



UN EJEMPLO DE RESPONSABILIDAD SOCIAL EN EL PROCESO PREQUIRÚRGICO PEDIÁTRICO: LUCAS Y EL HILO MÁGICO

An example of social responsibility in the pediatric pre-surgical process: lucas and the magic thread

Paloma Rubio Pascual¹: Universidad Complutense de Madrid. España.
prubio@salud.madrid.cu

Ana María Díaz-Oliver Fernández-Hijicos: Universidad Complutense de Madrid. España.
anamaria.diazoliver@salud.madrid.org

Purificación Sierra García: Universidad Nacional de Educación a Distancia. España.
psierra@psi.uned.es

María Teresa García Nieto: Universidad Complutense de Madrid. España.
xyz@ccinf.ucm.es

Raquel Vinagre Gaspar: Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. España.
raquel.vinagre@salud.madrid.org

Cómo referenciar el artículo

Rubio Pascual, P., Díaz-Oliver Fernández-Hijicos, A. M., Sierra García, P., García Nieto, M. T. y Vinagre Gaspar, R. (2023). Un ejemplo de responsabilidad social en el proceso prequirúrgico pediátrico: Lucas y el hilo mágico. *Revista de Comunicación y Salud*, 13, 38-56.
<https://doi.org/10.35669/rcys.2023.13.e316>

Resumen

Todo proceso quirúrgico hospitalario genera ansiedad en el paciente. Especialmente si se trata de pacientes pediátricos. El caso que se presenta, fruto de un acuerdo entre el Hospital 12 de Octubre de Madrid, la Facultad de Psicología de la UNED, y los proyectos Innova-Docencia de la Universidad Complutense de Madrid, en colaboración con la Fundación Theodora y Medicina TV, muestra una experiencia de RSC en el citado Hospital, que pretende convertir la percepción de la situación traumática de una intervención quirúrgica en una vivencia positiva para las niñas, los niños y los adolescentes. Una experiencia en la cual la comunicación constituye la herramienta fundamental. Mediante la narración audiovisual de un cuento se transforma la percepción que el niño tiene del proceso quirúrgico. Gracias a la visualización de un vídeo en el

¹ **Nombre y Apellidos del autor de referencia:** Es profesora en la Facultad de Medicina de la UCM, y Jefa del Servicio de Anestesiología, Cuidados Críticos de Anestesia y Tratamiento del Dolor Pediátrico del Hospital 12 de Octubre, especialista en esta materia desde hace más de 25 años.

que unos payasos narran la historia de “Lucas y el hilo mágico”, y a la decoración de paredes y techos, enseres y puertas, en los pasillos y salas que dirigen al quirófano, se logra que el niño perciba todo el proceso como un viaje que realiza siempre acompañado por Lucas. Con todo ello se pretende disminuir la ansiedad del paciente pediátrico y de sus familiares, así como reducir la sensación de dolor del paciente. En definitiva, lograr que el proceso quirúrgico hospitalario sea percibido por el paciente pediátrico como una vivencia positiva.

Palabras clave:

Responsabilidad social, Atención centrada en el paciente, Hospitales, Cirugía pediátrica, Ansiedad, Dolor.

Abstract

Any hospital surgical process generates anxiety in the patient. Especially if they are pediatric patients. The case presented is the result of an agreement between the Hospital 12 de Octubre from Madrid, the Faculty of Psychology of the UNED, and an Innova-Docencia project of the Complutense University of Madrid, in collaboration with Theodora Foundation and Medicina TV. It shows a CSR experience in the aforementioned Hospital, which aims to convert the perception of the traumatic situation of a surgical intervention into a positive experience for children and adolescents. An experience in which communication is the fundamental tool. The audiovisual narration of a story transforms the child's perception of the surgical process. Thanks to the viewing of a video in which some clowns narrate the story of "Lucas and the magic thread", and to the decoration of walls and ceilings, furniture and doors, in the corridors and rooms leading to the operating room, the child is able to perceive the whole process as a journey that he always makes accompanied by Lucas. All this is intended to reduce the anxiety of the pediatric patient and his family, as well as to reduce the pain sensation the patient feels. In short, achieve that the hospital surgical process is perceived by the pediatric patient as a positive experience.

Keywords:

Social responsibility, Patient-centered care, Hospitals, Pediatric surgery, Anxiety, Pain.

1. INTRODUCCIÓN

Es preciso recordar que:

Sólo es posible pensar la humanización de la atención sanitaria en el marco epistemológico de la excelencia de las relaciones con los públicos, y siempre enmarcada en la ineludible atención centrada en el paciente. La humanización constituye un principio básico e imprescindible del quehacer hospitalario y representa un valor propio de los preceptos más elementales de la responsabilidad social sanitaria. La humanización es clave en la relación con las personas que se sienten inseguras por cuestiones de salud. (Lamouret y García-Nieto, 2020, p. 191)

Cualquier operación quirúrgica es una situación traumática. Más si se tiene en cuenta que la intervención suele producirse tras un proceso previo de pérdida de bienestar físico y psicológico, que, a su vez, incrementa el riesgo de vulnerabilidad psicológica, mucho más si se trata de niñas y niños o adolescentes.

