maternidad con implicación de todos los profesionales implicados en la dirección del parto sin perjudicar el bienestar materno-fetal, derivándose a su vez beneficios incuestionables como es el potencial la vinculación madre-recién nacido, mayor satisfacción de la parturienta y menor coste sanitario

53

HUMANIZACIÓN EN LA ASISTENCIA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: VISIÓN RETROSPECTIVA

Jardon Huete,C.; Menendez Lara , L.A; López Villarmea,L; Cruz Miguel, L; Martinez Gascón, M; Sanz Borreguero, A.
Hospital Universitario Doce de Octubre

clara.jahu@gmail.com

Introducción
Con el Plan de Humanización del Sistema Sanitario Español, los hospitales españoles han ido adoptando medidas con el fin de humanizar el proceso del parto (1, 2). A su vez, la OMS hace hincapié en que el bebé nazca en un ambiente seguro, pero resalta la importancia de que la gestante pueda encontrar durante el proceso del nacimiento un apoyo práctico y emocional (3). Asimismo, gracias a las matronas, se está situando en el centro de ese proceso a la mujer y su acompañante (4). Para ello, se han promovido medidas para que los procesos de parto sean respetados y humanizados (2,3). En todo momento, las mujeres y sus acompañantes deben ser

tratados con respeto y hacerles partícipes en la toma de decisiones (1, 4). Gracias a esto, se está consiguiendo que el parto sea recordado como una vivencia positiva por la mujer (4 ,5).

Objetivos
Describir la evolución de la asistencia obstétrico-ginecológica hacia la humanización en un hospital de tercer nivel.

Descripción de la experiencia
El camino hacia la humanización en la asistencia se inicia con la implicación de los profesionales, mediante una evolución hacia una atención menos medicalizada. Esto supone una actualización de los protocolos y la promoción del acompañamiento de la gestante y del plan de parto.
Además, será de gran importancia la formación integral de las futuras matronas, así como las reformas estructurales en las maternidades, un ejemplo es la realizada en nuestra área y actuales unidades de trabajo de parto y recuperación, pasando de un modelo secuencial a uno integrado.

Resultados
Desde los últimos años se apreció un aumento de agradecimientos. Nuestro hospital es preferente en la elección de plazas de formación (EIR y MIR).

Conclusiones
Nuestra maternidad a pesar de su complejidad brinda una atención humanizada.

Bibliografía
1. Borges, L., Sánchez, R., Domínguez, R. y Sixto, A. El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer [Internet]. Rev. Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2018; 44 (3). Recuperado de: https://revginec-obstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/226/293
2. Lamouret, G. y García, M.T. Comunicar la humanización de la atención hospitalaria. Un ejercicio de responsabilidad social en los hospitales de Madrid [Internet]. Rev. Doxa Comunicación. 2020; 30: 187-210. Recuperado de: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7459455
3. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva [Internet]. 2018. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665-/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf
4. Lanero, S. y Lanero, A. La humanización obstétrica desde la perspectiva de la mujer: percepción de apoyo y creencias sobre las prácticas de atención al parto [Internet]. Rev. Matronas Prof. 2020; 21(2): 54-61. Recuperado de: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-197915
5. Llobera Cifre R. Humanización de la atención obstétrica [Internet]. Rev. Matronas Prof. 2018; 19(1): 12-20. Recuperado de: https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/04/Original_Humanizacion.pdf

55
¿COMO NOS COMUNICAMOS EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS?

Eugeni Barquero, Rosario Cabello, Kimberly Kiara, Sonia Pérez, Silvia González, Sanae Sbiyaa Cherrabi
Fundació Hospital de L'Esperit Sant

ebarquer@fhes.cat

Introducción.
La comunicación es fundamental para todo ser humano, ya que a través de ella se establecen relaciones interpersonales. En los servicios de urgencias hospitalarias se observa como en los pacientes, familiares y personas cuidadoras prevalecen las percepciones de fragilidad y vulnerabilidad por lo que es importante establecer estrategias efectivas de comunicación para que estos se sientan atendidos, informados, acompañados y escuchados. Desde la observación de una realidad

limitadora que percibíamos algunos de los profesionales del servicio de Urgencias de la FHES; se nos sugirió llevarla a análisis.

Objetivos
Objetivo general.
Identificar como los profesionales del servicio de urgencias valoran la comunicación a tres niveles; interdisciplinar, con la persona atendida y con los familiares o cuidadores
Objetivo específico.
Facilitar un ejercicio de adquisición de capacidades tales como la empatía y el role-taking (perspectiva emocional)

Metodología.
El trabajo pivoto sobre dos fases.
1º Fase: Buscando la trazabilidad de la persona atendida, desde que llega a admisiones hasta que se le da el alta, se desarrolló un role-playing de tres etapas; motivación, dramatización, y debate, adaptándolo, eso sí, a los condicionantes de tiempo y presión asistencial de nuestro servicio en concreto.

Resultados
Participaron activamente profesionales de diversas categorías los cuales se mostraron comprometidos y asumieron roles diferentes a los suyos habituales. En concreto participaron 22 profesionales pertenecientes al área de enfermería, medica, técnica y servicios generales.
Concluyeron
Dotarse de un marco de visualización y debate del documento audiovisual generado después de más seis meses de grabación.

Conclusiones y aportación de mejoras
El desarrollo de la técnica de role-player, ha permitido, durante y después de la grabación, que los profesionales hicieran un ejercicio honesto y transparente de como nos comunicamos, las barreras que identificamos y, por consiguiente, los ámbitos de mejora de la misma. Se genera un consenso en cuanto a que es necesario profundizar y dotarnos de herramientas relacionales para poder reforzar una verdadera comunicación efectiva y afectiva, la cual, es condición necesaria para una práctica asistencial de calidad y humanizadora.

Bibliografía consultada
Yañez Caballero Benjamín; Velasco Bueno José Manuel; Heras La Calle Gabriel. (2020). Manual de Buenas Practicas HURGENCIAS. https://proyectohuci.com/es/bp-hurghosp/
Garcia Garcia Irene. (2018). La humanización de la asistencia en los servicios de urgencias. Revisión Narrativa TFG.
Martín, X. (1992). El role-playing, una técnica para facilitar la empatía y la perspectiva social. Comunicación, Lenguaje y Educación (15), 63-67. file:///C:/Users/eubar/Downloads/Dialnet-ElRoleplayingUnaTecnicaParaFacilitarLaEmpatiaYLaPe-126264%20(4).pdf

61

MEJORA DEL PROCESO ORGANIZATIVO Y DE FUNCIONAMIENTO EN EL ÁREA DEL HOSPITAL DE DÍA ONCOHEMATOLÓGICO (HDO).

Santos Enrech Francés, Laurentino Benito Parra, Raúl Díez Fernández, Ana Belén Moreno Martínez, Ana María de la Hera Liébana, Beatriz Zazo Hernández.
Hospital Universitario de Getafe.

santos.enrech@salud.madrid.org

Introducción:
El HOSPITAL DE DÍA ONCOHEMATOLÓGICO (HDO) mejora la eficiencia del sistema y la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, sufre una presión asistencial creciente por el aumento de la incidencia del cáncer y el desarrollo de la "Medicina de Precisión".
La encuesta de Calidad Asistencial en el HDO de 2021 revela una alta satisfacción de los pacientes con la atención recibida, solo empañada por los periodos de espera analítica-consulta-tratamiento. Deseamos optimizar el circuito asistencial HDO aplicando la metodología LEAN.

Objetivos:
Revisar el circuito HDO para humanizarlo, mejorar su eficiencia y eliminar tareas/desplazamientos innecesarios.
Reducir y/o poner en valor (dándoles contenido) los intervalos de espera de pacientes y familiares.
Reducir el estrés asistencial de los sanitarios y mejorar el clima laboral.
Potenciar el uso de herramientas telemáticas con el fin de mejorar la comunicación y la autonomía del paciente.

Metodología:
LEAN con grupos multidisciplinares de conversación, explorando:
Expectativas y definición de propósito y valor Visión completa del flujo de valor del HDO (VSM) Zoom In en cada una de las áreas de mejora detectadas Identificación de desperdicios (muda) Análisis de causa raíz Definición y aplicación de acciones de mejora.

Resultados (KPIS):
- Grado de satisfacción de pacientes, familiares y sanitarios: encuestas realizadas antes y después de la intervención.
- Medición previa y tras la intervención de intervalos de espera.
- Actuaciones destinadas a reducir los desplazamientos del paciente por el hospital y poner en valor los intervalos de espera.

Conclusiones:
INDIVIDUALIZAMOS la EXPERIENCIA HDO de cada paciente: que pueda "diseñarla" de la forma que mejor se adapte y menos interfiera en su calidad de vida (y la de su familia). Ponemos al paciente en el centro del sistema, velando también por la satisfacción de los sanitarios que le atienden, en un proceso de mejora continuo.

