

## PLAN DE HUMANIZACIÓN 2018

### HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO



## 1. INTRODUCCIÓN

Estamos asistiendo a un cambio de paradigma mundial en el que las personas resurgen como centro del sistema sanitario. Algo tan simple, obvio e intrínseco a la especie humana como es la vida y la relación entre personas, y que durante años ha podido pasar a un segundo plano. Es preciso humanizar esa relación entre personas que se encuentran en situaciones vitales diferentes y que confluyen en el mismo escenario: el sistema sanitario. Probablemente muchos de ustedes se sorprendan y sientan esta corriente humanista como una contradicción, pues nunca debió perderse esta cualidad tan básica en las profesiones sanitarias. Pero no es menos cierto que basta con darse una vuelta por cualquier centro de atención primaria o por un hospital para observar esta realidad.

Por un lado están las personas enfermas en situación de duelo por la pérdida de salud y, por tanto, de vulnerabilidad e incertidumbre. Contactan con el sistema sanitario por necesidad y no vienen de vacío: traen una historia de vida. Les acompañan sus seres queridos, sus fuentes de apoyo y esperanza y quienes mejor conocen al paciente y pueden dar ese amor y acompañamiento tan necesarios. Por otro lado están los profesionales, formados y preparados durante años a nivel técnico y entrenados para curar y salvar vidas; desencantados en muchas ocasiones por muchos motivos que deshumanizan o que no les permiten trabajar como desearían.

Humanizar la atención sanitaria significa apostar por una sanidad más amable y centrada en las personas. Humanizar también significa personalizar la asistencia escuchando lo que necesitan pacientes y familiares, no lo que nosotros pensamos que necesitan, sino atendiendo a sus necesidades aunque no coincidan con las nuestras y convertir esto en un proceso clínico en el que la actitud sea fundamental. Humanizar es también entender y aceptar que los profesionales somos falibles y vulnerables y que necesitamos ser escuchados puesto que somos el capital básico para humanizar la sanidad. Todos los sistemas sanitarios estarán humanizados cuando estén al servicio de todas las personas: enfermos, familiares y profesionales.

## 2. JUSTIFICACIÓN

La humanización de la atención sanitaria es una cuestión PRIORITARIA del SSPA y, para ello, se requiere principalmente un cambio de ACTITUD. Se trata de cambiar el foco de la atención sanitaria, dirigido tradicionalmente hacia la enfermedad, y situar a la persona y su contexto en el centro del sistema, procurando “dar el mismo trato que nos gustaría recibir”. En este sentido, también se incluye el factor tiempo: se debe pensar que el tiempo de las y los pacientes no es menos valioso que el tiempo del médico, de la enfermera o del resto de profesionales.

Una atención HOLÍSTICA, es aquella donde se contemplan la comunicación, el contacto, y donde se da la misma importancia tanto al sufrimiento físico como al anímico o espiritual porque, de hecho, no se pueden separar. Es aquí donde el sistema sanitario tiene un gran reto.

La humanización consiste en algo más que ser respetuosos con las personas que acuden a nuestros centros, es un compromiso y una responsabilidad con la ciudadanía andaluza. El Sistema Sanitario Público de Andalucía debe asegurarse de que las personas tengan garantizado el acceso a la atención cuando la necesiten, segura y eficiente, facilitando la continuidad asistencial y la agilidad en la atención, evitando tiempos de espera innecesarios y prestarles una atención personalizada en base a las necesidades y expectativas de las personas, implicándolas en la toma de decisiones compartidas.

### 3. OBJETIVOS

Se pretende poner en valor la atención centrada en la persona entendida como el valor nuclear de la asistencia.

#### **Objetivo general:**

Reconocer el derecho de las personas a que se respete su voluntad, proporcionándoles la información y formación adecuada a través de una comunicación empática, cuidando la confidencialidad y la intimidad e incorporando a familiares y allegados siempre que las personas lo decidan.

#### **Objetivos específicos:**

1. Implantar la personalización asegurando que cada paciente conoce a sus profesionales de referencia y se adecúan los planes terapéuticos a sus necesidades y expectativas.
2. Facilitar el acompañamiento de la familia o personas que se decidan durante todas las fases del proceso asistencial.
3. Implicar a las personas en la toma de decisiones compartidas, diseñando para ello: protocolos de información a familiares, guía de información al alta, etc.
4. Adecuar las situaciones y los espacios para preservar la intimidad de la persona y la confortabilidad durante los procesos de atención.
5. Desarrollar competencias humanísticas y relacionales en los profesionales a través de valores, conocimientos, actitudes y habilidades para el acompañamiento terapéutico y la toma de decisiones compartida.

## 4. LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y ACCIONES RECOMENDADAS

### Línea 1. Implantar la personalización

- Todos los profesionales estarán claramente identificados, a través del distintivo oficial.
- Los profesionales en las unidades de hospitalización y en los servicios de urgencias se identificarán como referentes de aquellos pacientes que les han sido asignados.
- Las unidades de hospitalización dispondrán de un plan de acogida a pacientes y familiares. Este plan contemplará la estructura orgánica y funcional del centro y de la unidad, las normas establecidas y los recursos de los que se dispone. Recursos: profesionales, recursos de ocio, de apoyo espiritual, servicios de hostelería, carta de derechos y deberes de usuarios/as, así como horarios de visitas, profesionales de referencia, horarios y sistemas para la información del curso clínico...
- Las valoraciones realizadas a los pacientes deben recoger: sus necesidades, expectativas, valores y creencias, que deberán ser tenidas en cuenta a la hora de la elaboración del plan terapéutico.
- El plan de cuidados durante la estancia hospitalaria se elaborará contemplando acciones proactivas de seguimiento de las necesidades del paciente: Valoración periódica de la confortabilidad y necesidades básicas del paciente y las personas que acompañan.

### Línea 2. Facilitar el acompañamiento

- Elaborar un protocolo sobre el horario de visitas, adaptado a las necesidades de los pacientes y a las características de la unidad, que permita el acompañamiento continuado por parte de sus familias/allegados, garantizando el descanso, tranquilidad e intimidad de los pacientes ingresados.
- En las unidades pediátricas se garantizará el cumplimiento del decreto 246/2005 que regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo.
- Las unidades de urgencias deben disponer de un circuito diferenciado para personas vulnerables (alto nivel de dependencia física, deterioro cognitivo, déficit sensoriales...) que permita su acompañamiento continuo.
- Las unidades de neonatología potenciarán la realización del Método Madre/Padre Canguro.

### **Línea 3. Implicar a las personas en la toma de decisiones compartida**

- Las Unidades implementarán un plan de comunicación presencial y telefónica a pacientes y personas que les cuidan sobre la evolución de la situación clínica y no clínica. Para ello se establecerán horarios de información estables, se dispondrá de un espacio adecuado y se promoverá la información conjunta por parte de médico/enfermera referente adecuando el lenguaje a las necesidades de pacientes y familia.
- Los profesionales deben incluir al paciente y su familia en la elaboración del plan terapéutico. Para ello el paciente debe tener una información clara y completa del curso clínico, necesidades de cuidados, pruebas diagnósticas y terapéuticas, objetivos y resultados esperados.
- Se realiza una adecuada planificación del alta, en la que participen médico y enfermera de referencia así como el paciente y su familia.