El proceso quirúrgico suele recordarse como una experiencia negativa que deja huella en nuestro hemisferio derecho, en concreto en el sistema límbico donde se encuentran todos los traumas y abandonos, especialmente en épocas tempranas. Desde la neuropsicología, algunos autores coinciden en afirmar que es en la amígdala donde se encuentran los recuerdos de intenso contenido emocional. Y es en la amígdala donde se consolidan, en lugar de en el hipocampo (lóbulo temporal) y la corteza frontal (Echeburúa y Amor, 2019).

Además, la ansiedad preoperatoria, un estado emocional poco recomendable, surge cuando el paciente es consciente de que va a ser sometido a un procedimiento anestésico-quirúrgico. La incertidumbre ante una situación desconocida provoca que la intervención sea percibida como una amenaza o un posible riesgo. Esta circunstancia se agudiza en los pacientes pediátricos, especialmente vulnerables a sufrir altos niveles de ansiedad preoperatoria debido a sus peculiaridades fisiológicas, psicológicas, y diferentes niveles de desarrollo cognitivo según la edad.

Las principales causas desencadenantes de la ansiedad se concretan en:

- Falta de comprensión de la situación.
- Miedo a la separación paterna.
- Miedo a sufrir dolor.
- Miedo a perder el control.
- Miedo a un entorno extraño.

La evidencia científica actual muestra una clara asociación entre altos niveles de ansiedad preoperatoria y mayor postoperatorio, más altas necesidades analgésicas y menor grado de cooperación en el postoperatorio (Jia Shermin *et al.*, 2012). Además, en la edad infantil una alta ansiedad preoperatoria se asocia a una mayor incidencia de delirio al despertar, así como a alteraciones en el sueño, cambios en patrones de conducta establecidos, y retrocesos en el desarrollo. Y estos cambios pueden mantenerse después de semanas o meses de la cirugía (Fortier y Kain, 2015).

Un análisis ajustado del impacto psicológico perioperatorio durante la etapa infantil requiere tener en consideración a los progenitores. En primer lugar, porque constituyen el contexto humano de referencia y seguridad emocional de los hijos. Especialmente cuanto menor sea la edad del paciente pediátrico. Las madres y los padres tienen un papel esencial como agentes promotores del bienestar de sus hijos y como amortiguadores de su malestar psicológico en las etapas perioperatorias.

En segundo lugar, porque la pérdida de bienestar de los hijos y, en concreto, la enfermedad y la intervención quirúrgica, también impacta en los padres. El afrontamiento adecuado de este malestar paterno y materno es una de las claves de su capacidad para amortiguar la vivencia de vulnerabilidad del niño, su miedo y su estrés. No hay que olvidar que el miedo de los mayores puede ser transferido, de forma explícita o implícita, a sus hijos potenciando su sentimiento de angustia.

Estos avances en el conocimiento contribuyen a tomar conciencia de la necesidad de propiciar el bienestar psicológico de las niñas y los niños y de sus madres y padres durante todo el proceso perioperatorio. Así, junto a la administración habitual de fármacos ansiolíticos en el preoperatorio inmediato, se han utilizado diferentes estrategias no farmacológicas de control de la ansiedad con

resultados muy diversos. Sin embargo, ninguna medida parece tener un efecto relevante sobre las demás cuando se aplica de manera aislada, y sólo resultan eficaces en determinadas etapas del proceso quirúrgico (ingreso, inducción anestésica...) (Leroy *et al.*, 2016).

Las medidas no farmacológicas más utilizadas son: la presencia de un familiar, usualmente la madre y/o el padre; la presencia de payasos; el uso de videojuegos; la baja estimulación sensorial; y el uso de la realidad virtual.

Por tanto, para conseguir una mejora efectiva en la experiencia del proceso quirúrgico en el paciente pediátrico y sus familiares, las estrategias no farmacológicas deben utilizarse de forma continua, complementaria y global (Manyande *et al.*, 2015; Kain, *et al.*, 1998), siguiendo los siguientes criterios:

- Mantener la continuidad en su utilización a lo largo de todo el proceso quirúrgico, desde el ingreso hasta el alta.
- Utilizar diferentes estrategias que se adecúen a cada una de las etapas del proceso quirúrgico.
- Utilizar diferentes estrategias según el desarrollo cognitivo de la niña o del niño.
- Asegurar los cuidados centrados en la familia, dotando a los progenitores de herramientas que permitan su colaboración en el control de su propia ansiedad y la de su hijo.
- Dotar al personal sanitario de los conocimientos y estrategias que les permitan intervenir sobre la ansiedad del niño, tanto directamente, como con la colaboración de los padres.

Se trata, en definitiva, de centrar la atención en el paciente,

una determinada forma de relación entre el personal sanitario y los pacientes, más sensible a sus necesidades, sus preferencias y valores, a la hora de tomar decisiones, prescribir y aplicar cuidados y tratamientos. La atención centrada en el paciente sólo puede concebirse desde una perspectiva biopsicosocial, superando los esquemas exclusivamente biomédicos, y asentada en un vínculo de confianza entre paciente y médico. (King & Hope, 2013; Stewart, 1995, 2001; Greene *et al.*, 2012; Lamouret y García-Nieto, 2020, p. 191)

Dadas las evidencias científicas, y teniendo en cuenta que la cultura de responsabilidad social corporativa está en el ADN del hospital 12 de Octubre de Madrid, se justifica la realización de un proyecto que tiene el objetivo general de mejorar la atención psicológica y la experiencia en el proceso de intervención perioperatorio pediátrico, desde una perspectiva sistémica y ecológica, desde el punto de vista psicológico. Se trata de una estrategia integral en la que participan múltiples agentes y se interviene desde diversos enfoques. Siempre con la atención centrada en las personas, las niñas, los niños y los adolescentes, los progenitores o mayores responsables, y los profesionales. Todo ello con una herramienta imprescindible: la comunicación.