Bibliografía:
- Jara Sánchez C, Ayala de la Peña F, Virizuela Echaburu JA. Hospitales de Día en Oncología. 1ª edición.
Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica, GoNext Producciones SL; 2015.
- Espinosa Arranz J. Protocolos Multidisciplinarios en Oncología. Madrid: Arán Ediciones SL; 2013.
- Jara C, Ayala F, Virizuela JA et al. The oncology day hospital in Spain: an update analysis of Spanish Society of Medical Oncology (SEOM) looking forward. Clin Trans Oncol 2017; 19: 269-72.
- Casas Fernández de Tejerina AM, Moreno Nogueira JA. Hospitales de día: recomendaciones según consenso nacional SEOM Madrid marzo 2006. En: Aranda Aguilar E BOM, Casas Fernández de Tejerina AM, Felip Font E, Garrido López MP, Rifá Ferrer J, editor. Libro Blanco de la Oncología Médica en España. Madrid: Sociedad Española de Oncología; 2007.

64
"BIRTHDAY CAKE".

Yolanda Moreno Ricón, Ana Belén Reyes García Consuegra, María Amparo Corral Rubio, Mercedes del Mazo Nieto, Ana Pérez Álvarez, Montserrat Sánchez Pellitero.
Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés. Madrid.

anabrey1@hotmail.com

Introducción:
En consonancia con el plan de humanización de la Comunidad de Madrid se propuso como objetivo de nuestra unidad establecer actuaciones acordes a este plan y mejorar la estancia de nuestros pacientes durante el ingreso.

Objetivos:
General:
Promover la relación terapéutica paciente-profesional sanitario mejorando la percepción subjetiva del paciente sobre su estancia y aumentando la motivación profesional.
Específicos:
Generar sentimientos positivos en el paciente el día de su cumpleaños.
Explicar y captar al máximo personal para realizar esta actividad.
Promover la implicación del personal sanitario en el proyecto.
Optimizar los recursos para realizar dicho plan.

Descripción de la experiencia:
En el día del cumpleaños de los pacientes que se encontraban ingresados en nuestra unidad, el personal sanitario de la misma se organizó para darle una sorpresa.
Se compró una tarta y velas lavables para poder ser reutilizadas con los distintos pacientes.
El personal de la unidad se reunió en la habitación con la tarta y le cantaron la canción de cumpleaños feliz.

Resultados:
En la realización de esta actuación se obtuvieron los siguientes resultados:
Pacientes y familiares evaluaron la experiencia como muy positiva y emocionante.
Valoraron muy positivamente la cercanía y calidez del personal.
os profesionales recibieron feedback positivo de los pacientes y sus familias, lo que propició repetir la experiencia. Tras la realización de varios cumpleaños aumentó considerablemente la participación del personal sanitario.
Se optimizaron los recursos reutilizando la tarta y velas con otros pacientes.

Conclusiones:
Se consiguió mejorar la relación terapéutica entre paciente y personal sanitario haciendo que la estancia del paciente fuera más agradable. Se humanizó el cuidado del paciente haciendo especial el día de su cumpleaños a pesar de estar ingresado.

Bibliografía:
Felicitamos el cumpleaños de los pacientes hospitalizados [Internet]. Fundació Hospital de l'Esperit Sant. [citado el 13 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.hospitalesperitsant.cat/noticias/437/felicitamos-el-cumpleanos-de-los-pacientes-hospitalizados
Sur E. El hospital Punta de Europa de Algeciras felicita por su cumpleaños a los pacientes ingresados [Internet]. Europa Sur. 2021 [citado el 13 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.europasur.es/algeciras/hospital-punta-europa-felicita-cumpleanos-pacientes_0_1633938536.html
Periódico E. El Hospital Esperit Sant celebra el aniversario de los pacientes ingresados para "amenizar su estancia" [Internet]. El Periódico. 2022 [citado el 13 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.elperiodico.com/es/santa-coloma/20220922/hospital-esperit-sant-santa-coloma-celebra-aniversario-pacientes-ingresados-75748771

66
LOS HERMANOS DE PACIENTES INGRESADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES: ESTADO ACTUAL, NECESIDADES E

INTERVENCIONES DE PROMOCIÓN DE SU ADAPTACIÓN Y CONSTRUCCIÓN DEL VÍNCULO.

Miguel Solana Ramírez
Hospital Universitario La Paz.

solanaramirezmiguel@gmail.com

Introducción:
el nacimiento de un hijo que debe ser hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) supone un gran impacto para la familia, incluyendo a sus hermanos, que pueden vivirlo con estrés y repercusiones negativas.

Objetivo
general: conocer estrategias de promoción de la adaptación de los hermanos de pacientes ingresados en UCIN.
Objetivos específicos: conocer la situación de las políticas sanitarias sobre la visita e implicación de los hermanos en UCIN; describir las necesidades de estos hermanos y su abordaje por parte de las familias y profesionales; analizar las intervenciones y experiencias publicadas y/o evaluadas de promoción de la adaptación de estos hermanos.

Metodología:
revisión narrativa consultando en PubMed, CINAHL, Science Direct, Research Gate y PsycINFO. Se incluyeron 15 artículos a texto completo, en inglés o español, publicados desde 2014. Se realizó lectura crítica mediante parrillas de análisis para cada diseño.

ResultadoS: se ha avanzado hacia la visibilidad de los hermanos de pacientes en UCIN como parte integral de su familia. Esta realidad no se encuentra afianzada en España, comparando con el contexto internacional. Existen barreras institucionales y basadas en creencias desmentidas por la evidencia por parte de los profesionales que limitan su abordaje. Los hermanos son descritos como “segundos enfermos” o “niños olvidados”, pues son relegados a un segundo plano y sus necesidades silenciadas o desatendidas. Existen experiencias estructuradas y no estructuradas descritas y evaluadas, demostradas eficaces, aunque escasas y ninguna en España.

Conclusiones:
enfermería cuenta con una posición crucial para abordar esta realidad y trasladar la evidencia hacia la práctica, liderando estudios e intervenciones. Existen experiencias estudiadas fuera de nuestro país sobre promoción del vínculo con los hermanos en UCIN. Es necesaria más investigación para diseñar programas que hibriden las demandas y necesidades de las familias y hermanos con las posibilidades de los profesionales y unidades.

Bibliografía:
1) Montes Bueno, MT et al. Family Access to neonatal intensive care units in Latin America: a reality to improve. Anales de Pediatría. 2016; 85(2): 95-101. Disponible en: https://bit.ly/3XGqk3y
2) Greisen, G et al. Parents, siblings and grandparents in the Neonatal Intensive Care Unit: a survey of policies in eight European countries. Acta Paediatrica. 2009, 98: 1744-1750. Disponible en: https://cutt.ly/k2JHhNO
3) Wainwright L. Children with newborn siblings in a neonatal unit: learning from support programmes in the USA. Journal of health visiting. 2017; 5 (1): 26-31. Disponible en: https://acortar.link/XgnV44
4) Aslaim, HS et al. Discordance among belief, practice, and the literature in infection prevention in the NICU. Children. 2022, 9: 492. Disponible en: https://cutt.ly/L2JVcQl
5) Szatkowski, L et al. Restricted visiting reduces nosocomial viral respiratory tract infections in high-risk neonates. Eur Respir Journal. 2019; 53: 1801874. Disponible en: https://cutt.ly/C2JMZkC
6) Pichler, K. Assadian, O. Berger, A. Viral respiratory infections in the neonatal intesive care unit. A review. Frontiers in Microbiology. 2018; (9): 2484. Disponible en: https://bit.ly/3QzTMps

7) Kidszun A et al. Low frequency of viral respiratory tract infections during family centered neonatal intensive care: results of a prospective surveillance study. Frontiers in pediatrics. 2020; 8: 606262. Disponible en: https://cutt.ly/T9demxU
8) Horikoshi Y et al. Sibling visits and viral infection in the neonatal intensive care unit. Pediatrics International. 2018; 60: 153-156. Disponible en: https://cutt.ly/e9dtqTJ
9) Hilde Hagen, I et al. Parental satisfaction with neonatal intensive care units: a quantitative cross-sectional study. BMC Health Services Research. 2019; 19(1): 37. Disponible en: https://cutt.ly/c9s7FDl
10) Savanh, P. Aita, M. Héon, M. A review of sibling´s needs and interventions supporting their adaptation in the neonatal intensive care unit. Infant & Young children. 2020. 33(4): 334-351. Disponible en: https://onx.la/68333
11) Silva W. Virtanen E. Kajantie E. Sebert S. Cognitive function, mental health, and quality of life ins siblings of preterm born children: protocol for a systematic review. JMIR research protocols. 2022; 11(4): e34987. Disponible en: https://acortar.link/15ln1w
12) Cirilo S et al. Maternal care in the preterm child´s family context: a comprehensive look towards the sibling. Revista brasileira de enfermagem. 2019;72(3):50-57. Disponible en: https://acortar.link/C1qnaL
13) Savah P. Aita M. Heon M. Charbonneau L. Case study o fan educational intervention to favor siblings´adaptation during the hospitalization of a preterm infant in the neonatal intensive care unit. Journal of neonatal nursing. 2020: (4). Disponible en: https://acortar.link/zrNbmW
14) Aita M et al. Promoting family and sibling´s adaptation following a preterm birth: a quality improvement project of a family-centered care nursing educational intervention. Journal of pediatric nursing. 2021 (58): 21-27. Disponible en: https://acortar.link/Ef3SCw
15) Aita M et al. Comprehensive and innovative clinical tolos for nurses and parents to help promote family and sibling adaptation in the NICU. Neonatal Network. 2022. 41(4): 219-225. Disponible en: https://acortar.link/1Nqn9e

68
UNIDAD DE CORTA ESTANCIA: NUEVO LABORATORIO DE IDEAS EN HUMANIZACIÓN DE LA ASITENCIA SANITARIA

Ramón Herrería Laherrán; Pedro García Peña; Juan Bor González Pérez, Gema Pérez Azkárate, Sendoa Ballesteros Peña, Arantxa Picón Santamaría,
Hospital Santa Marina, Bilbao, Osakidetza

ramon.herrerialaherran@osakidetza.eus

Introducción:
Nuestro hospital dispone de una Unidad de Corta Estancia (UCE) dependiente de un servicio de urgencias especializado en el paciente geriátrico. Se trata de un área diferenciada del resto del servicio de urgencias con personal específico asignado en un entorno luminoso, tranquilo y cálido.