### **Línea 4. Procurar la intimidad y confortabilidad**

Las unidades evaluarán las estructuras disponibles y establecerán planes de mejoras dirigidas a asegurar la intimidad de pacientes, p.ej:

- Disponer de espacios individuales para la realización de pruebas diagnósticas, consultas, comunicación de noticias, favorecer el duelo...
- Habitaciones individuales durante el ingreso hospitalario siempre que sea posible y específicamente en personas con necesidades especiales (personas con TEA, con demencias...) o situaciones de final de la vida.
- Adecuación de la lencería para que preserve la intimidad del paciente y su comodidad...
- Asegurar el descanso de pacientes (control de luz, alarmas visuales, control de ruidos, horarios adaptados para la toma de constantes o realización de técnicas...)
- Establecer dietas personalizadas especialmente a personas con riesgo de desnutrición.
- Las UCI Pediátricas o de Neonatología dispondrán de un lactario para que las madres puedan extraer la leche o amamantar.
- Procurar realizar actividades de ocio para menores, adaptadas a la situación de salud...

### **Línea 5. Desarrollar competencias humanísticas y relacionales en los profesionales**

- Difusión y uso de la guía de estilo del Servicio Andaluz de Salud: <http://campus.easp.es/atencionciudadania/file.php?file=%2F7%2FCD%2FLibro%20de%20Estilo%20SAS%2FSAS%20libro%20ESTILO.pdf>
- Desarrollo de actividades formativas para *mejorar* las habilidades en comunicación afectiva y efectiva, gestión de conflictos, comunicación de malas noticias, acompañamiento en el duelo, empoderamiento de las personas.
- Las unidades dispondrán de un plan de formación y adquisición de competencias orientadas a la integración de la persona y la familia en el cuidado, si así lo requiere.
- La unidad promueve que profesionales y población a la que atienden generen ideas creativas e innovación en la humanización de la asistencia sanitaria.

## 5. METODOLOGÍA

### 5.1 Constitución de la Comisión de Humanización.

Las Direcciones Asistenciales así como la Unidad de Calidad, dentro de sus competencias, propusieron establecer la creación de una nueva comisión para el cumplimiento de objetivos relacionados con la calidad asistencial que no podían abordarse con las comisiones ya existentes.

La Presidencia de esta Comisión de Humanización corresponde al Director Médico y a la Directora de Enfermería conjuntamente. La Secretaria ha sido designada por la Unidad de Calidad tras la oferta del puesto en convocatoria abierta que exige solicitud e historial profesional de los candidatos y presentación de un proyecto en el formato normalizado de la Comisión Central de Calidad. La Comisión está integrada por 20 vocales. Estos vocales han sido designados por la Unidad de Calidad tras convocatoria abierta que exige solicitud e historial profesional de los candidatos. Se han presentado más de 130 profesionales para cubrir las 20 vocalías ofertadas. Los vocales han sido seleccionados en virtud de sus méritos curriculares y de su perfil profesional con vistas a que exista una representación de los distintos estamentos profesionales y los distintos tipos de Unidades de Gestión.

### 5.2 Integrantes Comisión de Humanización

**Presidencia:** Dirección Médica: Felipe Pareja Ciuro

Dirección de Enfermería: M<sup>a</sup> Rocío Pérez González

**Secretaría:** Facultativa: M<sup>a</sup> Esther Quintana Gallego

Enfermera: Luíís López Rodríguez

**Secretaría Comisión:** M<sup>a</sup> Isabel González Méndez. Jefe de Bloque UGC Cuidados Intensivos

- Vocales:**
1. M<sup>a</sup> Mercedes Aires Eslava. EIR Salud Mental
  2. Ana Leticia Algaba Andrade. Enfermera UGC Cuidados Intensivos
  3. Marta Ángel Rueda. Enfermera UGC Urgencias
  4. Gemma Matilde Calderón López. FEA UGC Neonatología
  5. Lucía Camacho Ocaña. TCAE UGC Cuidados Intensivos
  6. Trinidad Cano Rodríguez. Supervisora Unidad Clínica de Atención Médica Integral
  7. M<sup>a</sup> Teresa Charlo molina. FEA UGC Cuidados Críticos Pediátricos
  8. Manuela Cid Cumplido. FEA UGC Cuidados Intensivos
  9. Elena García Ligeró Rincón. FEA UGC Salud Mental
  10. Rosa M<sup>a</sup> García Moreno. Administrativa Unidad de Calidad
  11. Pablo García Parra. FEA UGC Cirugía Ortopédica, Traumatológica y Reumatología
  12. Mercedes Gayán Guardiola. Trabajadora Social. Hospital Infantil
  13. Sonia Gutiérrez Rivero. FEA Unidad Clínica de Atención Médica Integral
  14. M<sup>a</sup> Mar López García de Carellán. Supervisora UGC Neurocirugía
  15. Cecilia López Ramírez. FEA UGC Neumología y Cirugía Torácica
  16. Asunción Luque Budía. Psicóloga UGC Salud Mental
  17. M<sup>a</sup> Mar Márquez Arias. Administrativa Dirección Gerencia
  18. M<sup>a</sup> José Rosas Cervantes. Enfermera UGC Neonatología
  19. Juan Torralba Albella. Supervisor UGC Pediatría
  20. Emilio Zorrilla Fernández. Supervisor UGC Bloque Quirúrgico Hospital General.

### 5.3 Priorización de las acciones recomendadas

En la sesión ordinaria constitutiva de la Comisión de Humanización, celebrada el 7 de mayo, como primera medida se planteó realizar una priorización de las acciones a desarrollar, de manera que se pudieran calendarizar en la operativización del Plan de Humanización. Para ello se propuso utilizar la parrilla de priorización de acciones adaptada de la Joint Commission, que considera el número de usuarios afectados, riesgo/beneficio para el usuario, coste diferencial y dependencia interna para su consecución. Los 20 vocales de la Comisión de Humanización más la secretaria

administran la parrilla de priorización de acciones obteniéndose finalmente un orden de aplicación y desarrollo de estas acciones. El resultado se muestra en la siguiente tabla.

