

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



MAESTRÍA EN CIENCIAS

MENCIÓN: PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

TESIS

Efecto del Protocolo de Visitas Abiertas y Adecuación Ambiental en la Estancia Hospitalaria de los Pacientes de la Unidad de Cuidados Intermedios. Hospital Regional Docente de Cajamarca. Perú.

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

Presentada por:

BERTHA HAYDEÉ TORREL VILLANUEVA

Asesora:

DRA. SARA PALACIOS SÁNCHEZ

Cajamarca – Perú

2018

COPYRIGHT © 2018 BY

BERTHA HAYDEÉ TORREL VILLANUEVA

Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



MAESTRÍA EN CIENCIAS

MENCIÓN: PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

TESIS APROBADA:

Efecto del Protocolo de Visitas Abiertas y Adecuación Ambiental en la Estancia Hospitalaria de los Pacientes de la Unidad de Cuidados Intermedios. Hospital Regional Docente de Cajamarca. Perú.

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

Presentada por:
BERTHA HAYDEÉ TORREL VILLANUEVA

Comité Científico

Dra. Sara Palacios Sánchez
Asesora

Dra. Margarita Cerna Barba
Miembro de Comité Científico

Dra. Juana Ninatanta Ortiz
Miembro de Comité Científico

M.Cs. Patricia Cabrera Guerra
Miembro de Comité Científico

Cajamarca - Perú

2018



Universidad Nacional de Cajamarca

Escuela de Posgrado

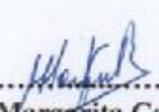
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

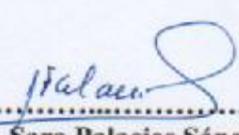
ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

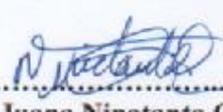
Siendo las *4 pm.* de la tarde del día 13 de agosto de Dos Mil Dieciocho, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. MARGARITA CERNA BARBA**, como Miembro del Jurado Evaluador, **Dra. SARA PALACIOS SÁNCHEZ** en calidad de Asesora, **Dra. JUANA NINATANTA ORTIZ, M.Cs. PATRICIA CABRERA GUERRA**, como integrantes del Jurado Evaluador. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno y el Reglamento de Tesis de Maestría de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis titulada **"EFECTO DEL PROTOCOLO DE VISITAS ABIERTAS Y ADECUACIÓN AMBIENTAL EN LA ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA. PERÚ."**, presentada por la **Bach. en Medicina BERTHA HAYDEÉ TORREL VILLANUEVA**, con la finalidad de optar el Grado Académico de **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD**.

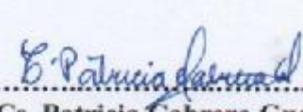
Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó *Aprébandola* con la calificación de *19 (diecinueve) sobresaliente* la mencionada Tesis; en tal virtud, la **Bach. en Medicina BERTHA HAYDEÉ TORREL VILLANUEVA**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que lo acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD**.

Siendo las *5:23* horas del mismo día, se dio por concluido el acto.


.....
Dra. Margarita Cerna Barba
Miembro de Jurado Evaluador


.....
Dra. Sara Palacios Sánchez
Asesora


.....
Dra. Juana Ninatanta Ortiz
Miembro de Jurado Evaluador


.....
M.Cs. Patricia Cabrera Guerra
Miembro de Jurado Evaluador

DEDICADO CON ETERNO AGRADECIMIENTO A MI SEÑOR JESÙS QUE GUÍA CADA DÍA DE MI VIDA, A MIS DOS PADRES OLGA Y MANUEL POR SU INMENSO CARIÑO A MIS DOS HERMANOS EDUARDO Y MARCO POR SU AMOR FRATERNAL Y APOYO, POR ESTAR EN LOS MOMENTOS BUENOS Y DIFÍCILES Y SU CONSTANTE IMPULSO A LA INVESTIGACIÓN EN LA BUSQUEDA DEL BIENESTAR DE LA HUMANIDAD.