2. OBJETIVOS. UN PROCESO DE CAMBIO VIVENCIAL EN UNA ZONA QUIRÚRGICA PEDIÁTRICA

El Hospital Universitario 12 de Octubre destaca por su compromiso con la sociedad, especialmente con su población de referencia. Su grado de implicación va más allá de la propia actividad sanitaria. Este compromiso implica, entre otras, una preocupación sincera por la vivencia del paciente pediátrico ante una intervención quirúrgica, lo que nos lleva a reconocer la importancia del entorno en la mejora de la experiencia emocional preoperatoria y post operatoria

de las niñas, los niños y adolescentes. Una mejora que se traduce, por un lado, en el aumento del bienestar psicológico, el descenso de ansiedad y la evitación del delirio postoperatorio del niño. Y, por otro, en el bienestar y mejor afrontamiento por parte de los familiares de la experiencia quirúrgica de sus hijos. Todo ello redundará en mejores y más eficaces estrategias de acompañamiento durante todo el proceso hospitalario quirúrgico, con la atención centrada en el bienestar de los pacientes pediátricos, sus familiares, y los profesionales.

En este contexto, dos son las líneas de mejora de la calidad de atención al paciente que orientan nuestra propuesta:

a.- La implantación de un Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 (Dirección General de Humanización y Atención al Paciente, 2016), impulsado por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, cuyo objetivo general es hacer más cercana la atención al paciente y evitar la percepción fría que en ocasiones tienen los usuarios de los profesionales médicos.

b.- Ser un hospital socialmente responsable que responde a una estrategia de compromiso con la sociedad. Un hospital que tiene entre sus objetivos fomentar el liderazgo y el compromiso de responsabilidad social con la población de referencia y con la sociedad.

Con estas bases, nos planteamos el diseño del plan de trabajo y durante el primer trimestre del 2019, en la zona de cirugía pediátrica, se comienzan a perfilar las líneas de intervención en relación con todo el proceso quirúrgico pediátrico. Se analizó y se organizó el proceso en etapas, como unidades de análisis e intervención, reconociendo la importancia de cada una de ellas. Y, desde una perspectiva holística y sistémica, las estrategias e intervenciones se integraron como parte de un proceso más global, relacionando cada una de las etapas con las anteriores y las consecutivas.

En 2019 este proyecto fue aprobado por a la Dirección-Gerencia del Hospital Universitario 12 de Octubre, aunque su implementación quedó postergada debido a la pandemia de la Covid-19.

En el presente artículo se describe la primera parte del proyecto, que consiste en el diseño, planificación y ejecución de su fase inicial, con diferentes intervenciones dirigidas a disminuir la ansiedad en los pacientes infantiles y adolescentes, y de sus familiares, en el proceso quirúrgico pediátrico del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

El Objetivo principal del proyecto es contribuir a incrementar la humanización en el proceso quirúrgico pediátrico, disminuyendo la vivencia de ansiedad del paciente pediátrico y de sus familiares. Para alcanzar estos objetivos se proponen medidas concretas, entre las que destacan, la transformación del espacio pediátrico quirúrgico, la incorporación de un programa de acompañamiento con payasos, y una serie de intervenciones con los profesionales.

Objetivo general:

Disminuir el impacto emocional que provoca una intervención quirúrgica en pacientes pediátricos en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. Transformar la experiencia vivida.

Objetivos específicos:

- a) Disminuir la ansiedad del paciente pediátrico y de sus familiares.

Un ejemplo de responsabilidad social en el proceso prequirúrgico pediátrico. Lucas y el hilo mágico

- b) Conseguir que la atención del paciente pediátrico este centrada en una historia narrada a modo de cuento.
- c) Vivenciar la experiencia de manera positiva.
- d) Reducir la sensación de dolor del paciente pediátrico.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

El proyecto se dirige, por un lado, al grupo de interés interno constituido por los profesionales del centro, tanto del hospital de día, de quirófano, como de hospitalización. Y, por otro lado, a los grupos de interés externos formados por los pacientes pediátricos y sus familiares. Así, el alcance y aplicación del proyecto implica a todos los profesionales involucrados en el proceso perioperatorio pediátrico.

El programa se aplicará a:

- Niñas, niños y adolescentes de cirugía programada de mañana y tarde sin ingreso.
- Niñas, niños y adolescentes ingresados en plantas de hospitalización.

Quedarían excluidos en este proyecto, dadas las particulares condiciones de estos servicios, las cirugías urgentes y los pacientes ingresados en Unidades de Críticos y Neonatos.

Para llevarlo a cabo se constituye un grupo de profesionales implicados en la realización del proyecto: Jefa de Servicio de Anestesia Pediátrica, Jefe de Servicio de Cirugía Pediátrica, Jefe de Servicio de Pediatría, Subdirector del área materno-infantil, Subdirectora de Enfermería del bloque quirúrgico, supervisora de hospitalización y del área quirúrgica y Jefe de Servicio de responsabilidad social corporativa. En definitiva, las direcciones implicadas son: Dirección de Planificación, Médica, Enfermería y de Gestión.