### Criterios priorizados para desarrollo e implantación del Plan de Humanización

Orden	Acciones	Puntos
1	Adecuada planificación del alta	113
2	Asegurar el descanso de pacientes	112
3	Personalización de la asistencia	110
4	Incluir al paciente y su familia en la elaboración del plan terapéutico	109
5	Contenido de todos los items en la valoración de pacientes	107
6	Identificación de profesionales	101
7	Plan de acogida a pacientes y familiares	101
8	Protocolo de horarios de visita y acompañamiento	99
9	Plan de comunicación presencial y telefónica a pacientes y personas que les cuidan sobre la evolución de la situación clínica y no clínica	97
10	Circuito diferenciado para personas vulnerables en Urgencias	94
11	La unidad promueve que profesionales y población a la que atienden generen ideas creativas e innovación en la humanización de la asistencia sanitaria	94
12	Desarrollo de actividades formativas para mejorar las habilidades en comunicación afectiva y efectiva, gestión de conflictos, comunicación de malas noticias, acompañamiento en el duelo, empoderamiento de las personas	91
13	Cumplimiento del Decreto 246/2005	88
14	Espacios individuales para la realización de pruebas diagnósticas, consultas, etc.	88
15	Establecer dietas personalizadas	87
16	Adecuación de la lencería para que preserve la intimidad y comodidad de paciente	86
17	Difusión y uso de la guía de estilo del Servicio Andaluz de Salud	83
18	Método madre/padre canguro en unidades de Neonatología	80
19	Habitaciones individuales durante el ingreso hospitalario siempre que sea posible y específicamente en personas con necesidades especiales (personas con TEA, con demencias...) o situaciones de final de la vida	73
20	Las UCI Pediátricas o de Neonatología dispondrán de un lactario	73
21	Espacios y actividades de ocio para menores	71



22	Elaboración de una estrategia para la implantación y cronograma	Np
23	Evaluación anual del Plan de Humanización de la asistencia	Np

Cabe destacar que, obviamente, el Plan de Humanización no se agota en estas 23 medidas, ya que existen muchas otras que se están llevando a cabo en hospitales y centros de salud, y que tienen un carácter de marcada “humanización”. El catálogo detallado representa solamente una muestra de propuestas concretas que constituye un primer marco común en este pilar fundamental de la política sanitaria de nuestra comunidad autónoma que es la Humanización de la Asistencia Sanitaria.

#### 5.4 Referentes de humanización en las UGC

Por lo general, en las experiencias que se desarrollan de abajo hacia arriba (*bottom-up*), las mejores prácticas son el resultado de actividades de demostración locales y no de diseños organizativos centrales. En este sentido, debemos de partir de una premisa importante: todas las acciones y medidas contempladas deberían surgir desde dentro de la organización y de profesionales que tienen un papel muy activo en la tarea de revitalizar la humanización y recuperar un trato y una atención más digna a personas usuarias, pacientes y al resto de agentes que forman parte del sistema sanitario. En definitiva, tratamos de elaborar un Plan de Humanización que parta de las propias personas, y no aparezca impuesto de arriba hacia abajo desde instancias superiores (*top-down*). Debe ser un Plan con vocación de perdurar en el tiempo y, a la vez, dinámico y cambiante, adaptándose a las circunstancias concretas de cada momento.

Por ello se planteó la necesidad de designar un referente de humanización en cada una de las cuarenta UGC del Hospital Virgen del Rocío. Serán los encargados de gestionar todos los aspectos relacionados con la Humanización en la UGC y servir de interlocutores de la Comisión. Se acuerda que se identifique un referente de humanización con el único requisito de pertenecer a la UGC, con independencia del perfil profesional que presente, salvo en aquellas UGC que opten por identificar a dos profesionales en su UGC. Deberá ser designado por el director de la UGC y el referente de Cuidados. Esta medida se presentó y aprobó por las direcciones asistenciales del centro.

#### Referentes de humanización por UGC

MAPA HUVR 2018	
HUVR	Referentes de Humanización
<b>Alergología</b>	Cristina López Ruiz
<b>Anatomía Patológica</b>	María Fontillón Alberdi
<b>Anestesiología y Reanimación Hospital</b>	Mónica Fernandez Toro

<b>Materno Infantil</b>	
<b>Anestesiología y Reanimación Hospital de Rehabilitación y Traumatología</b>	Blanca Vera Álvarez
<b>Anestesiología y Reanimación Hospital General, Duques del Infantado.</b>	María Fernández Ramirez
<b>Angiología y Cirugía Vascul ar</b>	Encarnación Escudero Espinosa
<b>Aparato Digestivo</b>	
<b>Cardiología y Cirugía Cardiovascular</b>	María Rocío Camacho Fernández de Liger
<b>Cirugía General</b>	MariaJesus Tamayo Lopez / Teresa GarciaAlvarez
<b>Cirugía Maxilofacial</b>	Montserrat RodriguezRodriguez
<b>Cirugía Ortopédica, Traumatología y Reumatología</b>	Rosa Fernández Toro
<b>Cirugía Pediátrica</b>	Lucía Casal Pereyra
<b>Cirugía Plástica y Grandes Quemados</b>	Pendiente de designación
<b>Cuidados Intensivos</b>	Ana Leticia Algaba Andrade
<b>Cuidados Intensivos Pediátricos</b>	Pendiente de designación
<b>Dermatología</b>	Pendiente de designación
<b>Endocrinología y Nutrición</b>	Fátima Farfán Díaz
<b>Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva</b>	Laura de la Torre Bernal
<b>Farmacia</b>	Marta Moleón Ruiz
<b>Farmacología Clínica</b>	No procede
<b>Ginecología y Patología mamaria</b>	Cristina Torres Sánchez
<b>Hematología</b>	Carmen Limón Ramos.
<b>Laboratorios</b>	María Rocío Infantes Fontán
<b>Medicina Física y Rehabilitación</b>	Antonia López Herbas
<b>Medicina Interna</b>	Lourdes Moreno Gaviño
<b>Medicina Maternofetal, Genética y Reproducción</b>	Elena Gallardo Morales
<b>Medicina Nuclear</b>	Natalia Blanco Román
<b>Neonatología</b>	M <sup>a</sup> José Rosas Cervantes / Gemma Matilde Calderón López
<b>Neumología y Cirugía Torácica</b>	Feliciana Espinosa Castilla / Cecilia López Ramírez
<b>Neurocirugía</b>	Eugenio Cárdenas Ruiz-Valdepeñas
<b>Neurología y Neurofisiología</b>	Paolo Porccachia
<b>Oftalmología</b>	Isabel Sánchez Benitez
<b>Oncología Médica, Oncología Radioterápica y Radiofísica</b>	Pendiente de designación
<b>Otorrinolaringología</b>	Pendiente de designación
<b>Pediatría</b>	Juan Torralba Albella /Eduardo Quiroga Cantero
<b>Radiodiagnóstico</b>	Manuel Ángel Pérez Lorente
<b>Salud Mental</b>	Manuel Jesús Martínez López
<b>Urgencias</b>	Marta Ángel Rueda
<b>Urgencias Pediátricas</b>	Elena Mellado Troncoso /Marta García Casanueva
<b>Urología y Nefrología</b>	Sandra Romero Escobar

## 5.5 Análisis de situación y áreas de mejora en la implantación de las acciones recomendadas

### 1. Adecuada planificación del alta.

El hospital trabaja activamente en la emisión de informes de continuidad de cuidados en pacientes susceptibles y de recomendaciones al alta. Durante fines de semana y festivos los pacientes con criterios de fragilidad y/o vulnerabilidad son incluidos en el seguimiento telefónico proporcionado por Salud Responde. Asimismo desde el año 2014 se viene implementando el plan de telecontinuidad asistencial de pacientes dados de alta desde el área de Urgencias del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Las enfermeras gestoras de casos actúan coordinando diferentes profesionales/servicios y movilizándolo los recursos necesarios para garantizar una atención integral y continuada a las necesidades de cuidados de pacientes y cuidadoras.