A MIS QUERIDOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES QUE FUERON LA RAZÓN DE ESTE TRABAJO DE INVESTIGACION POR SU INMENSO CARIÑO Y PERMANENTE COLABORACIÓN, SU GRAN DISPOSICIÓN A PARTICIPAR EN CADA UNO DE LAS ESTRATEGÍAS , A MIS COMPAÑEROS DE TRABAJO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA QUE COLABORARON, A MI ASESORA DRA SARA PALACIOS POR SU INFATIGABLE APOYO INCONDICIONAL Y EXCELENTE GUÍA DURANTE SU EJECUCIÓN, A LA DRA MARGARITA CERNA POR SU PERMANENTE IMPULSO A QUE ESTE TRABAJO SEA SISTEMATIZADO Y PUBLICADO

AGRADESCO A LA UNIDAD DE
POSGRADO QUE ME DIO LAS
FACILIDADES PARA SU REVISIÓN,
PUBLICACIÓN Y SOCIALIZACION
DENTRO Y FUERA DE LA
INSTITUCIÓN.

AL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
DE CAJAMARCA MI CASA DE
TRABAJO, A MI UNIDAD DE
CUIDADOS INTERMEDIOS POR
PERMITIR EL DESARROLLO DEL
PRESENTE TRABAJO DE
INVESTIGACIÓN EN FAVOR DE
NUESTROS QUERIDOS PACIENTES.

ÍNDICE

	Pág.
Capítulo 1: el problema	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema	6
1.3 Objetivo	6
1.3.1 General	6
1.3.2 Especifico	7
1.3.3 Justificación	7
Capitulo 2: Marco Teórico	10
2.1 Antecedentes del problema	10
2.2 Bases teórica	14
2.3 Bases conceptuales	21
2.4 Hipótesis	24
2.5 Variables	24
Capitulo 3 : Marco metodológico	25
3.1 Tipo de estudio	25
3.2 Ambito de estudio	26
3.3 Población y muestra	26
3.4 Unidad de estudio	28
3.5 Unidad de observación	28
3.6 Metodos y técnicas	28
3.7 Aspectos éticos	31
Capítulo 4 : Resultados	32
4.1 Fase Antes	32

4.2 Experimento	43
Capítulo 5 : Discusión	59
Conclusiones	72
Recomendaciones	73
Referencias	75
Anexos	81
A.1.- Protocolo de visita abierta y adecuación ambiental	81
A.2.-Guía de evaluación sobre visita abierta y adecuación ambiental.	
Unidad de cuidados Intermedios .Hospital Regional Docente de Cajamarca.	118
A.3.- foto del cuaderno de informe a familiares	129
A.4.- Acta de aprobación por el comité de ética del Hospital Regional Docente de Cajamarca	130
A.5.-Consentimiento informado para participar en la investigación	131
A.6.-Resolución de aprobación del protocolo de visita abierta y adecuación Ambiental.	132
A.7.-Resolución Directoral de felicitación por la ejecución del protocolo de visita abierta y adecuación ambiental.	134
A.7.-Resolución Regional de Felicitación por la ejecución del Protocolo de visita abierta y adecuación ambiental.	135
A.8.-Fotos de premiación por primer puesto en el concurso de congreso Internacional de medicina intensiva	136

LISTA DE TABLAS

Tabla 01.-Diagnósticos registrados en las historias clínicas de pacientes internados en UCINT 2012.

Tabla 02.-Promedio de días de estancia hospitalaria y número de pacientes según diagnóstico por caso seleccionado para el estudio. Hospital Regional Docente de Cajamarca, Julio a Diciembre del 2012.

Tabla 03.-Condición de alta de los pacientes de UCINT, Hospital Regional Docente de Cajamarca, Julio a Diciembre del 2012.

Tabla 04.-Pacientes con traumatismo craneoencefálico severo según sexo y días de estancia hospitalización UCINT, Julio a Diciembre 2012

Tabla 05.-Pacientes con shock séptico punto de partida urinario según sexo y días de estancia hospitalaria en la UCINT del Hospital Regional Docente de Cajamarca, Julio a Diciembre del 2012

Tabla 06.-Pacientes con pre eclampsia con injuria renal según días de estancia hospitalaria en UCINT del Hospital Regional Docente de Cajamarca, Julio-diciembre 2012.