Se crean alianzas con dos entidades no lucrativas que colaboran con el Servicio de RSC del Hospital, en concreto con la Fundación Theodora y Medicina Televisiva. Se conciertan varias reuniones para establecer los canales de colaboración. Los representantes de la Fundación Theodora proponen un cuento titulado “Lucas y el hilo mágico”, cuyo desarrollo se podrá implementar como herramienta de entretenimiento durante el proceso prequirúrgico. Medicina Televisiva, por su parte, realizará un vídeo en el que dos payasos de la Fundación Theodora relatan el cuento.

Figura 1. *Payasos de Theodora narrando el cuento “Lucas y el hilo mágico”*



Fuente: *Medicina Televisiva*.

Los espacios del circuito prequirúrgico transformados en escenario para la representación del cuento, y la propia narración de la historia, acompañarán al paciente pediátrico en su recorrido. Siempre cumpliendo con los protocolos de seguridad del paciente durante todo el proceso.

Pero, la puesta en escena del cuento no concluye a las puertas del quirófano, continúa incluso en la zona quirúrgica, con unos vinilos ilustrativos visibles en todo momento para el paciente, y desde la entrada al área, hasta la Unidad de Recuperación Post-anestésica (URPA).

Figura 2. *Presentación de “Lucas y el Hilo Mágico”*



Fuente: *Elaboración propia*.

Para ello:

- Se utiliza la historia de “Lucas y el hilo mágico” como elemento unificador en el desarrollo de herramientas de distracción adaptadas al paciente pediátrico: videos, cuentos, coches eléctricos, decoración de paredes, música personalizada, medallas.
- Se instaura el “Programa de Acompañamiento del Dr. Sonrisa” en colaboración con la Fundación Theodora.
- Se establece un sistema de información y formación a los familiares en la utilización de estas herramientas de distracción.
- Se favorece la presencia del familiar, generalmente del padre o la madre, durante la inducción anestésica.

Durante todo el proceso perioperatorio se controla la ansiedad del paciente pediátrico, y se analiza el impacto de las medidas introducidas en la mejora de su bienestar y el de su familia. De esta manera se podrán medir los efectos que las herramientas de distracción instauradas en cada una de las etapas del proceso quirúrgico produzcan en el paciente pediátrico:

- Hospital de día.
- Planta de hospitalización. Sistema de información del área quirúrgica tríptico nuevo.
- Traslados.
- Área de preanestesia.
- Unidad de Recuperación Post-anestésica (URPA).

Un ejemplo de responsabilidad social en el proceso prequirúrgico pediátrico. Lucas y el hilo mágico

Figura 3. Circuito del proceso de intervención del proyecto “Lucas y el hilo mágico”



Fuente: elaboración propia.

Para llevar a cabo el proyecto se requiere:

- La formación del personal sanitario en la utilización de herramientas de distracción con la niña, el niño y/o los familiares.
- La incorporación de voluntariado de la Fundación Theodora.
- La elaboración del listado de verificación quirúrgica.
- La valoración por parte de la Enfermería en el momento del ingreso.

Y se precisa el siguiente material de apoyo:

- Carteles informativos en las plantas y el área quirúrgica.
- Tarjetas informativas para los mayores acompañantes, las niñas y los niños.
- Cuentos impresos de Lucas y el hilo mágico.
- Vídeo del cuento para niños hasta 12 años.
- Vídeo informativo para adolescentes, mayores de 12 años.
- Decoración de las paredes del área quirúrgica.
- Coche eléctrico para el traslado en el área quirúrgica.
- Auriculares y reproductores de música en el quirófano.
- Medallas al valor en URPA.
- Red wifi.
- Escalas de dolor y ansiedad.

3.1. Descripción del proceso

3.1.1. Acogida del paciente programado

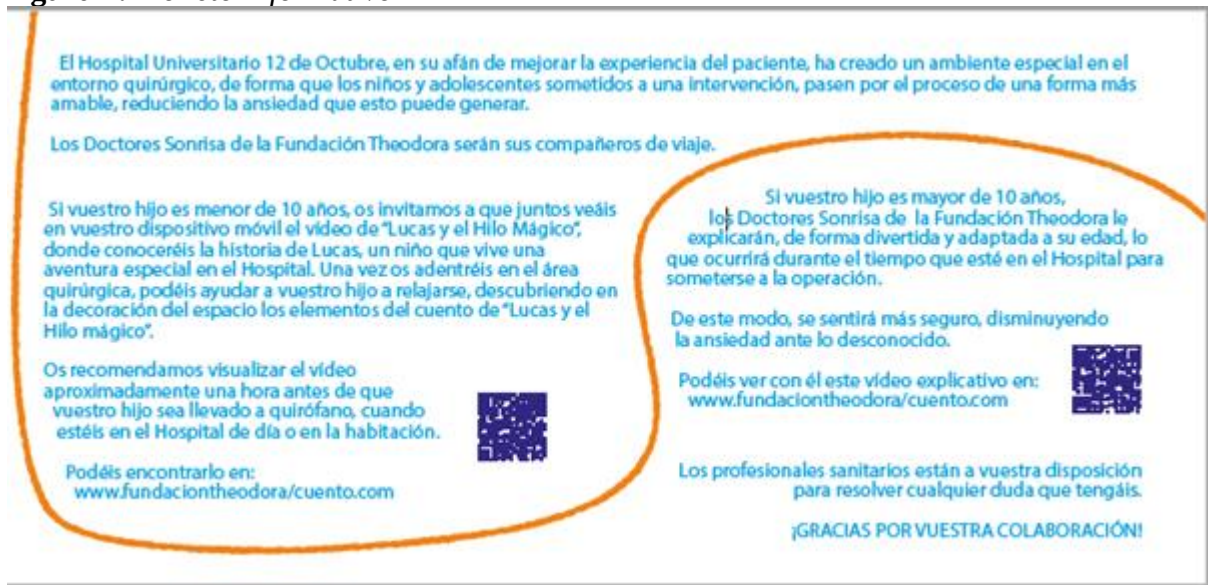
El día anterior a la intervención quirúrgica se hace un programa de acogida personalizado para el paciente pediátrico y sus padres, con ingreso programado.