**Objetivo:** Mejorar la continuidad de cuidados durante la transición al domicilio tras el alta hospitalaria.

#### Actuaciones:

- La Secretaría de Calidad solicitará información a los responsables de las UGC.
- Contamos con un importante catálogo de documentos ya elaborados como el Documento de Consenso sobre Continuidad de Cuidados.
- Aunar la información obtenida.
- Elaborar modelo de procedimiento de planificación al alta en el hospital con la finalidad de normalizar sus contenidos mínimos.
- Grupo de trabajo integrado por vocales de la Comisión de Humanización.

#### Indicadores de calidad:

- nº de pacientes de alta notificadas a Salud Responde/ nº total de pacientes de alta que cumplan criterios para derivación a Salud Responde\* 100 en fines de semana y festivos
- nº de pacientes de alta antes de las 12 horas /nº total de pacientes de alta \*100

### 2. Asegurar el descanso de los pacientes

Existe evidencia científica sobre los factores que impiden el descanso nocturno de pacientes ingresados/as en un hospital, por ejemplo, las interrupciones nocturnas, despertarse y acostarse más tarde de lo habitual, la luz excesiva, los ruidos, la incomodidad de la cama o el dolor o malestar derivado del proceso de enfermedad. Todo ello contribuye a que el descanso no sea el adecuado, ni el sueño logre su efecto reparador tan necesario e imprescindible, especialmente en las personas hospitalizadas.

Esta medida, en línea con el Proyecto SueñOn, impulsado desde el Instituto de Salud Carlos III, pretende programar los cuidados para que permitan un mayor descanso. Sin embargo, el respeto al sueño nocturno no debe impedir que se realicen ingresos de pacientes con cama asignada procedentes de la Urgencia Hospitalaria, ya que el bienestar y descanso de estos pacientes es igualmente importante que el de pacientes que ya se encuentran ingresados en la unidad de hospitalización. En estos casos se realizará todo el proceso lo más silenciosamente posible. El descanso de los y las pacientes que se encuentran en Urgencias es tan importante como el de las personas ingresadas.

**Objetivo:** Fomentar el sueño y descanso nocturno de pacientes ingresados/as.

**Actuaciones:**

- Revisión bibliográfica sobre factores que perjudican y facilitan el descanso nocturno en pacientes hospitalizados.
- Organización de sesión clínica con los contenidos anteriores a desarrollar en cada UGC.
- Participación en el proyecto sueñOn:
  - Hospital silencioso por la noche.
  - Organización del trabajo nocturno para disminuir ruidos.
  - Linternas para evitar encender luces, siempre que esto sea posible.
  - Realizar los ingresos nocturnos de forma silenciosa.
  - Revisión de protocolos de cuidados nocturnos.

**Indicadores:**

- Medición directa de la calidad del sueño/ descanso mediante cuestionarios realizados ad hoc que se realizan 4 veces al año y se facilitarán mediante las pantallas táctiles disponibles en las áreas de hospitalización.
- nº reclamaciones por alteraciones en el descanso/sueño / nº total de reclamaciones \*100

### 3. Personalización de la asistencia

La personalización del cuidado no debe entenderse meramente como un simple sistema utilizado por profesionales sanitarios para organizar y proveer de cuidados a las personas hospitalizadas, para lo cual la elaboración de un plan funcional sería suficiente. En cambio, esta personalización debe comprenderse como una estructura organizativa que permita la expresión de un cuidado humanizado, cuyo éxito se está basando en el cambio de cultura profesional.

La personalización de cuidados es una de las expectativas que aparece con mayor frecuencia en los estudios de satisfacción que se realizan en la población atendida en los sistemas sanitarios actuales.

**Objetivo:** asignar profesionales sanitarios de referencia responsables del cuidado del paciente que evaluarán sus necesidades, planificarán y dirigirán los cuidados, supervisarán y evaluarán resultados, asegurando la continuidad asistencial.

#### **Actuaciones:**

- La Secretaría de Calidad solicitará información a los responsables de las UGC sobre la documentación elaborada en relación a la personalización de la asistencia.
- Aunar la información obtenida.
- Elaborar Plan de Personalización genérico que pueda servir como modelo unificando criterios y normalizando el procedimiento.
- Grupo de trabajo integrado por vocales de la Comisión de Humanización.
- Adaptar el plan de personalización de las UGC al Plan Genérico.

#### **Indicadores:**

- Disponibilidad del plan de personalización.
- Índice de personalización por UGC.

### 4. Incluir al paciente y su familia en la elaboración del plan terapéutico

En la práctica clínica, pacientes y profesionales sanitarios se enfrentan continuamente a situaciones en las que deben tomar decisiones con diferentes grados de incertidumbre, ya sea en relación con procesos diagnósticos o terapéuticos. La toma de decisiones compartida (TDC) es un estilo de relación entre el profesional sanitario y el paciente que se puede aplicar a todo tipo de interacción o de consulta, ya que siempre existen diferentes opciones, incluso la opción de no hacer nada. La participación del paciente en la toma de decisiones (PPTD) precisa un cambio en la forma tradicional de la atención sanitaria, pasando de un modelo paternalista a una

relación más colaborativa, donde la opinión del paciente (y sus familiares) comporta ceder parte del control de la consulta, un trabajo de negociación continuado, y si no atenemos a respetar las decisiones del paciente, un claro ejercicio que le permita ejercer su autonomía, lo que constituye un imperativo ético. La Ley 41/2002 de autonomía del paciente destaca «...el derecho del paciente a decidir libremente después de recibir la información adecuada entre las opciones clínicas disponibles», a la vez que señala «...la obligación del profesional a cumplir sus deberes de información respetando las decisiones de los pacientes adoptadas libre y voluntariamente por estos».

Actualmente se puede considerar que existen tres modelos de toma de decisiones (TD) que se diferencian por los distintos roles que profesional sanitario y paciente asumen en la selección final del tratamiento:

- Modelo paternalista: el profesional sanitario decide por el paciente y lo deja fuera del proceso de la toma de decisión
- Decisión informada: el profesional sanitario informa sobre todas las opciones posibles, pero no aconseja, correspondiendo al paciente la responsabilidad de decidir. El sanitario es un mero transmisor de información.
- Toma de decisiones compartida: las decisiones se adoptan de manera conjunta entre el profesional sanitario y el paciente

Los diferentes modelos no son compartimentos estancos, ni inalterables. El paciente puede necesitar pasar de un modelo a otro en función del momento.

**Objetivos:** Respetar las voluntades vitales anticipadas y los contenidos de la planificación anticipada de decisiones realizada por el paciente.

**Actuaciones:**

- El Hospital dispone de cuatro profesionales que prestan soporte a los usuarios ingresados para realizar su registro de voluntades vitales anticipadas, previa información del mismo y mantienen un punto fijo de registro ordinario de voluntades vitales anticipadas.
- Programa de sesiones informativas para el fomento de la consulta del registro de voluntades vitales anticipadas.
- En el caso en que el paciente haya expresado libremente sus preferencias respecto a la actuación médica con relación a su proceso clínico, estas preferencias serán respetadas, incluyendo la delimitación del marco terapéutico- diagnóstico por la limitación del esfuerzo terapéutico (incluyendo no intubación, no realización de medidas agresivas, etc.).
- Creación de grupos de trabajo para el abordaje de planes terapéuticos compartidos en situaciones especiales como parto, trasplantes...