Objetivos:
General: utilizar la unidad de corta estancia como laboratorio de experiencias en humanización que puedan ser exportables a las unidades de hospitalización y al resto del servicio de urgencias.
Específicos:
Implementar un espacio libre de sujeciones mecánicas utilizando la contención verbal, el uso de relojes de pared y calendarios.
Sensibilizar a los profesionales para evitar la incontinencia de esfínteres asociada al uso de absorbentes en pacientes previamente continentes en domicilio.
Facilitar el acompañamiento 24 horas a los pacientes por parte de sus familiares.

Descripción:
Fruto del nuevo diseño de la UCE se adoptaron una serie de medidas físicas, arquitectónicas y estructurales para aportar valor humano a la atención sanitaria del paciente geriátrico. Por ello:
Se diseñó la UCE en tonos cálidos, con uso de maderas en las paredes, aportando una mejora en la percepción de la unidad.

Se ha implementado un nuevo protocolo para la eliminación de las contenciones mecánicas y limitar las farmacológicas, aspirando a convertir la UCE en un espacio libre de sujeciones.
Se han instalado televisiones en cada box, relojes de pared y calendarios para limitar el impacto del síndrome confusional en el anciano.
Se ha iniciado la movilización precoz del paciente para preservar su funcionalidad y evitar el impacto negativo de la asistencia sanitaria, incluyendo intervención por fisioterapia y medidas para limitar la incontinencia inducida acompañando al paciente al baño usando la silla geriátrica.

Resultados:
Existe una participación activa de los profesionales sanitarios de la UCE en todas las medidas de humanización que implementa el centro.
Se ha diseñado una valoración integral específica y adaptada a la tipología de pacientes que atendemos en la UCE.
Las valoraciones de los pacientes, familiares y cuidadores en las encuestas corporativas otorgan puntuaciones excelentes a esta unidad, más elevadas incluso que al resto de servicios, donde los resultados son muy satisfactorios.

70
PROYECTO PIZARRA "TODO SOBRE MI"

Elena Nogales Torres, Maria Angeles Aceituno, Clàudia Serra i Masmitjà, Mireia Forner Puntonet, Marina Martinez Jimenez, Mireia Solé Fernández.
Vall d'Hebron Barcelona Hospital Campus

elena.nogales@vallhebron.cat

Introducción
La humanización a nivel pediátrico está relacionada con los cuidados centrados en la familia y con el respeto a los derechos infantojuveniles. (1–3) El proceso de hospitalización se considera una experiencia estresante que afecta al desarrollo de la personalidad y al manejo de las emociones.(4) El uso de técnicas de distracción y de mejora del espacio hospitalario son intervenciones necesarias para mejorar la experiencia durante la hospitalización. (5–7) Desde el Hospital Universitario Vall d'Hebron se han impulsado iniciativas de humanización, siendo el primer proyecto aplicado en el hospital Infantil la "Pizarra Todo sobre mi". (8)

Objetivos
Proporcionar bienestar emocional a los pacientes pediátricos y sus cuidadores durante la hospitalización.
Humanizar la estancia hospitalaria del paciente y su familia
Favorecer la comunicación y comprensión
Adecuar el espacio del hospital a la población infantil

Descripción de la experiencia
La "Pizarra todo sobre mi" se comenzó a crear en 2018, implementándose en 2021 en colaboración con la Fundación Ricky Rubio y HP® (9).
En estos 3 años se utilizó un proceso colaborativo, se entrevistaron pacientes y familiares de las unidades donde se implementaría la pizarra y se hicieron reuniones del grupo de bienestar compartiendo resultados de búsquedas bibliográficas.
Finalmente, se presentó a las unidades donde se implementaría y se pidió colaboración activa.

Resultados

Se colocaron pizarras en todas las camas de urgencias, atención ambulatoria y hospitalización pediátrica disponibles. Se consiguió una gran aceptación y uso por parte de los pacientes, sus acompañantes y de los profesionales.
La pizarra ha resultado ser útil para expresar emociones y el estado de salud física y/o emocional, así como para que los pacientes presenten sus hábitos, preferencias y figuras importantes/de interés.
De cara al futuro, el Grupo de Bienestar Emocional considera importante determinar la gestión de materiales, adecuarla a la adolescencia y potenciar su uso en hospitalizaciones prolongadas.

Conclusiones

La Pizarra "Todo sobre mi" aglutina aspectos claves en la humanización: conocer al paciente y su familia, su estado emocional, favorecer la comunicación y el vínculo con los profesionales.
La existencia de un vehículo de expresión emocional y transmisión de información genera un componente de distracción que ha resultado aportar bienestar a los pacientes y familiares.

Bibliografia

1. Fernandes AK, Wilson S, Nalin AP, Philip A, Gruber L, Kwizera E, et al. Pediatric family- centered rounds and humanism: A systematic review and qualitative meta-analysis. Hosp Pediatr. 2021;11(6):636–49.
2. Carta Europea de los niños hospitalizados [Internet]. 1986. Available from: http://www.pediatriasocial.es/Documentos/cartaeuropea.pdf
3. Coyne I. Families and health-care professionals' perspectives and expectations of family- centred care: Hidden expectations and unclear roles. Health Expectations. 2015;18(5):796–808.
4. Lizasoáin O, Ochoa B. Repercusiones de la hospitalización pediátrica en el niño enfermo. Osasunaz. 2003;5:75–85.
5. Delvecchio E, Salcuni S, Lis A, Germani A, Di Riso D. Hospitalized Children: Anxiety, Coping Strategies, and Pretend Play. Front Public Health. 2019;7(September):1–8.
6. Li WHC, Chung JOK, Ho KY, Kwok BMC. Play interventions to reduce anxiety and negative emotions in hospitalized children. BMC Pediatr [Internet]. 2016;16(1):1–9. Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s12887-016-0570-5
7. Ullán AM, Belver MH. Humanización del Hospital Pediátrico. Perspectiva psicosocial. 1a ed. DRK edición, editor. Barcelona: Elsevier España, S.L.U.; 2020.
8. Vall d'Hebron BHC. Vall d'Hebron implementa pizarras en las habitaciones de los niños y niñas para facilitar la expresión de sus emociones [Internet]. Barcelona; 2021 [cited 2023 Mar 14]. Available from: https://www.vallhebron.com/es/actualidad/noticias/vall- dhebron-implementa-pizarras-en-las-habitaciones-de-los-ninos-y-ninas-para-facilitar-la- expresion-de-sus-emociones
9. The Ricky Rubio Fundation. Todo sobre mi [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar 14]. Available from: https://therickyrubiofoundation.org/product/todo-sobre-mi/

72

GRADO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PERCIBIDA RELACIONADO CON CONDUCTAS DE VIOLENCIA ESCOLAR.

Josefa Muñoz Sánchez, Diego José García Capilla; Ana Belén Sánchez-García; María José Torralba Madrid.
061 Región de Murcia. Universidad de Murcia.

pepamusa87@gmail.com

Introducción.

Los conflictos en las aulas siguen aumentando exponencialmente y conciernen a todos los profesionales que trabajan con niños y jóvenes intervenir como eje transversal vertebrador en valores conductuales. Según recoge nuestra Carta Magna en su art. 10.1., el acoso escolar atenta contra la dignidad del niño y sus derechos fundamentales. Repercute negativamente quienes sufren conductas de acoso en el adecuado desarrollo de la personalidad y en el estado físico y psicológico,

especialmente si las víctimas son menores de edad o con discapacidad. Objetivos. Determinar la relación causal entre el grado de inteligencia emocional y las conductas violentas perpetradas en los escolares y analizar la formación en valores como pilar básico dentro del proyecto educativo, con el fin de formar a niños emocionalmente inteligentes.

Metodología.
Se realizó una búsqueda bibliográfica en inglés y español en las bases de datos PubMed, SciELO y LILACS con términos MeSH "bullying', "depression", "suicide", "acoso escolar", "depresión" y "suicidio". El intervalo, enmarcado desde 2015 a 2023.

Resultados.
Ideado en España, encontramos el programa Prevención del Acoso y la Violencia Escolar (AVE). A nivel autonómico en la Región de Murcia encontramos el Observatorio para la convivencia escolar EDUCARM. Sus pilares convergen en la detección proactiva del bullying. Herramienta imprescindible para prevenir, identificar, tratar y diagnosticar el acoso escolar. El centro escolar, es garante de la seguridad de los escolares mientras estén a su cargo, por lo que este tipo de situaciones pueden tener consecuencias a nivel jurídico. Los centros educativos tienen responsabilidad civil y penal.