Cuando una niña o un niño llegue al hospital, y se solicite su ingreso en Admisión, la persona responsable de este servicio avisará a los celadores, quienes lo notifican a la supervisora de tarde (horario habitual de admisión de estos pacientes). La supervisora reúne a las niñas y los niños recién llegados, y a sus familiares, en un aula, donde realiza una presentación de acogida. Comienza presentándose ella misma como responsable de la Unidad y, a continuación, les proporciona la información oportuna sobre el hospital, la planta en la que estarán ingresados y los servicios de los que dispone el hospital. Al final de esta presentación se dedica un tiempo para responder a las preguntas, y resolver todas las dudas, tanto de los niños como de los mayores. Después, la supervisora los acompaña y les presenta al personal de enfermería.

En esta acogida, se les entrega la hoja informativa sobre “Lucas y el hilo mágico”, se les anima a que descarguen el video en sus terminales móviles, gracias al código QR que contiene el tarjetón que se les ha entregado.

Se han realizado dos videos, uno para niñas y niños, y otro para adolescentes. Y se les anima a que lo vean antes de ir al quirófano.

Figura 4. Folleto Informativo



Fuente: Medicina Televisiva.

Figura 5. Portada del cuento “Lucas y el hilo mágico”



Fuente: Fundacion Theodora

3.1.2. En el memento del ingreso en la planta

Se procede a:

- La identificación del paciente y la colocación de su pulsera identificativa.
- La valoración por Enfermería
- El traslado y acompañamiento a la habitación
- La comprobación de posibles estudios pendientes (Analíticas, P. Cruzadas...) y tratamiento a realizar, previo a la intervención.

3.1.3. En el Hospital de Día

Se procede a:

- La recepción del paciente por la enfermera y la TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería).
- La identificación del paciente (comprobación de pulsera).
- La valoración de enfermería; toma de constantes, comprobación de procedimiento quirúrgico previsto; número de quirófano; la condición de estar en ayunas; y el control de las alergias.
- La información del proceso, entrega de tarjeta del cuento de Lucas y explicación de la descarga para ver el cuento.
- El paciente quirúrgico es acompañado por el celador y el familiar al área de preanestesia.

3.1.4. En el Bloque Quirúrgico

El celador de quirófano se ocupa del traslado del paciente al área quirúrgica desde el área de preanestesia. El celador llevará, además, el parte de programación quirúrgica para cotejar, junto a la enfermera de planta, la identificación correcta del paciente. Todo ello atendiendo a los Estándares y Recomendaciones del Ministerio de Sanidad (2009).

A la llegada al área administrativa del bloque quirúrgico pediátrico, el celador indica al familiar el lavado de manos y la colocación de calzas y bata. Y se le ofrecerá la solución hidroalcohólica al paciente para su higiene de manos. Al llegar al área quirúrgica, el paciente pediátrico y sus familiares pueden ver ya a Lucas, el protagonista del cuento, en la misma puerta de entrada.

Las puertas se abren automáticamente y el paciente pediátrico entra en una zona de espera con las imágenes del techo y de las paredes que representan la historia del video que acaba de ver.

Figura 6. *Entrada a la zona quirúrgica*



Fuente: *Elaboración propia.*

a. En la Sala de Preanestesia

Tras la recepción del paciente y su familiar por la enfermera y la técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), se procede a:

La valoración de enfermería según el protocolo. Identificación del paciente (comprobación de pulsera), comprobación de procedimiento quirúrgico previsto y número de quirófano. Comprobación de la condición del paciente de estar en ayunas. Comprobación de posibles alergias. Aislamiento. Comprobación de sangre cruzada si procede. Comprobación accesos vasculares. Premedicación farmacológica, según la indicación del anestesiólogo. Colocación de gorro y retirada de pijama, si procede. Todo ello, proporcionando al niño el apoyo emocional que necesita, incidiendo en el programa de Lucas y el hilo mágico, entre otras posibles herramientas.

Después, será precisa la participación del paciente y del familiar, junto con el equipo quirúrgico, en la fase 1 de la lista de verificación. La enfermera de preanestesia avisará al equipo quirúrgico. En este espacio el paciente pediátrico puede jugar con diferentes entretenimientos con el fin de que se distraiga, por ejemplo, buscando un fonendo en la decoración o practicando algunos juegos de sopa de letras.