**Indicador:**

- Nº pacientes con consulta de VVA en situación crítica y terminal/ nº total de pacientes en situación crítica y terminal.

## 5. Contenido de todos los ítems en la valoración de pacientes

La piedra angular del trabajo enfermero es la valoración de enfermería, ya que es el método idóneo para recoger información e identificar problemas y así poder realizar intervenciones enfermeras encaminadas a solucionar o minimizar dichos problemas. Esta valoración debe realizarse de forma completa e individualizada ya que cada usuario es una persona que va a interactuar con el ambiente de forma diferente. Debido a ello, la valoración debe ser continua y realizarse en todas y cada una de las fases del proceso enfermero, diagnosticando, planificando, interviniendo y evaluando, dependiendo de las situaciones en las que se encuentre el paciente. El objetivo principal de la valoración enfermera es captar en cada momento la situación de salud que están viviendo las personas así como su respuesta a la misma. En una buena valoración inicial, se detectarán los problemas de salud que se traducirán posteriormente en los diagnósticos enfermeros y en la planificación de cuidados personalizada.

**Objetivo:** Recoger en las valoraciones realizadas a los pacientes sus necesidades, expectativas, valores y creencias, que deberán ser tenidas en cuenta a la hora de la elaboración del plan terapéutico.

**Actuaciones:**

- Ante el desconocimiento de la situación de partida acerca de la cumplimentación de estos patrones, se decide solicitar a la responsable de la gestión del módulo de cuidados en el Hospital Universitario Virgen del Rocío, explotación del mismo para conocer el porcentaje de cumplimentación. Responsable: M<sup>ª</sup> José Estepa Osuna.
- En el caso de que el porcentaje de cumplimentación fuese bajo, se desarrollará documentación con los datos que sean necesarios aportar en estos apartados y se presentará a los referentes de cuidados de las UGC para su difusión en cascada.

**Indicadores:** auditoría sobre el nivel de cumplimentación.

Fórmula:  $\frac{\text{nº valoraciones enfermería con registro de valores y creencias}}{\text{nº total valoraciones}} \times 100$

## 6. Identificación de profesionales

La Ley de Salud de Andalucía (2/1998 de 15 de Junio) reconoce el derecho que tienen los ciudadanos a conocer el nombre de las personas que le atienden. Para hacer efectivo este derecho y de acuerdo al Estatuto Marco de personal estatutario de los servicios de salud, los profesionales están obligados a permanecer identificados en todo momento durante su jornada laboral portando la tarjeta personal identificativa. Esta tarjeta es facilitada, en el momento de la incorporación del profesional, por la Unidad de Atención al Profesional (UAP). En caso de pérdida o rotura es la UAP la responsable de la emisión de una nueva tarjeta.

Los profesionales del SAS deberán llevar las tarjetas identificativas prendidas del uniforme en un lugar fácilmente visible.

Asimismo, en todo momento durante el transcurso de la jornada laboral, deberán permanecer debidamente uniformados con el vestuario profesional correspondiente a su categoría profesional y lugar de adscripción.

**Objetivo:** Informar al paciente del nombre de los profesionales que le atienden en cada momento.

**Actuaciones:** En caso de detección de áreas de mejora, se desarrollarán actuaciones encaminadas a mejorar los resultados sobre identificación de profesionales.

**Indicador:** obtenido mediante auditoría.

$\text{n}^{\circ}$  de profesiones adecuadamente identificados/ $\text{n}^{\circ}$  total de profesionales auditados\*100.

## 7. Plan de acogida a pacientes y familiares

Tiene por objeto dar la bienvenida a pacientes que van a ingresar en el hospital. Somos conscientes de que el primer contacto con el entorno hospitalario es muy importante para facilitar la comunicación y desarrollar una relación de confianza con los profesionales. Debemos procurar que, desde el inicio, la persona hospitalizada perciba que existe un equipo humano altamente cualificado, que trabajará diariamente para que su estancia sea lo más confortable posible, informándole sobre su proceso y resolviendo sus dudas.

El Plan de Acogida se presentará en forma de Guía que contendrá toda la información básica y detallada que pudiera ser de utilidad tanto a pacientes como a familiares, relativa al funcionamiento del hospital, las normas, horarios, los diferentes servicios a su disposición, sus derechos y deberes como paciente, y también los aspectos organizativos necesarios para garantizar su intimidad, bienestar y confidencialidad, así como la disponibilidad de Encuestas de satisfacción al alta facilitadas a través de las pantallas individuales de las áreas de hospitalización. El personal que se encargue de



facilitar esta acogida deberá, en primer lugar, presentarse e identificarse, mostrando una actitud cordial y utilizando un lenguaje claro y conciso, con tono de voz empático y dirigiéndose al paciente por su nombre. Al entregar la Guía de Acogida, se ofrecerá a pacientes y acompañantes el cauce para realizar cualquier pregunta o aclaración.

La mayoría de las UGC han desarrollado Planes de Acogida para sus pacientes pero no existe un modelo que permita unificar y normalizar este procedimiento.

**Objetivo:** informar a pacientes de nuevo ingreso hospitalario de las normas básicas de funcionamiento del Hospital, así como de todos aquellos aspectos que pudieran serle de utilidad durante su estancia.

**Descripción:**

- Información general sobre visitas, alimentación, horarios de información clínica, etc.
- Información sobre existencia de otros servicios como Información y Atención a Pacientes, Trabajador/a Social, Asociaciones de Pacientes, Servicios Religiosos, etc.
- Proporcionar información sobre Derechos y Deberes de pacientes y familias.
- Facilitar asesoramiento en situaciones especiales: Alta voluntaria, Voluntades Anticipadas, etc.
- Dar a conocer los Servicios Generales del centro, cafetería, aparcamientos, sala de cultos, capellán, televisión, acceso a Internet, etc.
- Pautas de actuación en relación con el plan de Emergencias.

**Actuaciones:**

- La Secretaría de Calidad solicitará información a los responsables de las UGC.
- Aunar la información obtenida.
- Elaborar Plan de Acogida genérico que pueda servir como modelo unificando criterios y normalizando el procedimiento.
- Grupo de trabajo integrado por vocales de la Comisión de Humanización.

**Indicador:** Disponibilidad del Plan.

## 8. Protocolo de horarios de visita y acompañamiento

El hospital elaboró y revisó en el año 2014 su plan de visita responsable. Sin embargo, existen UGC que no participan del plan de visita general del Hospital. Se trata de áreas especialmente sensibles.

**Objetivo:** Elaborar un protocolo sobre el horario de visitas, adaptado a las necesidades de los pacientes y a las características de la unidad, que permita el acompañamiento

continuado por parte de sus familias/allegados, garantizando el descanso, tranquilidad e intimidad de los pacientes ingresados.