Conclusión.
Trabajar la educación emocional en los centros educativos no debería reducirse al desarrollo de actuaciones aisladas, lo verdaderamente eficaz sería que estos contenidos formasen parte de nuestros currículos, en todo el espectro escolar. Es necesario enfocar adecuada y racionalmente la acción pública tanto a nivel nacional, autonómico y local.

Bibliografía.
1. Estévez, E. y Jiménez, T.I. (2017). Violencia en adolescentes y regulación emocional. International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD, 1, 97-104.
2. Marco de competencias del Profesional de Enfermería Experto en el Ámbito Escolar. Consejo General de Enfermería de España.
3. Plan Funcional para la actuación en centros educativos COVID-19. Acciones a realizar desde los Distritos Áreas sanitarias de Atención Primaria. Centros-Educativos-COVID-07092020-.pdf. 2020. P 3-6.
4. Peña-Casares, M. J.; Aguaded-Ramírez, E. (2021). Inteligencia emocional, bienestar y acoso escolar en estudiantes de Educación Primaria y Secundaria. Journal of Sport and Health Research. 13(1):79-92.
5. Zegarra Chapoñan, Roberto, Cuba Sancho, Juana Matilde, Castillo Parra, Henry, Moran Paredes, Gladys Ivonne, & Zeladita Huaman, Jhon Alex. (2022). Conocimiento sobre sistemas de denuncia del acoso escolar y tipo de intervención del adolescente espectador. Revista Cubana de Enfermería, 38(1), e4221.
6. Nocito, G. (2017). Investigaciones sobre el acoso escolar en España: Implicaciones Psicoeducativas. Revista Española de Orientación y Psicopedagogía, 28(1), 104- 118.

74
ALBIA FUNERARIAS

Jesús Linares Martín, Marian Carvajal Paje, José Guillermo Fouce.
Universidad Europea de Madrid. Funeraria de Santa Lucía

jesus.linares@universidadeuropea.es

Introducción
Albia es la empresa funeraria que pertenece al grupo Santa Lucía y gestiona más de 200 centros funerarios y oficinas en toda España. Por sus instalaciones pasan cientos de familias para realizar la despedida de su ser querido fallecido, por lo que resulta de vital importancia identificar las necesidades emocionales de las familias que están

en duelo teniendo en cuenta la vulnerabilidad en la que se encuentran y la complejidad propia de un proceso de duelo.
La humanización en el trato y acompañamiento de estas familias es de vital importancia, pero también lo es el humanizar y adecuar los espacios en los que estas personas viven la despedida de su ser querido. Espacios que acojan y alivien las emociones asociadas a un proceso de duelo. De la misma forma, el cuidado de los profesionales es eje central de la genética de Albia, teniendo específicamente formación e intervención desde una aspecto psicológico.

Objetivos
-generales
1. Diseñar e implantar desde los servicios funerarios Albia un modelo de atención en torno al fallecimiento de las personas que esté centrado en la dignidad de las mismas y sus familias.
-específicos
1. Crear espacios físicos en los tanatorios más humanizados: adecuación de las salas de velación, cremación, espacios para adultos y niños; centrándonos en la calidez y confortabilidad de los espacios, así como evitar excluir a miembros de la familia del rito.
2. Contribuir a eliminar el tabú social en torno a la muerte: trasladar a la sociedad la importancia de hablar sobre la muerte como una parte de la vida y la labor que realizan los servicios funerarios. Así mismo, facilitar herramientas que ayuden en la despedida de seres queridos fallecidos y de la elaboración del duelo.
3. Acompañar psicológicamente en el duelo: diseño e implantación de un programa de asistencia psicológica en duelo en crisis para para dar soporte a las familias con pérdidas por la Covid-19.
4. Explorar redes de colaboración y apoyo mutuo en hospitales y residencias de ancianos: asistencia psicológica en hospitales y residencias, formación a profesionales sanitarios y sociosanitarios y elaboración de guías de apoyo.

Descripción de la experiencia
Tanatorios más humanizados.
Creación de salas inmersivas (sonido, aroma, imagen) y adecuación de los espacios de incineración con el objetivo de que sean más confortables y amortiguar el impacto psicológico de una cremación.
Espacios infantiles en los tanatorios para facilitar la expresión emocional de los niños con respecto al duelo, posibilitando la integración en el rito familiar.
Luchar contra la tanatofobia.
Importancia del acercamiento social al concepto de muerte y sus múltiples factores mediante campañas de psicoeducación en torno a las pérdidas y el duelo. Para ello, se utilizan espacios comunes para la reflexión: foros en redes sociales, podcast, notas de prensa, publicaciones periódicas y exposiciones.

https://www.albia.es/InformacionInteres/AyudaDuelo.html
Asistencia psicológica en duelo en crisis.
Se considera de gran importancia el apoyo a las familias que están en un proceso de duelo en tres momentos temporales: antes del fallecimiento del ser querido, durante el servicio funerario, rito o despedida, y tras este. Para ello, se creó un dispositivo estatal de asistencia psicológica en crisis en duelo por Covid-19 como programa piloto durante seis meses, que se tradujo en más de un millar de peticiones de asistencia por parte de familias de fallecidos. Este dispositivo de asistencia psicológica fue coordinado por la Fundación Psicología Sin Fronteras desde el área de crisis y emergencias.
El impacto de este servicio fue tal que derivó en un recurso de intervención psicológica en crisis permanente, creando el proyecto de la Unidad de Atención al Duelo (UAD). En la actualidad ha realizado más de nueve mil intervenciones con las

familias de todo tipo de fallecidos por toda España. Este servicio está disponible para los dolientes en los tres momentos antes señalados: antes del fallecimiento, durante el servicio funerario y después del mismo (hasta un año de duración).
Establecer un continuo desde el fallecimiento hasta el servicio funerario.
Se ha realizado intervención psicológica en hospitales y residencias de mayores a familias con un ser querido en fase terminal, formación a profesionales sanitarios y sociosanitarios para la humanización en el trato (por ejemplo, creando guías específicas sobre duelo perinatal y neonatal: https://www.albia.es/pdf/duelo_neonatal.pdf)

Resultados (valoración subjetiva de los efectos de la experiencia)

Los resultados del conjunto de experiencias de transformación en los tanatorios de Albia muestran una mayor satisfacción de las familias que realizan las despedidas de sus seres queridos en los tanatorios, medido a través de encuestas de calidad y puntuaciones de NPS, pero además, sus propios testimonios durante estas despedidas y en las atenciones psicológicas recibidas reflejan un enorme agradecimiento.
Resulta relevante trasladar a la sociedad la idea de que las empresas funerarias estamos comprometidas con la salud y el bienestar psicológico de las personas. Humanizar el sector funerario mediante acciones reales, de calado e impacto en la salud mental de las familias es nuestro objetivo, pues lo consideramos otro pilar básico del bienestar social.

Conclusiones

Es de vital importancia acercar la atención emocional y el trato humanizado a las familias que están en un proceso de duelo, para al mismo tiempo, llevar a la sociedad la concienciación de abordar correctamente la muerte, desde una perspectiva integra, familiar, social, institucional y sobre todo humana. El hecho de que una compañía funeraria incluya en su organización la figura de un responsable de Atención emocional, indica la responsabilidad de esta funeraria en dar soporte al proceso de duelo de las familias y el compromiso de seguir invirtiendo recursos en esta línea de humanización.
Es una responsabilidad de todos humanizar el trato hacia las personas que están en una situación de extrema vulnerabilidad por estar inmersas en un proceso de duelo, desde las instituciones sanitarias, hasta el trato ofrecido en los servicios funerarios, pasando por las propias instituciones sociales y gubernamentales.
Toda la sociedad somos responsables de esta transformación hacia un trato mucho más humano en cualquier tipo de institución, donde la emoción humana sea el eje principal, el enfoque desde el que se adecúa todo lo demás: las personas, los espacios, el lenguaje que utilizamos y la evolución como sociedad.

Bibliografía

Araujo, M., Navarro, S. G., y García-Navarro, E. B. (2021). Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de pacientes con COVID-19: revisión narrativa. Enfermería Clínica, 31, S112- S116. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.011
Barreto, P., De la Torre, O. y Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. Psicooncología, 9 (2-3), 355-368. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40902
Chacón-Fuertes, F., Fernández-Hermida, J. R., y García-Vera, M. P. (2020). La psicología ante la pandemia de la COVID-19 en España. La respuesta de la Organización Colegial. Clínica y Salud, 31(2), 119-123. https://doi.org/10.5093/clysa2020a18
Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2020). Protocolo de Atención al duelo en la Comunidad de Madrid. Documento de apoyo para los profesionales de la salud para la atención al duelo. Madrid: Salud Madrid
Echeburúa, E., y Boix, A. H. (2007). ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo?. Análisis y modificación de conducta, 33(147).
Fernández-Liria, A., Rodríguez-Vega, B. y Dieguez, M. (2006). Intervenciones sobre duelo. En Pérez-Sales, P. (Ed). Trauma, Culpa y Duelo. Hacia una psicoterapia integradora (pp. 330- 363). Bilbao: Descleé de Brouwer

76

ESCUELA DE FAMILIAS. UNA INICIATIVA DE HUMANIZACIÓN EN AUGE.