Figura 7. Área pre-quirúrgica pediátrica



Fuente: *Elaboración propia.*

En el caso de que el anestesiólogo así lo indique, el familiar podrá acompañar al paciente al quirófano, para lo que se le facilitará la vestimenta quirúrgica adecuada.

El celador, tras comprobar con la enfermera de preanestesia la identidad del paciente con una doble confirmación, y acompañado de la TCAE del área de preanestesia, trasladará al paciente al quirófano. Celador y TCAE, durante el trayecto, continuarán con el programa de distracción basado en la historia de “Lucas y el Hilo mágico”. Para ello se referirán al decorado del techo, con imágenes de diferentes instrumentos musicales (una señora violín en el techo), y el de las paredes, con la pintura de una ciudad que representa la villa Do, Re, Mi, Fa, Sol con instrumentos que cantan y bailan con él.

Figura 8. Lucas llegando al pueblo: villa Do, Re, Mi, Fa, Sol



Fuente: *Fundacion Theodora*

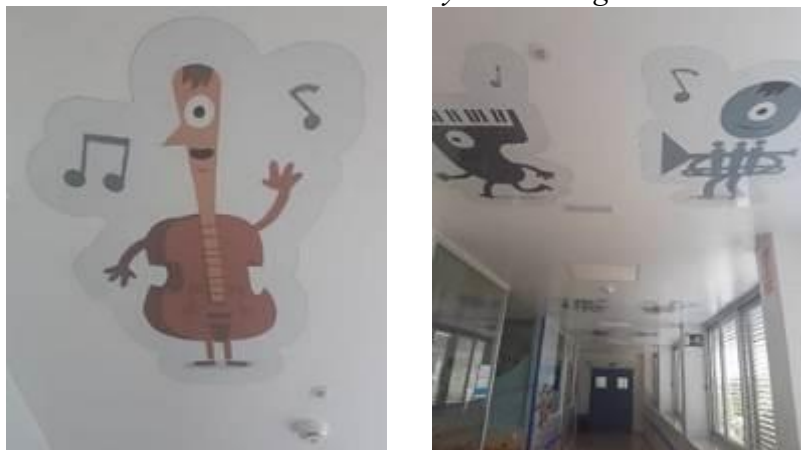
Figura 9. *El Doctor Sonrisa en la plaza de la villa, con la banda*



Fuente: *Fundación Theodora.*

En el techo el niño puede ver los mismos instrumentos que aparecían en el vídeo, cuando Lucas se encuentra al Doctor Sonrisa en la villa cantando con el acompañamiento del piano.

Figura 10. *Vinilos de los instrumentos de “Lucas y el hilo mágico”*



Fuente: *Elaboración propia.*

El anestesiólogo, junto con la enfermera, valorarán el posible traslado de los niños no pre medicados, en coche eléctrico desde la sala de preanestesia hasta el quirófano.

Figura 11. *Coche para trasladar a pacientes pediátricos al quirófano.*



Fuente: *Elaboración propia.*

b. En el quirófano

El celador, junto con el equipo, coloca al paciente a la mesa quirúrgica, donde estará en todo momento bajo el control directo de la enfermera circulante hasta que el niño se duerma.

Y, dependiendo del tipo de inducción al sueño, se facilitará al niño algún material para su distracción auditiva.

Una vez colocado el campo quirúrgico se procederá a la realización de la Fase 2 de la lista de verificación.

Al acabar la cirugía se realizará la fase 3 de la lista de verificación quirúrgica.

Cuando el anestesiólogo lo indique, la enfermera circulante avisará al celador para el traslado del paciente a la URPA o UVI-REA, según proceda. Si se dirige a la UVI-REA se avisará previamente a esta Unidad con la información clínica relevante. Y se indicará al celador el material necesario para dicho transporte. En este supuesto, el anestesiólogo, la enfermera de anestesia o la enfermera circulante, y el celador trasladarán al niño.

En el caso de que el paciente sea trasladado a la Unidad de Recuperación Post-anestésica, URPA, se indicará al celador la necesidad, o no, de material adicional para el traslado. El anestesiólogo junto al celador y enfermera circulante realizarán el traslado.

Paralelamente, los cirujanos responsables informarán a los familiares en la sala ubicada en la entrada al bloque quirúrgico.

c. Unidad de Recuperación Post-anestésica (URPA).

A la llegada del paciente, se procederá a monitorizar y a estabilizarle. La decoración de este espacio es muy calmada, tranquila con colores que transmitan serenidad, armonía y paz.

Figura 12. *Unidad de Recuperación Post-anestésica (URPA)*



Fuente: *elaboración propia.*

Se avisará, siguiendo protocolo establecido, a dos familiares para acompañar al paciente en todo momento.

Cuando el anestesiólogo firme el parte de alta se avisará al celador que junto con la TCAE realizará el traslado a la planta. A la salida de la URPA, los padres y el niño podrán ver al Doctor Sonrisa y a Lucas que se despiden de ellos.

Se le entregará al paciente la “medalla al valor” personalizada con su nombre. Y con ello se cierra el circuito y el proceso.