**Actuaciones:**

- La secretaría de calidad solicitará información a los responsables de humanización de las UGC sobre la aplicación de planes de visita diferentes al general de nuestro hospital.
- Aunar la información obtenida considerando UCIs, Urgencias, Unidad de Quemados, Box de Cardiología y Trasplantes, TAMO, custodias policiales...
- Elaborar Plan de Visita genérico que pueda servir como modelo unificando criterios y normalizando el procedimiento.
- Grupo de trabajo integrado por vocales de la Comisión de Humanización.

**Indicador:** Disponibilidad del Plan.

**9. Plan de comunicación presencial y telefónica a pacientes y personas que les cuidan sobre la evolución de la situación clínica y no clínica.**

La información en la atención sanitaria forma parte de la actividad profesional y representa un valor esencial en todo el proceso asistencial que la organización debe garantizar.

La atención sanitaria ha alcanzado avances importantes no solo en el ámbito científico, sino también en el de la relación del ciudadano con la compleja organización sanitaria. Estamos obligados a revisar la información que se facilita y las formas y canales a través de los cuales se comunican los contenidos necesarios, para un ejercicio pleno y satisfactorio del derecho a la protección de la salud, que consagra nuestra Constitución Española.

Existe acuerdo entre los profesionales de la salud en la necesaria superación de una medicina paternalista, con la práctica de una relación de ayuda, en donde el respeto a la dignidad de las personas conlleva indefectiblemente una información asistencial continuada, adecuada y sistemática que procura una posición central al ciudadano, como sujeto objetivo de la atención sanitaria.

La información no es una mera transmisión de contenidos, datos o indicaciones, constituye la esencia de la relación entre las personas y promueve un factor primordial de la atención sanitaria que es la relación de comunicación y ayuda con el paciente, a través de la cual se transmiten principios, valores, creencias y emociones, como escucha, empatía, generosidad, seguridad, calma, cercanía, confianza.

La información, asimismo, constituye el requisito indispensable para que el ciudadano adquiera más capacidad en el ámbito sanitario para la toma de decisiones compartida con el equipo sanitario e, indudablemente, como factor clave en su educación sanitaria.

La información para ser personalizada debe ser un factor sensible que diestramente transmita la confianza que dé al paciente y a sus familiares la seguridad de conocer que se encuentra entre profesionales rigurosos y humanos.

**Objetivo:** Implementar un plan de comunicación presencial y telefónica a pacientes y personas que les cuidan sobre la evolución de la situación clínica y no clínica.

**Actuaciones:**

- La secretaría de calidad solicitará información a los responsables de humanización de las UGC sobre sus planes de comunicación vigentes planteando la incorporación de información telefónica a aquellas unidades que no lo hayan considerado.
- Aunar la información obtenida del total de UGC.
- Elaborar Plan de Comunicación genérico que pueda servir como modelo unificando criterios y normalizando el procedimiento.
- Envío sistemático de información mediante mensajería SMS, con requerimiento de confirmación, como recordatorio de citas de consultas y pruebas diagnósticas en toda el área hospitalaria.
- Grupo de trabajo integrado por vocales de la Comisión de Humanización.

**Indicador:**

- Disponibilidad del Plan.
- Nº de citas a consulta y pruebas diagnosticas con recordatorio de SMS/ nº total de citas y pruebas diagnósticas \*100
- Nº de citas a consulta y pruebas diagnosticas con recordatorio de SMS con confirmación del paciente/ nº total de citas y pruebas diagnósticas con recordatorio de SMS \*100

### **10. Circuito diferenciado para personas vulnerables en Urgencias**

La atención sanitaria urgente ocupa un lugar destacado en el SSPA, tanto por el volumen de la demanda, como por la trascendencia social de esta actividad. Debido a dicha importancia social y sanitaria, la Comunidad Autónoma de Andalucía ha desarrollado y puesto en marcha importantes estrategias e iniciativas relacionadas con las urgencias y emergencias sanitarias, con el objetivo de responder a las necesidades y expectativas ciudadanas, así como de los profesionales del sistema. Durante las últimas décadas, el PAUE ha conseguido homogeneizar e implantar las líneas estratégicas marcadas por el SAS. Es conocido por los profesionales, por los ciudadanos y por la Consejería de Salud, que el SSPA dispone de SUH que aun prestando asistencia

sanitaria muy satisfactoria, precisan de la introducción de medidas para mejorar aspectos especialmente relacionados con los tiempos de atención, la alta concentración de pacientes en las salas de espera en algunos momentos y una mayor agilidad en el ingreso de los pacientes que lo precisen.

**Objetivo:** Establecer circuitos de atención prioritaria en los servicios de urgencias para la atención de pacientes en situación de especial fragilidad o riesgo.

**Actuaciones:**

- Desarrollo de protocolo de atención al paciente vulnerable en el área de Urgencias.

**Indicador:** Disponibilidad del protocolo.

**11. La unidad promueve que profesionales y población a la que atienden generen ideas creativas e innovación en la humanización de la asistencia sanitaria.**

Las Unidades de Gestión Clínica, realizan encuestas sistemáticas a todos los pacientes dados de alta. Tales encuestas son la base principal para obtener información sobre la satisfacción de los usuarios, siendo el procedimiento formal de primer orden. Además disponemos de buzones de sugerencias y quejas que quedan por escrito.

Las reclamaciones constituyen un instrumento fundamental para conocer las expectativas de los pacientes, al tiempo que constituyen una garantía de los derechos y deberes de los usuarios del Sistema Sanitario y sirven como indicador de la calidad percibida y del grado de satisfacción de los mismos.

También es frecuente la transmisión oral directa a los profesionales de la Unidad, de sugerencias y quejas sobre muy diferentes aspectos relacionados con las expectativas de los usuarios durante su hospitalización. Esta fuente informal de información es de enorme interés para incrementar y mejorar el conocimiento que la Unidad de Gestión Clínica puede alcanzar sobre la percepción que los usuarios reciben de la atención prestada, aportando ideas y áreas de mejora de elevado valor y debe ser tratada de forma estructurada de modo que permita su análisis sistemático por parte de los responsables de la Unidad por lo que se ha elaborado un registro de reclamaciones/sugerencias verbales.

Igualmente importante es conocer la opinión de los profesionales, principal activo de nuestro hospital. Su conocimiento del entorno y de los pacientes, los convierten en elementos claves para la generación de ideas innovadoras que ayuden a hacer más humana nuestra asistencia.

**Objetivo:** promover la participación de profesionales y ciudadanía en la generación de ideas creativas e innovadoras con la finalidad de humanizar la asistencia sanitaria.

**Actuaciones:**

- Solicitar información a los responsables de humanización de las UGC sobre encuestas de satisfacción y sugerencias de usuarios.
- Potenciar el uso de los buzones de sugerencias
- Difundir el poco conocido documento de sugerencias y quejas verbales.
- Incorporar en las Web de las UGC buzones de sugerencias para nuestros profesionales.
- Solicitar a los responsables de humanización de las UGC la distribución de cuestionario ad hoc sobre percepción de humanización y propuestas de los profesionales para mejorar el grado de humanización de la atención prestada en las UGC.