Lorena Tamborero Martín, Raquel Rodríguez Gil, Javier García Fernández, Ana Gros Turpin, Ingrid Ariño Ariño, Marta Gascó Martí
Hospital Universitario Vall d'Hebrón

lorena.tamborero@vallhebron.cat

Introducción

La creación y puesta en marcha de las denominadas "Escuelas de Familias" en las organizaciones sanitarias nacen con el objetivo de crear un espacio familiar para favorecer el intercambio de experiencias, dudas y reflexiones.
Esta iniciativa pionera en nuestro centro es considerada una buena práctica en humanización, demostrando una alta sensibilidad por las necesidades psicosociales de los cuidadores principales y poniendo en relieve la importancia de la presencia y participación de éstos en el cuidado del recién nacido.

Objetivos

- Proporcionar a la familia orientación, información y formación necesarias para llevar a cabo unos cuidados de calidad.
- Facilitar una estancia más agradable y confortable a los cuidadores.

Descripción

La Escuela de Familias del Servicio de Neonatología es un proyecto creado a mediados del año
2022, coordinado por el Equipo de Gestión de enfermería. Previamente, se llevó a cabo una prueba piloto objetivando un elevado grado de satisfacción entre las familias participantes.
En septiembre de 2022 se inauguró el proyecto oficialmente incluyendo a todas las familias del servicio. Se creó un cronograma con una distribución semanal de los talleres, alternando sesiones informativas, formativas y lúdicas. Todas las sesiones se realizan en el centro cada martes de 16h a 18h y al finalizar, se les facilita una encuesta de satisfacción.

Resultados

Actualmente se han realizado 16 actividades gracias a la cooperación de profesionales sanitarios y voluntarios de asociaciones externas.
Las familias expresan que la "Escuela de Familias" aporta distracción y es un oasis dentro de la rutina que supone el ingreso de un niño gravemente enfermo. Además, reduce la ansiedad haciendo que la estancia hospitalaria sea más agradable.

Conclusiones

La Escuela de Familias ha supuesto un paso más en la humanización del servicio poniendo énfasis en la esfera psicosocial de las familias. Por el contrario, consideramos que la limitación de recursos es una barrera que pone en peligro la continuidad del proyecto.

Bibliografia

- Brett, J., Staniszewska, S., Newburn, M., Jones, N., & Taylor, L. (2011). A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. BMJ Open, 1(1), e000023– e000023. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2010-000023
- Gehl, M. B., Alter, C. C., Rider, N., Gunther, L. G., & Russell, R. B. (2020). Improving the Efficiency and Effectiveness of Parent Education in the Neonatal Intensive Care Unit. Advances in Neonatal Care, 20(1), 59–67. https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000644
- Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI; 2019 [acceso 15 de febrero de 2023]. Disponible en: http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/buenas-practicas/

• Harrison, T. M. (2010). Family-centered pediatric nursing care: State of the science.Journal of Pediatric Nursing,25(5), 335-343.https://doi.org/10.1016/j.pedn.2009.01.006
• Kristin, C., Voos, MD. y Nesha Park, RN. (2014). Implementing an Open Unit Policy in a Neonatal Intensive Care Unit: Nurses' and Parents' Perceptions. The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 28(4), 313-318. Doi: 10.1097/JPN.0000000000000055
• Mikkelsen, G., y Frederiksen, K. (2011). Family-centred care of children in hospital - a concept analysis. Journal of Advanced Nursing, 67(5), 1152-1162. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05574.x
• Shields, L., Pratt, J.,yHunter, J. (2006). Family centred care: A review of qualitative studies. Journal of Clinical Nursing,15(10), 1317-1323.https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01433.x
• Waddington, C., van Veenendaal, N. R., O'Brien, K., & Patel, N. (2021). Family integrated care: Supporting parents as primary caregivers in the neonatal intensive care unit. Pediatric Investigation, 5(2), 148–154. https://doi.org/10.1002/ped4.12277

78
HUMANIZANDO LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Beatriz Rodríguez Chiquero, Sandra Arteaga Guirado, Nerea Ballaz Butrón, Sara Ayala Granado, María Teresa Cabañero Castillo, Daniel Dios Ortas.
GAI Talavera de la Reina

betrizr@sescam.jccm.es

Introducción: La humanización en los cuidados paliativos implica atender las necesidades físicas, emocionales y espirituales del paciente y su familia. Esto significa prestar atención al bienestar emocional y físico del paciente, así como a sus necesidades individuales. Esto incluye el uso de un lenguaje comprensible, el trato respetuoso y la comunicación abierta para mejorar la calidad de atención y el bienestar del paciente. Los profesionales sanitarios también deben tener en cuenta los valores y creencias del paciente a la hora de ofrecer cuidados paliativos humanizados. Esto permite a los pacientes y a sus familiares sentirse respetados y comprendidos, y mejora su calidad de vida.

Objetivos:
General: Analizar la información actual sobre los cuidados paliativos. Específicos: Dar a conocer la atención paliativa como derecho
Conocer la importancia de cuidados paliativos multidisciplinares

Metodología: Revisión bibliográfica de publicaciones en las bases de datos de Pubmed y Cochrane. Se han utilizado las palabras clave "palliative care" "hospice care" "nursing care". Limitando en idiomas a inglés y español con fechas de publicación entre 2017-2023

Resultados: Los cuidados paliativos centran sus cuidados en pacientes con enfermedades en fases avanzadas y al final de su vida.
Se aplican cuidados de calidad para el paciente y su entorno, basados en cuidados físicos, psicoemocionales, socioculturales y éticos
Se promueven dichos cuidados partiendo del equipo de atención primaria y equipo de especializada.

Conclusiones: La importancia creciente de cuidados paliativos desde una perspectiva multidisciplinar con la colaboración de la unidad familiar.

Bibliografía:
-Sekse RJT, Hunskår I, Ellingsen S. The nurse's role in palliative care: A qualitative meta- synthesis. J Clin Nurs. 2018 Jan;27(1-2):e21-e38. doi: 10.1111/jocn.13912. Epub 2017 Jul 11. PMID: 28695651.

-Robinson J, Goodwin H, Williams L, Anderson N, Parr J, Irwin R, Gott M. A task service and a talking service: A qualitative exploration of bereaved family perceptions of community nursing care at the end of life. Palliat Med. 2022 Dec;36(10):1522-1531. doi: 10.1177/02692163221127168. Epub 2022 Oct 20. PMID: 36267044; PMCID: PMC9749007.
-Wantonoro W, Suryaningsih EK, Anita DC, Nguyen TV. Palliative Care: A Concept Analysis Review. SAGE Open Nurs. 2022 Aug 8;8:23779608221117379. doi:10.1177/23779608221117379. PMID: 35966230; PMCID: PMC9364202.
-Buss MK, Rock LK, McCarthy EP. Understanding Palliative Care and Hospice: A Review for Primary Care Providers. Mayo Clin Proc. 2017 Feb;92(2):280-286. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.11.007. Erratum in: Mayo Clin Proc. 2017 May;92(5):853. PMID: 28160875.
-Bajwah S, Oluyase AO, Yi D, Gao W, Evans CJ, Grande G, Todd C, Costantini M, Murtagh FE, Higginson IJ. The effectiveness and cost-effectiveness of hospital-based specialist palliative care for adults with advanced illness and their caregivers. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Sep 30;9(9):CD012780. doi: 10.1002/14651858.CD012780.pub2. PMID: 32996586; PMCID: PMC8428758.
-García-Salvador I, Chisbert-Alapont E, Antonaya Campos A, Casaña Mohedo J, Hurtado Navarro C, Fernández Peris S, Bonías López J, de la Rica Escuín ML. Valoración de necesidades formativas de nivel básico en cuidados paliativos en enfermeras de atención primaria en España [Assessment of basic training needs in palliative care in primary healthcare nurses in Spain]. Aten Primaria. 2022 May;54(5):102344. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2022.102344. Epub 2022 Apr 27. PMID: 35489161; PMCID: PMC9062674.

80

PRESENTACIÓN PROYECTO "MIS PRIMEROS DÍAS" DIRIGIDO A RECIÉN NACIDOS QUE VAN A IR CON UN FAMILIA DE ACOGIDA O DE ADOPCIÓN. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA.

María Pilar Bernabeu Adrián, Sonia Mora Navarro, María Victoria Orejón Lagunas, María Dolores Cantero López, María del Carmen Barberá Ventura, Francisca Herrero Cuesta.
Hospital Clínico Universitario de Valencia

pilarbernadri@gmail.com

Introducción

Cuando nace un bebé, a los padres les gusta guardar recuerdos de sus primeros días de vida .
Los niños tutelados por la Administración generalmente no los tendrían, o se limitarían a la pinza del cordón y algún otro objeto.
Con este proyecto del Hospital Clínico Universitario de Valencia, recopilaremos los recuerdos de los primeros días de estos bebés.

Objetivos

Facilitar a los niños/as tutelados por la Administración recuerdos de sus primeros días , y que puedan elaborar su "Historia de Vida" ,favoreciendo un adecuado establecimiento de vínculos emocionales.
Transmitirles lo importantes que han sido desde su nacimiento y el cariño con el que se les ha tratado desde el inicio de su vida.

Descripción de la experiencia

Intervención interdisciplinar.
Trabajo Social comunica al Centro Neonatal cuando la Administración asume la tutela de un neonato, o cuando la madre expresa su intención de renuncia.
Recopilaremos los recuerdos del bebé durante su estancia en el Centro Neonatal, en una caja de regalo. Se entregará para el bebé a la familia acogedora/educadora.
Incluiremos:
Gorrito de paritorio
Pinza cordón umbilical
Pulpito tejido por voluntarias
Chupete

Tarjeta huella plantar/ palmar
Diploma
Carta
Invitación a los padres para visitar la unidad
Pendrive con las fotos durante su estancia: llegada, primer biberón, baño, al brazo de alguna de las compañeras/os del equipo... Cumplirán unos requisitos.
No incluir en la caja nada que identifique a la madre biológica.