Figura 13. *Puerta de salida del URPA*



Fuente: *Elaboración propia.*

4. RESULTADOS

4.1. Acciones emprendidas

- Se ha producido una remodelación del espacio quirúrgico pediátrico adaptado a las actuales necesidades del grupo de interés interno, los profesionales de la zona quirúrgica, y también de los grupos de interés externos como los pacientes y familiares.
- Se ha transformado la zona quirúrgica, desde su entrada hasta el área de URPA, forrando las paredes, los techos y los pasillos con vinilos.
- Se ha adaptado el cuento de “Lucas y el hilo mágico” a las condiciones de la zona quirúrgica.
- Se han filmado dos videos del cuento, una versión es infantil y otra para adolescentes.
- Se ha asignado un espacio para estacionar los coches donados, para que puedan ser utilizados por los pacientes pediátricos.
- Se han entregado los tarjetones a los padres para que puedan descargarse, con el código QR, los videos correspondientes al cuento de Lucas y Hilo Mágico.
- Se ha informado e involucrado a todos los profesionales del proyecto, buscando un compromiso por parte de todos.

4.2. Seguimiento

- Se han diseñado monitores de control de la ansiedad y el dolor de los niños.
- Se han diseñado encuestas de satisfacción para aplicar a los grupos de interés interno y externo.
- A pesar de que, hasta la fecha, se ha monitorizado sólo a un reducido número de procesos quirúrgicos pediátricos, con todas las herramientas de distracción de la atención del paciente pediátrico y de sus familiares, ya se ha recogido información sobre su grado de satisfacción, con resultados muy positivos.

5. CONCLUSIONES

El propósito de este proyecto es conseguir que todos los pacientes pediátricos intervenidos en el Hospital Universitario 12 de Octubre vivan la experiencia quirúrgica de manera positiva. Un objetivo que responde a la política de responsabilidad social corporativa de compromiso con la sociedad, en concreto con los pacientes y familiares de este Hospital. Transformar las situaciones traumáticas de todos los pacientes pediátricos en vivencias positivas, constituye un verdadero hito para el Hospital como organización socialmente responsable.

6. REFERENCIAS

Dirección General de Humanización y Atención al Paciente. (2016). *Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019*. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Rubio Pascual, P., Díaz-Oliver Fernández-Hijicos, A. M., Sierra García, P., García Nieto, M. T. y Vinagre Gaspar, R.

Echeburúa, E. y Amor, P. J. (2019). Memoria traumática: estrategias de afrontamiento adaptativas e inadaptativas. *Terapia Psicológica*, 37(1), 71-80. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082019000100071>

Fortier, M. A. y Kain, Z. N. (2015). Treating perioperative anxiety and pain in children: a tailored and innovative approach. *Paediatric Anesthesia*, 25(1), 27-35. <https://dx.doi.org/10.1111/pan.12546>

Greene, S. M., Tuzzio, L. y Cherkin, D. (2012). A Framework for Making Patient Centered Care Front and Center. *The Permanent Journal*, 16(3), 49-53. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23012599/>

Jia Shermin, C. Y., Sally, C. W. y Hong-Gu, H. (2012). Anxiety and pain in children undergoing elective surgical procedures: a systematic review. *JBIM Library of Systematic Reviews*, 10(29), 1688-1737. <http://dx.doi.org/10.11124/01938924-201210290-00001>

Kain, Z. N., Mayes, L. C., Wang, M., Caramico, L. A. y Hofstadter, M. B. (1998). Parental presence during induction of anesthesia versus sedative premedication: which intervention is more effective? *Anesthesiology*, 89(5), 1147-56. <http://dx.doi.org/10.1097/00000542-199811000-00015>

King, A. y Hoppe, R. B. (2013). "Best practice" for patient-centered communication: a narrative review. *Journal of Graduate Medical Education*, 5(3), 385-93. <http://dx.doi.org/10.4300/JGME-D-13-00072.1>

Lamouret Colom., G. y García-Nieto, M. T. (2020). Comunicar la humanización de la atención hospitalaria. Un ejercicio de responsabilidad social en los hospitales de Madrid. *Doxa Comunicación*, 30, 187-210. <https://doi.org/10.31921/doxacom.n30a10>

Leroy, P. L., Costa, L. R., Emmanouil, D., van Beukering, A. y Franck, L. S. (2016). Beyond the drugs: nonpharmacologic strategies to optimize procedural care in children. *Current Opinion in Anesthesiology*, 29(1), 1-13. <http://dx.doi.org/10.1097/ACO.0000000000000312>

Manyande A., Cyna, A. M., Yip, P., Chooi, C. y Middleton, P. (2015). Non-pharmacological interventions for assisting the induction of anaesthesia in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 14(7). <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006447.pub3>

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Bloque Quirúrgico. Estándares y recomendaciones. Plan de Calidad. Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Política Social. NIPO LÍNEA: 840-09-050-5. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/BQ.pdf>

Stewart, M. (1995). Effective Physician-Patient Communication and Health Outcomes: A Review. *Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1423-1433. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7728691/>

Stewart, M. (2001). Towards a Global Definition of Patient Centred Care. *BMJ Clinical Research*, 322(7284), 444-445. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.322.7284.444>

7. Artículos relacionados

Barrientos-Báez, A., Caldevilla Domínguez, D., Cáceres Vizcaíno, A. y Sueia Val, E. G. (2020). Sector Turístico: Comunicación e Innovación sostenible. *Revista de Comunicación de la SEECI*, 53, 153-173. <https://doi.org/10.15198/seeci.2020.53.153-173>