**Indicador:**

- Listado de las ideas innovadoras obtenidas por los medios previamente puestos con impacto sobre la humanización de pacientes y profesionales.

**12. Desarrollo de actividades formativas para mejorar las habilidades en comunicación afectiva y efectiva, gestión de conflictos, comunicación de malas noticias, acompañamiento en el duelo, empoderamiento de las personas.**

La formación recibida por los y las profesionales de la sanidad ha abundado en su aspecto científico y técnico, con una mínima o nula preparación humanística. Por esta razón se encuentran con frecuencia sin recursos para manejar las dificultades en la relación con pacientes, familiares, e incluso entre profesionales. Se hace necesario adquirir competencias “blandas” relacionadas con la inteligencia emocional y las habilidades de comunicación, tales como empatía, asertividad, seguridad, confianza, calidez en el trato, empoderamiento, transparencia, etc.

**Objetivo:**

- Formar a profesionales para impulsar y recordar la Humanización de los cuidados y de la atención.
- Cambiar la actitud de los y las profesionales hacia la atención integral de pacientes y sus familias, atención holística.
- Garantizar unos cuidados eficaces y de calidad partiendo de pilares básicos como la empatía, el respeto o la amabilidad.

**Actuaciones:**

- Reunión con responsable de formación

- Valoración de las actividades formativas a incorporar
- Formación en cascada para llegar al mayor número posible de profesionales a través de los responsables de humanización de las UGC.

**Indicador:**

El centro pondrá en marcha actividades formativas relacionadas con el desarrollo de competencias profesionales para mejorar la humanización de la asistencia sanitaria.

Fórmula: nº de profesionales de las UGC y atención ciudadana formados sobre las competencias contenidas en el plan de humanización/nº profesionales de las UGC y atención ciudadana \*100

Límites: 20%-10%.

### 13. Cumplimiento del Decreto 246/2005

**Objetivo:** Garantizar el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo.

**Actuaciones:**

- Solicitud de informe a la Subdirección Asistencial del Hospital Infantil o, en su defecto, a las UGC de Pediatría, Cuidados Críticos Pediátricos, Urgencias Pediátricas, UGC Neonatología y Bloque Quirúrgico Pediátrico.

**Indicador:** Disponibilidad de informe.

### 14. Espacios individuales para la realización de pruebas diagnósticas, consultas, comunicación de noticias, favorecer el duelo.

El derecho a la intimidad se encuentra recogido en la Constitución Española como un Derecho Fundamental en el artículo 18. Asimismo se recoge en todas las normativas sanitarias desde la Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril, hasta la Ley de Autonomía del Paciente 41/2002 de 14 de noviembre.

Las disposiciones legales antes mencionadas solo dan una idea de la importancia del derecho a la intimidad, especialmente en situaciones en las que las personas se encuentran frágiles y vulnerables.

No obstante en el ámbito sanitario, en ocasiones este derecho es ignorado por falta de una estructura adecuada, por descuido, o por excesiva familiaridad en el trato por parte de profesionales. Asimismo, se hace preciso salvaguardar la confidencialidad de toda la información relacionada con el proceso del o de la paciente y su estancia en las instituciones sanitarias.

Pero no solo se trata de un derecho innegable que debemos proteger, sino es una demanda de la sociedad, que cada vez exige mayores garantías en este sentido, las cuales no siempre se pueden satisfacer, dada la estructura de nuestros hospitales, dotados en su mayoría de habitaciones dobles, salas de observaciones abiertas, pasillos por donde transitan personas y camillas a la vez, etc.

**Objetivo:**

Evaluar nuestros recursos, espacios y estructuras, con el fin de establecer planes de mejora posibles para salvaguardar el derecho a la intimidad y confidencialidad de nuestros pacientes.

**Actuaciones:**

- Informe de valoración de espacios y estructuras con incorporación de áreas de mejora.

**Indicador:** Disponibilidad de informe.

## 15. Establecer dietas personalizadas

La cocina del Hospital Virgen del Rocío dispone de dietas personalizadas en la que pacientes adultos e infantiles pueden seleccionar su menú, de entre una carta que se les facilita. En este grupo se incluyen también las dietas pasteurizadas y para pacientes alérgicos e intolerantes, que se cuidan especialmente dado que estas personas pueden padecer un shock anafiláctico si entran en contacto con algún alérgeno.

Los usuarios podrán realizar la elección de los menús mediante las pantallas táctiles disponibles en las áreas de hospitalización.

**Indicador:** Informe de la Unidad de Alimentación del número de dietas personalizadas servidas.

## 16. Adecuación de la lencería para que preserve la intimidad del paciente y su comodidad...

Cuando se habla de dignidad de pacientes, con frecuencia se tratan temas importantes y trascendentes, pero a veces nos olvidamos de los detalles pequeños que son los que más se perciben y valoran.

Habitualmente las personas ingresadas en hospitales, llevan tres tipos de ropa:

- Pijama tradicional (pantalón y chaqueta)
- Camisón cerrado con botones por delante
- Camisón abierto por detrás y con cintas

Este último es el que más rechazan los y las pacientes dado que no es fácil cerrarlo bien y suele provocar quemedia espalda quede sin tapar, con las molestias que esto supone. Es cierto que este tipo de camisión es habitualmente utilizado en pacientes encamados/as, ya que facilita las exploraciones. Pero también es cierto se ha unificado y extendido su uso al resto de pacientes, incluso a los que tienen movilidad completa. Entendiendo que prevalece el derecho a la dignidad de la persona y el respeto a su intimidad, se propone la implantación paulatina de esta medida, a excepción exclusiva de pacientes encamados/as y mujeres gestantes durante el proceso de parto. Una vez que han pasado a Maternidad, se recomienda camión abotonado por delante que facilite la lactancia materna y el contacto piel con piel.

**Objetivo:** Evitar el uso de camiones abiertos por detrás para pacientes que no presenten problemas de movilidad, limitando su uso exclusivamente a pacientes encamados/as y a gestantes en proceso de parto adaptados a la talla que precise el usuario.

**Indicadores:**

- Incluir en las Encuestas de satisfacción una pregunta sobre disponibilidad de pijamas y/o camiones adecuados a cada tipo de paciente.
- Resultados de dichas encuestas a pacientes hospitalizados.

## 17. Difusión y uso de la guía de estilo del Servicio Andaluz de Salud

Las organizaciones, como las personas, tienen una manera peculiar de hacer las cosas, un modo de actuar que refleja su función, sus prioridades y su cultura propia. La misión del SAS, como principal proveedor de servicios sanitarios públicos en Andalucía, es la de prestar una asistencia sanitaria en la que la calidad científico-técnica, la continuidad asistencial y la atención centrada en la persona, contribuyan de manera efectiva a mejorar el cuidado de la salud de la población andaluza y a conseguir la equidad en el derecho fundamental a la protección de la salud.

Esta misión únicamente se puede alcanzar a través de la relación directa y personal que los profesionales establecen con los usuarios. Por eso las personas que trabajan en el SAS son su activo más importante. Es mediante la relación con los usuarios que el SAS debe mostrar los valores que ostenta como organización.