Resultados
Entregadas 10 cajitas.
Transmitimos el cariño que han recibido durante su hospitalización.
Muy gratificante la gran acogida.
La mamá de la niña que recibió nuestra primera cajita ha publicado un cuento explicándole la adopción y hablándole de la cajita que recibió.

Conclusiones
Intentaremos favorecer vínculos y visión positiva de sí mismos.
Las familias de acogida están intentando extenderlo.

Bibliografía
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La Elaboración de la Historia de Vida. Fundación Meniños. (2016)
- Jaime Ledesma del Busto, Helen Louse, Vandita García Garrido, Cristina Vilar Losa, Iratxe Serrano Ávila. CORA (Coordinadora de Asociaciones de Adopción y Acogimiento). Manual de recomendaciones para la búsqueda de orígenes. (2019)
-Jose Luis Gonzalo Marrodán. Vincúlate. Relaciones reparadoras del vínculo en los niños adoptados y acogidos. (AMAE). Editorial D Brouwer. (2015)
- Decreto 35/2021, de 26 de Febrero, de regulación de acogimiento familiar (DOGGV nº 9306 de 8 de marzo de 2021).
Rebeca Sánchez Martínez. ¡Así conocí a mamá y a papá! Babidibu. (2022)

83
Evaluar Espiritualidad en Clínica en un Servicio de Cuidados Paliativos en Montevideo – Uruguay. Una experiencia humanizadora. Proyecto Piloto

Ramos L., Causa N.
Cuidados Paliativos en Montevideo

lauraramosbarhoum@gmail.com

Introducción:
Los cuidados paliativos son la asistencia centrada en la persona desde el paradigma biopsicosocialespiritual. Buscan mejorar la calidad de vida de los pacientes/familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades crónicas progresivas e irreversibles y esto se realiza a través de la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana y la evaluación los problemas físicos, psicosociales y espirituales.
Se han definido competencias para el Cuidado Espiritual de Calidad en Cuidados Paliativos atendiendo al sufrimiento de los 3 protagonistas del sistema: paciente – familia – equipo sanitario. Una de las competencias es evaluar las necesidades/recursos espirituales y realizar intervenciones en cuidado espiritual.

Objetivos
General: Elaborar una estrategia para atender el sufrimiento vinculado a la enfermedad en un Servicio de Cuidados Paliativos durante la internación hospitalaria.
Específicos:
Detectar el sufrimiento, intensidad y causas.

Sistematizar el proceso de acompañamiento espiritual paciente/familia aplicando el Cuestionario de Espiritualidad del Grupo de Espiritualidad de la SECPAL (GES). Reflexionar sobre el proceso atendiendo al sufrimiento del mismo.

Descripción de la experiencia:
Proyecto piloto realizado 9/1/2023 al 9/3/2023. Se realizaron 672 entrevistas. Ingresaron 86 nuevos pacientes. Egresaron a asistencia domicilio 52. Fallecieron internados 16 pacientes. 58 % oncológicos, 42 % no oncológicos.
16 de los 86 pacientes presentaron sufrimiento severo (>7/10). En ellos se elaboró una estrategia de atención al sufrimiento. Las causas de sufrimiento fueron: pérdida de autovalidez, pérdida de sentido de vida, sentirse una carga para los demás, pérdida de roles. Se exploró la conexión intrapersonal (sentido), interpersonal y transpersonal identificando necesidades/recursos espirituales.
Se revisó el desarrollo del acompañamiento de cada paciente en términos de conexión- sentido- trascendencia. Se cerró el caso registrando lo aprendido.

Conclusiones:
Es necesario afinar el proceso sistematizar el registro del acompañamiento espiritual en cuidados paliativos en la historia clínica, compartirlo con el equipo y planificar intervenciones.

Bibliografia:
Espinel E, Colautti N, Donoso M. Competencies for quality spiritual care in palliative care in Latin America: from the Spirituality Commission of the Latin American Association for Palliative Care. Ann Palliat Med 2022;11(10):3247-3
Best M, Leget C, Goodhead A, Paal P. An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care. BMC Palliat Care. 2020.
Puchalski C, Ferrell B. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. Med Paliat. 2011; 18(1):
20-40.

87
INFORMACIÓN DE UBICACIÓN DE PACIENTES DURANTE EL PROCESO PERIOPERATORIO MEDIANTE PANTALLAS INFORMATIVAS

Margarita de Miguel Luken, Eloísa Fernández Fernández, Manuel Vergara Romero
Hospital Costa del Sol

margaluken@gmail.com

Introducción:
Una buena comunicación es una importante medida de seguridad durante la intervención quirúrgica y crea una sensación de buena "fluidez" dentro del quirófano (1); del mismo modo que crea un ambiente confortable y seguro
para los acompañantes. Es conocido que todas aquellas dinámicas inadecuadas o la comunicación inexacta pueden reducir la seguridad del paciente (2). Por lo tanto, una adecuada información y comunicación es una estrategia fundamental en el entorno perioperatorio. En esta línea, y basado en la premisa de adaptar la información a las necesidades de los pacientes y acompañantes (3), con formato de nueva tecnología se trató de optimizar el procesos de implantación de pantallas informativas en beneficio de los profesionales sanitarios, los acompañantes y de los propios pacientes (4).

Objetivo general:
Informar a los familiares y acompañantes sobre la ubicación y proceso intraoperatorio y postoperatorio inmediato durante el proceso quirúrgico.

Descripción de la experiencia:

Incorporación de pantallas informativas en las salas de espera de los quirófanos del Hospital Costa del Sol para informar a los familiares y acompañantes sobre la ubicación, inicio y final de la cirugía a la que se sometían los pacientes. Estas pantallas están conectadas al programa de registro intraoperatorio cumplimentado por las enfermeras circulantes.

Resultados
Los resultados subjetivos, por parte de los profesionales del área, ha sido una gran adherencia por parte de los acompañantes por conocer en todo el momento de inicio y final de la cirugía, traslado y permanencia en reanimación. Ha venido acompañado de respuestas directas e indirectas
sobre los elevados niveles de satisfacción.

Conclusiones
La incorporación de pantallas informativas en las salas de espera para comunicar a los acompañantes sobre la ubicación y el proceso intra y postoperatorio inmediato de los pacientes ha obtenido un nivel elevado de
satisfacción para pacientes, acompañantes y profesionales.

Bibliografía
1. Hanssen I, Smith Jacobsen IL, Skråmm SH. Non-technical skills in operating room nursing: Ethical aspects. Nurs Ethics. 2020
Aug;27(5):1364–72.
2. Skråmm SH, Smith Jacobsen IL, Hanssen I. Communication as a non- technical skill in the operating room: A qualitative study. Nurs Open. 2021
Jul;8(4):1822–8.
3. Zhao M, Zhang M, Ying J, Wang S, Shi Y, Li H, et al. Knowledge, attitudes, practices and information demand in relation to haze in China: a cross- sectional study. BMC Public Health. 2019 Oct 28;19(1):1396.
4. Boet S, Etherington C, Lam S, Lê M, Proulx L, Britton M, et al.
Implementation of the Operating Room Black Box Research Program at the Ottawa Hospital Through Patient, Clinical, and Organizational Engagement: Case Study. J Med Internet Res. 2021 Mar 16;23(3):e15443.

89
CONTENCIÓN MECÁNICA EN EL PACIENTE CON TRASTORNO BIPOLAR

Sandra Arteaga Guirado, Beatriz Rodríguez Chiquero, Cristina Camacho Lucas, Marta González Robledo, Leonor Oviedo López.
Hospital Nuestra Señora del Prado de Talavera de la Reina

Sandra_arteaga17@outlook.com

Introducción:
La contención mecánica es una técnica utilizada por profesionales de Salud Mental. Según la OMS se define:restricción de movimientos mediante cualquier método manual, dispositivo físico o mecánico, material o equipo conectado al cuerpo del paciente.
Su aplicación en pacientes con trastorno bipolar provoca situaciones de conflicto emocional en el personal sanitario.

Objetivo: general:
Conocer la vivencia experimentada en el equipo profesional de Salud Mental.

Específicos
Reconocer sentimientos y emociones asociados a la contención mecánica en el personal sanitario de Salud Mental.
Dar cuidados humanizados a pacientes con trastorno bipolar que precisen de inmovilización terapéutica.

Descripción de la experiencia:
En el trascurso del turno de noche en la planta de Psiquiatría, nos encontramos con una paciente con diagnostico de Trastorno Bipolar con tendencia a estados de hipoxia en estados de crisis, que inicia con un estado de agitación, conformado por hiperactividad motora, inquietud y deambulación errante. Además, se muestra vociferante y con taquilalia, alterando el trascurso de funcionamiento habitual de planta. A partir de este momento, se emplea el protocolo de contención de la unidad. Este se inicia con abordaje verbal inefectivo, seguido de contención farmacológica igualmente inefectivo, por ello, se valora con el equipo de trabajo y se inicia contención mecánica. Ante esta última valoración se explica a la paciente el proceso que se le va a realizar y se procede al mismo. Intentando que sea lo más humano posible.