Coll Rubio, P. y Micó, J. Ll. (2019). La planificación estratégica de la comunicación en la era digital. Los casos de estudio de Wallapop, Wetswing y Fotocasa. *Vivat Academia, Revista de Comunicación*, 147, 125-138. <http://doi.org/10.15178/va.2019.147.125-138>

CONTRIBUCIONES DE AUTORES, FINANCIACIÓN Y AGRADECIMIENTOS

Conceptualización: Díaz-Oliver, Ana María y Rubio Pascual, Paloma. **Metodología:** Rubio Pascual, Paloma y Sierra García, Purificación. **Software:** no procede. **Validación:** no procede. **Análisis formal:** no procede. **Investigación:** Rubio Pascual, Paloma, Sierra García, Purificación y Vinagre Gaspar, Raquel. **Recuerdos:** no procede. **Curación de datos:** no procede. **Redacción -preparación del borrador original:** García Nieto, María Teresa, Díaz-Oliver, Ana María, Rubio Pascual, Paloma y Vinagre Gaspar, Raquel. **Redacción-revisión y edición:** García Nieto, María Teresa. **Visualización:** Díaz-Oliver, Ana María y García Nieto, María Teresa. **Supervisión:** Rubio Pascual, Paloma, Díaz-Oliver, Ana María y García Nieto, María Teresa. **Administración de proyectos:** Díaz-Oliver, Ana María. **Todas las autoras han leído y aceptado la versión publicada del manuscrito.**

Financiación: Esta investigación no recibió financiación externa.

Agradecimientos: El proyecto de investigación “Afrontamiento del estrés peroperatorio pediátrico AFESPE” se realiza en colaboración de la UNED y la Fundación de Investigación biomédica y el Instituto de Investigación del Hospital 12 de Octubre de Madrid, y forma parte del Proyecto Innova Docencia UCM N° Ref. 189 (2021-2022), “Universidad y sociedad: Comunicación, integración y colaboración con empresas e instituciones públicas y organizaciones no lucrativas”. Además, hacemos constar nuestro agradecimiento a Medicina Televisiva y a la Fundación Theodora, sin cuya ayuda y colaboración no habría sido posible la ejecución de este proyecto.

AUTORAS

Paloma Rubio Pascual

Doctora en Medicina por la Universidad Autónoma de Madrid, es Jefa del Servicio de Anestesiología Pediátrica, Reanimación y Tratamiento del Dolor del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. Es especialista en esta materia en la atención al paciente pediátrico desde hace más de 25 años.

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0002-0768-8480>

Ana María Díaz-Oliver Fernández-Hijicos

Rubio Pascual, P., Díaz-Oliver Fernández-Hijicos, A. M., Sierra García, P., García Nieto, M. T. y Vinagre Gaspar, R.

Licenciada en Psicología por la Universidad Pontificia de Comillas, posee dos Máster en Recursos Humanos por ICADE y el I.E, y un Máster en Investigación ICADE. Cuenta con una experiencia de 14 años en Recursos Humanos en el sector privado de altas tecnologías (IBM, IECISA, INDRA) y 19 años en el sector sanitario público en Recursos Humanos, Atención al Paciente y Responsabilidad Social Corporativa, en el Hospital Costa del Sol, el Hospital de Poniente y el Hospital 12 de Octubre de Madrid. Ha sido distinguida con varios premios, ha participado en numerosos congresos internacionales y tiene varias publicaciones sobre el tema. Es presidenta de la Red Sanitaria de RSC.

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0003-2858-125X>

Google

Scholar:

https://scholar.google.es/citations?view_op=new_articles&hl=es&imq=Ana+Maria+D%C3%ADaz-Oliver#

Purificación Sierra García

Es Profesora Titular de Universidad en el Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), en la que, además, es Coordinadora del Servicio de Psicología Aplicada. Miembro de la Red Infancia. Sociedad Científica para el avance de la Psicología Clínica y la Salud Infanto Juvenil.

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0003-3774-2975>

María Teresa García Nieto

Profesora Titular de Universidad en el Departamento de Teorías y Análisis de la Comunicación de la UCM, ha sido Vicedecana de la Facultad de Ciencias de la Información de la Universidad Complutense de Madrid y Directora de la Licenciatura de Comunicación Audiovisual en el Centro de Estudios Superiores Felipe II de la misma universidad. Dirige diversos proyectos de investigación y de innovación educativa. Y compatibiliza sus tareas de docencia e investigación con trabajos de consultoría en comunicación. Es asesora de la Red Sanitaria de RSC.

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0002-6235-511X>

Google Scholar: https://scholar.google.es/citations?user=H_KabaoAAAAJ&hl=es

Raquel Vinagre Gaspar

Graduada en Enfermería por la Universidad Complutense de Madrid, es Máster Universitario en Investigación de Cuidados y Experta Universitaria en Gestión y Servicios de Enfermería por la misma Universidad, y Máster Universitario en Administración Sanitaria por la UNED. Es docente e investigadora en ámbito del manejo del paciente crítico y seguridad del paciente quirúrgico, vinculada a la UCM como Profesora Asociada en Ciencias de la Salud (2014-2021) y como Colaboradora Honorífica desde 2000. Actualmente es Subdirectora de Enfermería en el Hospital Universitario 12 de Octubre.

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0003-2562-9676>