**Objetivo:** Marcar un estilo determinado en la relación profesional-usuario, un estilo coherente y compartido en toda la organización que refleje el nivel de calidad de los servicios sanitarios al tiempo que sea señal de la consideración y el respeto hacia las personas que usan sus servicios.



#### **Actuaciones:**

- Elaborar presentación para proceder a su difusión. Responsable: Rosa M<sup>a</sup> García Moreno, miembro de la Comisión de Humanización.
- Envío a los responsables de Humanización de las UGC para la realización de formación en cascada para llegar al mayor número posible de profesionales.

#### **Indicadores:**

- Fórmula:  $\frac{\text{n}^\circ \text{ de profesionales de las UGC a los que se ha presentado el Libro de Estilo del SAS}}{\text{n}^\circ \text{ profesionales de las UGC}} \times 100$
- Límites: 20%-10%.

### **18. Método madre/padre canguro en unidades de Neonatología.**

Según la OMS, el método madre canguro (MM) es la atención a los niños prematuros manteniéndolos en contacto piel a piel con su madre. Se trata de un método eficaz y fácil de aplicar que fomenta la salud y el bienestar tanto de los recién nacidos prematuros como de los nacidos a término. Sus principales características son:

- contacto piel a piel temprano, continuo y prolongado entre la madre y el bebé
- lactancia materna exclusiva (en el caso ideal)
- se inician en el hospital y pueden continuarse en el hogar
- los bebés pequeños pueden recibir el alta en un plazo breve
- las madres que se encuentran en su hogar precisan de apoyo y seguimiento adecuados
- se trata de un método amable y eficaz que evita el ajetreo que predomina por norma general en una sala de pediatría ocupada por bebés prematuros.

Las pruebas relativas a la eficacia y la seguridad del MMC se refieren únicamente a los recién nacidos prematuros sin problemas médicos, los denominados neonatos estables. La investigación y la experiencia demuestran que:

- el MMC equivale, cuando menos, a la atención convencional (en incubadora) en lo que respecta a la seguridad y la protección térmica, si ello se calcula a tenor de la mortalidad
- al facilitar la lactancia materna, el MMC ofrece ventajas considerables en casos de morbilidad grave
- el MMC contribuye a la humanización de la atención neonatal y a potenciar los vínculos afectivos entre la madre y el hijo en países de bajos y altos ingresos
- el MMC constituye un método moderno de atención en cualquier entorno, incluso en los lugares donde se dispone de costosas tecnologías y se tiene acceso a una atención adecuada
- el MMC nunca se ha evaluado en el entorno del hogar.

**Objetivo:** Potenciar la realización del Método Madre/Padre Canguro en la UGC de Neonatología.

**Actuaciones:**

- Revisión de protocolo
- Informe de situación
- Responsables: Gemma Matilde Calderón López y M<sup>ª</sup> José Rosas Fernández, miembros de la Comisión de Humanización.

**Indicador:** Disponibilidad de informe.

**19. Habitaciones individuales durante el ingreso hospitalario siempre que sea posible y específicamente en personas con necesidades especiales (personas con TEA, con demencias...) o situaciones de final de la vida.**

La disponibilidad de habitaciones individuales durante el ingreso hospitalario es imprescindible para garantizar la intimidad necesaria especialmente en caso de personas con necesidades especiales como personas con trastornos del espectro autista, demencias avanzadas, discapacidad psíquica, etc. Asimismo, es responsabilidad del sistema sanitario proveer de estas habitaciones individuales a pacientes en situaciones al final de la vida de manera que puedan recibir los cuidados adecuados en condiciones óptimas en esta etapa trascendental.

Actualmente se dispone en el centro de 213 habitaciones individuales, aunque en este mapa se incluyen habitaciones de una única cama destinada a procesos como trasplantes, presiones positivas o negativas, aislamiento respiratorio, etc., u otras situaciones de clínicas que requieren aislamiento de cualquier tipo. Se debe garantizar que en todas las UGC existen al menos una habitación individual para lo anteriormente expuesto.

**Objetivo:** Garantizar la existencia de habitaciones individuales en todas las UGC en las que se atiendan pacientes.

**Actuaciones:**

- Actualización del mapa de habitaciones individuales en las UGC del centro a partir de las 135 habitaciones de estas características identificadas.

**Indicador:** Disponibilidad del mapa de habitaciones individuales.

**20. Las UCI Pediátricas o de Neonatología dispondrán de un lactario**

La UCI de Neonatología dispone de un lactario. Asimismo el área de neonatología ha integrado un Banco de Donación de Leche Materna que se dedica fundamentalmente a los grandes prematuros, los bebés que nacen por debajo de la 32 semana de gestación o que pesan menos de 1,5 kilogramos. Otro grupo de pacientes que se beneficia de la leche donada son los recién nacidos que han precisado cirugía abdominal así como los pacientes con cardiopatías congénitas graves en el período más crítico de su evolución. Se ha habilitado también un hotel de madres en el Hospital de la Mujer para mujeres lactantes con dificultades económicas cuyos hijos han de permanecer ingresados en la Unidad de Neonatología.

La zona de consultas del Hospital Infantil dispone de una zona de amamantamiento.

**Objetivo:** Facilitar y promover la lactancia materna en el Hospital Universitario Virgen del Rocío.

**Actuaciones:** Realización de informe.

**Responsables:** Gemma Matilde Calderón López, M<sup>a</sup> José Rosas Fernández y M<sup>a</sup> Teresa Charlo Molina, miembros de la Comisión de Humanización.

**Indicador:** Disponibilidad de informe sobre espacios de amamantamiento y banco de donación de leche.

## 21. Espacios y actividades de ocio para menores

Se trata de introducir acciones destinadas a un colectivo de pacientes que acuden a nuestros centros, especialmente frágiles como son los niños y las niñas en el contexto hospitalario.

Es conocido que un ambiente agradable y estimulante tiene un impacto altamente positivo en pacientes, especialmente de Pediatría, en cuyo caso los beneficios son más destacables, al transformar un ambiente frío e impersonal en un espacio acogedor y lleno de colores, aumentando la tolerancia a la realización de exploraciones, pruebas y hospitalización.

Con el fin de crear un proyecto con unos sólidos cimientos, la presidenta de la fundación El Gancho y la Directora Gerente del Hospital Universitario Virgen del Rocío, firmaron el pasado día 10 de Abril un convenio de colaboración para los próximos cinco años donde se marcan los objetivos para la constitución de LA AZOTEA AZUL y su mantenimiento en los próximos años.

En el Hospital disponemos de otros espacios de ocio y de un programa de actividades de ocio.

**Objetivos:**

- Crear un ambiente más cercano, más agradable para la población infantil durante su estancia en el Hospital.
- Disminuir el nivel de miedo, ansiedad y alteración que pueda sentir el niño o la niña durante su ingreso hospitalario.
- Que el ambiente recuerde otros escenarios diferentes al lugar en que se encuentra.

**Actuaciones:**

- Realización de informe

**Responsables:**

Mercedes Gayán Guardiola. Trabajadora Social. Hospital Infantil.

Psicóloga colaboradora.

**Indicador:** Disponibilidad de informe sobre espacios y actividades de ocio para menores.





Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE SALUD**