Valoración subjetiva de la experiencia:
Tras el episodio, se comparten valoraciones y sentimientos del personal, viviendo situaciones de duelo ante el agravio para la dignidad y libertad del paciente.

Conclusiones
Se debe garantizar la calidad asistencial en situación de crisis mostrando un trato humano e integral, del personal hacia el paciente en la realización de esta técnica.

Bibliografía:
Protocolo de inmovilización terapéutica del Servicio de Salud de Castilla la Mancha.
https://consaludmental.org/

93

EXPERIENCIA DEL ACOMPAÑAMIENTO AL DUELO PERINATAL EN LA FUNDACIÓN ASISTENCIAL MÚTUA TERRASSA (FAMT). UN EJEMPLO DE MODELO HUMANIZADO INTEGRAL Y TRANSVERSAL.

Diana Lopez Martínez, Anna Escolà Resa, Laura Lop Pérez, Engràcia Coll Navarro, Xavier Urquizu Brichs, Marta Jiménez Barragan.
Mútua Terrassa. Terrassa (Barcelona).

anaidlm@hotmail.com

Introducción:
La muerte perinatal es una experiencia dolorosa e impactante para las familias y los profesionales de salud (1,2). Las familias recuerdan, con detalle, la experiencia del diagnóstico, proceso de parto y postparto (2). La calidad de la atención recibida tiene una repercusión importante en la vivencia y en el proceso de duelo (3). Para los profesionales sanitarios estas pérdidas representan una de las experiencias más desconcertantes, por lo que supone a nivel humano y por las implicaciones de responsabilidad personal y legal que implican (4). Proponemos un modelo integral y transversal que pone en el centro a la mujer y su familia para poder atender, validar y acompañar la perdida perinatal.

Objetivos:
Describir el modelo de atención integral a la muerte perinatal tanto en el hospital como en la
Atención primaria. Descripción de la experiencia:
En 2018 se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar para atender de manera coordinada la atención al duelo perinatal. Se identificó la necesidad de formación y se contactó con una asociación dedicada al duelo perinatal.

Se abordaron 4 pilares claves: 1)sensibilización y formación de los profesionales; 2)habilitación de espacios físicos para la gestante y acompañante-familia para la libre expresión de emociones y deseos, 3)protocolizar las pautas de actuación y material; 4)coordinación con los diferentes profesionales y niveles asistenciales (hospital-atención primaria-domiciliaria- consultas externas).

Resultados:
Frente a una muerte perinatal, se activa el Protocolo. Cada profesional desarrolla un rol específico y se ubica a la mujer y familia en un entorno íntimo. Se proporcionan unos recuerdos que facilitaran la asunción del duelo. Se coordina el alta.

Conclusiones:
Se ha conseguido una actuación coordinada dentro de un modelo multidisciplinar y transversal de atención que propone mejorar la percepción de la vivencia y la construcción favorable del inicio del duelo. También ha mejorado la experiencia y seguridad de los profesionales al abordar estas situaciones.

Bibliografía:
1. Departament de Salut. Guia d'acompanyament en el dol perintal. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2016.
2. Departament de Salut. Protocol d´atenció i acompanyament al naixement a Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2020.
3. Consejería de Salud del Principado de Asturias. Guía de Atención al Duelo gestacional y perinatal. Dirección general de cuidados, humanización y atención sociosanitaria. Oviedo; 2022.
4. Sanchez-Lopez MI, Pator-Corton P, Carcelen-Gonzalez R. Asociación por muerte intrauterina y la interacción con los/las profesionales sanitarios en una muestra de mujeres españolas. Matronas Profesión. 2021:22 (2)74-81.

95

HUMANIZANDO NUESTRA UCI A TRAVÉS DE UN PLAN DE COMUNICACIÓN AUMENTATIVA/ALTERNATIVA BASADO EN REALIDAD VIRTUAL

Sonia Alenda Pérez, María del Rosario Ferri Rodríguez, Ascensión Martínez, M. Dolores Mora, Patricia Verdú, Manuel Lillo-Crespo
HLA V istahermosa Alicante

manuel.lillo@grupohla.com

La comunicación aumentativa y alternativa (CAA) incluye todas las modalidades de comunicación, además del habla, utilizadas para expresar pensamientos, necesidades, deseos e ideas. Las personas con disfunciones de habla o de lenguaje, ya sea de forma permanente o temporal, dependen altamente de la CAA para complementar el habla residual o como una alternativa al habla no funcional. Ya existen instrumentos de CAA, como los aparatos electrónicos y los tableros de comunicación con dibujos y símbolos, que ayudan a las personas a expresarse y comunicarse sin embargo su utilidad dependerá de las limitaciones de la persona y del entorno. La CAA puede mejorar la interacción social y los sentimientos de autoestima y actualmente con el auge de la realidad virtual su aportación a los entornos sanitarios puede ser todavía más eficaz y beneficioso. Desde la UCI de HLA V istahermosa (Alicante) nos hemos propuesto diseñar un Plan de Desarrollo de Comunicación Aumentativa y Alternativa que sea inclusivo para diferentes tipos de pacientes y su situación, que incluya a todas/os las/os integrantes profesionales de la UCI y también a los familiares y cuidadores directos de las personas afectadas y que pueda ser extrapolable a otras unidades y contextos sanitarios. Para ello estamos empleando la Investigación-Acción Participativa (IAP) de tal forma que todas/os las/os integrantes del equipo de UCI y una muestra de pacientes con limitaciones junto a sus familiares o cuidadores directos contribuyan a la elaboración

de nuestro plan de CAA, que a su vez incluya la perspectiva de género y de protección del medio ambiente. El estudio está conformado por fases de recopilación y análisis de datos cualitativos que incluirán las percepciones y experiencias de los participantes; así como fases de formación para el personal en el manejo de las herramientas de comunicación; y fases experimentales con realidad virtual e inteligencia artificial. Puesto que se trata de un estudio activo actualmente, en el congreso se presentarán los resultados disponibles hasta el momento.

97

¿ES CARO CAMBIAR?

Del Campo Molina, E.; Parias Angel, MN; Salcedo Sánchez, MC; Alferez Reyes, M.J; Espósito Casado, MC.; Ruiz Caballero, J.
Hospital de Montilla (Córdoba)

emilio.campo.molina.sspa@juntadeandalucia.es

Justificación:
Cualquier cambio en un Hospital necesita de medios materiales y económicos. En ocasiones los cambios pueden ser baratos y aportar calidad en cuidar al paciente y profesionales.

Objetivo:
Proponemos 10 iniciativas para cambiar una cultura que persiste en nuestros hospitales.

Metodología:
Reunión de un grupo de sanitarios y no sanitarios. Se realiza una lluvia de ideas para mejorar la estancia en hospitales. Las ideas deben ser fáciles de implantar y no costosas. Las acciones pueden ser cambios clínicos, o de comportamiento en las personas.

Resultados:
Se escogen las 10 mejores ideas y se realiza un decálogo de buenas acciones a implantar.

1. Colocar vía heparinizada sin sueros en pacientes que no necesitan sueroterapia.
2. No realizar toma de constantes a las 8.00 h. Dejarlas para horas posteriores.
3. No extracción de gasometrías arteriales de manera rutinaria: Usar métodos alternativos.
4. No colocar O2 de manera rutinaria cuando no lo necesitan.
5. Dejar una cuña en cada cama si hay imposibilidad para deambular. Evita pedirla.
6. No colocar fluidoterapia a 84 ml/h de manera rutinaria a los pacientes que ingresan/ingresados.
7. No dar fármacos por via IV cuando se puede administrar por VO.
8. No colocar llaves de 3 pasos de manera rutinaria en vías centrales.
9. Permitir fallos humanos en vez de culpar, corrigiendo errores.
10. Agradecer en vez de quejarse.

Conclusiones:
A veces la H, genera cambios culturales heredados de otra generación que no se justifican en este tiempo
Con ayuda de gerencia, direcciones asistenciales y de manera individual médicas se pueden hacer cambios no caros y mejorar la calidad de cuidados.
Está claro que hay acciones que se sustentan poco en un Hospital que quiere cambiar a H., y que necesitan ser cambiadas.

101

DISEÑO E IMPLANTACION DE UN PLAN INTEGRAL DE HUMANIZACIÓN EN UN HOSPITAL DE PACIENTES CRÓNICOS

Ramón Herrería Laherrán, Madalen Díaz Miranda, Arantxa Picón Santamaría, Sendoa Ballesteros Peña, Ainhoa Gómez Elorrieta, José Antonio González Gutiérrez.
Hospital Santa Marina, Bilbao, Osakidetza.

ramon.herrerialaherran@osakidetza.eus

Introducción

La Visión del Hospital Santa Marina (HSM) contempla "prestar una atención humanizada, cercana, de confianza y adecuada a pacientes y familiares a través de la implicación de sus profesionales".

Objetivos:

Principales:
oFavorecer la estancia hospitalaria del paciente a través de una atención integral personalizada.
oMejorar el nivel de bienestar de los equipos de profesionales.
Secundarios:
oSer una organización exportadora de buenas prácticas y valores en humanización.
oIncorporar la humanización a la estrategia del hospital.

Metodología:

El plan de humanización está estructurado conforme al Modelo de Gestión Avanzada, con sus objetivos y acciones englobados en 5 ejes: Estrategia, Pacientes, Personas, Sociedad e Innovación.
Se han elaborado un flujograma para la operativa diaria y un cuadro de mando para el seguimiento de las iniciativas del plan, con fichas descriptivas y de resultados.
Una vez determinados los objetivos por eje se procedió al análisis de iniciativas. Se consideraron las que ya estaban en marcha y otras futuribles. Se relacionó cada iniciativa con el eje correspondiente, considerando la temporalidad de las iniciativas.
Se estableció un modelo de gobierno que también ejecuta el modelo operativo, distribuido en 4 niveles:
Comité director: toma de decisiones y velar por cumplimiento de los principios establecidos.
Grupo de trabajo técnico: vela por ejecución y coordinación de iniciativas; eleva cuestiones relevantes al comité director.
Oficina técnica/secretaría: seguimiento de proyectos y asistencia técnica al grupo de trabajo y comité director.
Foro(s) de participación: profesionales de la organización, colaboradores externos (pacientes…) y organizaciones sociosanitarias.

Resultados:

Para valorar el impacto generado por las iniciativas de humanización en los grupos de interés se han utilizado:
Herramientas directas: entrevistas a familiares, cuestionarios de satisfacción, reuniones con profesionales y colaboradores (voluntarios, ayuntamiento).
Herramientas indirectas: número de agradecimientos vs quejas.
Analizadas todas estas aportaciones podemos afirmar que el plan de humanización ha tenido un impacto positivo en pacientes, familiares y profesionales.

105

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA ACOMPAÑANTES DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MÚTUATERRASSA.

Carmen Galindo Laiglesia, Sergio Díaz Gonzalez, Anna Mortes Ferrer, Silvia del Río Rodera, Mariola Méndez Rivas, Vanessa Pascual Granollés.
Hospital Universitario MútuaTerrassa (FAMT)

cgalindo@mutuaterrassa.cat

Introducción:

Las urgencias sanitarias generan en la persona y sus acompañantes un sufrimiento que puede verse acentuado por la falta de información. La información sobre el proceso de atención es básica para garantizar el derecho a la información y disminuir la tensión.

Objetivos (general y específicos)

- Facilitar información en tiempo real sobre la evolución del paciente desde su llegada hasta el alta del servicio.
- Disminuir la angustia de los acompañantes.
- Mejorar la experiencia de pacientes y acompañantes.

Descripción de la experiencia

El Hospital Universitario MútuaTerrassa tiene un área de influencia de 275.000 habitantes y en el año 2022 se atendieron 131.161urgencias. En Julio de 2022 se implementó un sistema de información para acompañantes de pacientes en el Servicio de Urgencias. En el momento del ingreso los acompañantes del paciente reciben un tiquet con un código alfanumérico que garantiza la confidencialidad y permite consultar en una WebApp el estado del proceso del paciente. Muestra si el paciente está en proceso de valoración clínica inicial, si ha sido visto por el personal asistencial, si se le están efectuando pruebas complementarias, si está en observación, si va a ser ingresado o dado de alta, así como otro tipo de información (nivel de triaje y ubicación). Este sistema complementa la información clínica que facilitan los profesionales sobre la evolución del paciente.

Resultados

Desde su implantación, se han beneficiado del sistema más de 50.000 pacientes y acompañantes. El NPS global del servicio ha mejorado en un 20%, habiendo aumentado en un 27% los pacientes satisfechos con la información no clínica recibida.

Conclusiones

Con este nuevo sistema de comunicación, el hospital avanza hacia una atención más transparente y cercana a los usuarios y familiares, aportando a estos últimos tranquilidad e información durante la espera. En definitiva, humanizando el trato y mejorando su experiencia.

Bibliografía

M.S.Y. Hung, S.M.C. Pang. Family presence preference when patients are receiving resuscitation in an accident and emergency department. J Adv Nurs., 67 (2011), pp. 56-67 http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05441.x| Medline.

Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado n.° 274, de 15 Dic 2002.

Sánchez López JM, Díaz Agea JL. La atención a los familiares en el contexto de las emergencias: Una asignatura pendiente. Evidentia [Internet]* 2013. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4611718

García-García,A., Arévalo-Velasco,A., García-Iglesias,M.A., Sánchez-Barba,M., Delgado- Vicente M.A, Bajo-Bajo,A., Diego-Robledo,F.. Información, comunicación y trato en un servicio de urgencias: evaluación mediante una encuesta de opinión. Revista de Calidad Asistencial nº 30 – 2015. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad- asistencial-256-articulo-informacion-trato-un-servicio-urgencias-S1134282X15000846

108

EVALUANDO LA PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN RELACIÓN A LOS PASEOS EN LA UCI.

Gema Candelaria Arellano Del Verbo, Carlos Velayos Amo, Gema Díaz Cuero.
Hospital Universitario de Fuenlabrada.

gdiazc@salud.madrid.org

Objetivo:
Evaluar la percepción de profesionales sanitarios acerca de los paseos fuera de la Unidad de Cuidados Intensivos en pacientes ingresados. Como objetivos secundarios englobamos la percepción de riesgos, carga de trabajo asociado y beneficios potenciales.

Método:
El paseo consiste en sacar a pacientes estables del box para entrar en contacto con la naturaleza. Se ha realizado un estudio observacional multicéntrico mediante encuesta anónima consistente en 19 afirmaciones puntuándose desde 0 (completo desacuerdo) hasta 10 (completamente de acuerdo). Ha sido respondida multidisciplinarmente. El método de distribución se realizó mediante el grupo ÍTACA. Las variables cualitativas son presentadas mediante porcentajes. Software estadístico SPSS.13.

Resultados:
Se han recogido 362 encuestas. Para aceptar la afirmación se toman las puntuaciones más altas (8-10). El 37% de encuestados ha participado en 1-5 paseos, el 17% de 5 a 15, el 9% en más de 15 y el 34% en ninguno. Un 43% los considera completamente seguros. El 74% cree que mejoran el ánimo de los pacientes. El 54% que ayuda en su recuperación funcional. El 72% opina que ayudan a humanizar la asistencia en su UCI. El 66% que ayudan a las familias en su estado de ánimo. El 51% considera que los paseos ayudan a estrechar vínculos entre Familias y personal. Solo ¼ considera que son un aspecto que aumenta carga de trabajo. Un 25% que son un aspecto difícil de integrar en las rutinas de trabajo. El 60% está completamente de acuerdo en una valoración global positiva.

Conclusiones:
La valoración global entre profesionales es ampliamente positiva considerando que pueden proporcionar beneficios para el paciente, su familia y los propios profesionales, siendo esto valorado entre distintos centros a nivel nacional. Menor ha sido la percepción de riesgos, siendo estos asumibles para poder realizar la actividad con seguridad, aunque pueden suponer carga de trabajo añadida

Bibliografía:

1. Bratman G.N, Hamilton J.P, Daily G.C. The impacts of nature experience on human cognitive function and mental health. Ann N Y Acad Sci. 2012 Feb; 1249:118-36.
2. Mikkelsen M.E, Still M, Anderson B.J, Bienvenu O.J, Brodsky M.B et al. Society of Critical Care Medicine's International Consensus Conference on Prediction and Identification of Long-Term Impairments After Critical Illness. Crit Care Med. 2020 Nov; 48(11):1670-1679.
3. Igeno-Cano J.C. Benefits of walks in the outdoor gardens of the hospital in critically ill patients, relatives and professionals. #healingwalks. Med Intensiva. 2020; 44(7):446-448.

4. Song C, Ikei H, Park B, Lee J, Kagawa T and Miyazaki Y. Psychological Benefits of Walking through Forest Areas. Int. J. Environ. Res. Public Health 2018, 15, 2804.
5. Shin, W.S.; Yeoun, P.S.; Yoo, R.W.; Shin, C.S. Forest experience and psychological health benefits: The state of the art and future prospect in Korea. Environ. Health Prev. Med. 2010, 15, 38–47.
6. Sam J. Cooley SJ, Jones CR, Kurtz A, Robertson N. 'Into the Wild': A meta-synthesis of talking therapy in natural outdoor spaces. Clinical Psychology Review 77 (2020) 101841.
7. Yasuda M, Ichihashi R, Inaba M, et al: A survey on staff's attitude toward early mobilization of ICU patients under mechanical ventilation. Journal of the Japanese Society of Intensive Care Medicine 2020; 27(Suppl):493.
8. Sasano N, Kato Y, Tanaka A, Kusama N. Out-of-the-ICU Mobilization in Critically Ill Patients: The Safety of a New Model of Rehabilitation. Critical Care Explorations. January 2022; Volume 4; N 1.
9. Verderber S, Gray S, Suresh-Kumar S, Kercz D and Parshuram C. Intensive Care Unit Built Environments: A Comprehensive Literature Review (2005–2020). Health Environments Research & Design Journal 2021, Vol. 14(4) 368-415.
10. Perme C, Chandrashekar R. Early Mobility and Walking Program for Patients in Intensive Care Units: Creating a Standard of Care. Am J Crit Care 2009; 18:212-221.
11. Mavros P, Wälti MJ, Nazemi M, Huiyi Ong C & Hölscher C. A mobile EEG study on the psychophysiological efects of walking and crowding in indoor and outdoor urban environments. Scientifc Reports, (2022) 12:18476.