Tabla 07.-Pacientes con diagnóstico de E.C.V hemorrágico según sexo y días de estancia hospitalaria en la UCINT, Hospital Regional Docente de Cajamarca, Julio -Diciembre 2012.

Tabla 08.-Pacientes con diagnóstico de E.C.V isquémico según sexo y días de estancia hospitalaria en la UCINT, Hospital Regional Docente de Cajamarca, Julio a Diciembre 2012.

Tabla 09.-Paciente con síndrome de hellp según sexo y días de estancia hospitalaria en UCINT. Hospital Regional Docente de Cajamarca, Julio a Diciembre 2012.

Tabla 10.- Pacientes con neumonía intrahospitalaria complicada según sexo y días de estancia UCINT, Hospital Regional Docente de Cajamarca. Julio – Diembre 2012.

Tabla 11.-Pacientes con eclampsia según días de estancia hospitalaria UCINT, Hospital Regional Docente de Cajamarca. Julio-Diciembre 2012.

Tabla 12.-Pacientes con cetoacidosis según sexo y días de estancia hospitalaria UCINT, Hospital Regional Docente de Cajamarca. Julio-Diciembre 2012.

Tabla 13.-Promedio de días de estancia hospitalaria Enero-Junio del 2017

Tabla 14.-Pacientes con TEC severo según sexo y días estancia hospitalaria UCINT. Enero -Junio del 2017.

Tabla 15.-Pacientes con shock séptico punto de partida urinario según sexo y días de estancia hospitalaria en la UCINT del Hospital Regional Docente de Cajamarca, Enero-Junio del 2017

Tabla 16.-Pacientes con pre eclampsia con injuria renal según días de estancia hospitalaria en UCINT del Hospital Regional Docente de Cajamarca, Enero- Junio 2017.

Tabla 17.-Pacientes con diagnóstico de E.C.V hemorrágico según sexo y días de estancia hospitalaria en la UCINT, Hospital Regional Docente de Cajamarca, Enero - Junio 2017.

Tabla 18.-Pacientes con diagnóstico de E.C.V isquémico según sexo y días de estancia hospitalaria en la UCINT, Hospital Regional Docente de Cajamarca, Enero a Junio 2017.

Tabla 19.-Paciente con síndrome de hellp según sexo y días de estancia hospitalaria en UCINT. Hospital Regional Docente de Cajamarca, Enero a Junio 2017.

Tabla 20.- Pacientes con neumonía intrahospitalaria complicada según sexo y días de estancia UCINT, Hospital Regional Docente de Cajamarca. Enero – Junio 2017.

Tabla 21.-Pacientes con eclampsia según días de estancia hospitalaria UCINT, Hospital Regional Docente de Cajamarca. Enero-Junio 2017.

Tabla 22.-Pacientes con cetoacidosis según sexo y días de estancia hospitalaria UCINT, Hospital Regional Docente de Cajamarca. Enero-Junio 2017.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

UCINT: Unidad de Cuidados Intermedio.

HRDC: Hospital Regional Docente de Cajamarca.

E.C.V: Enfermedad Cerebro Vascular.

T.E.C: Traumatismo craneoencefálico.

S.I.S: Seguro Integral de Salud.

SOAT: Seguro obligatorio de accidentes de tránsito.

DIRESA: Dirección Regional de Salud Cajamarca.

LCDS: Pantalla de Cristal Líquido.

SID: síndrome de inmuno deficiencia.

RESUMEN

La presente investigación de diseño cuasi-experimental de tipo control histórico, tuvo como principal objetivo evaluar el efecto de la aplicación de un protocolo de visitas abiertas y adecuación ambiental, en la estancia hospitalaria de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Regional Docente de Cajamarca. El estudio se inicia con la observación de la estancia hospitalaria y condición de alta de 54 pacientes que fueron internados entre julio a diciembre del 2012, cuyos diagnósticos más frecuentes fueron: pacientes con traumatismo craneoencefálico severo, shock séptico urinario, pos cesareada por preeclampsia más injuria renal, Enfermedad cerebrovascular hemorrágica, Enfermedad cerebrovascular isquémica, pos cesareada por hellp, neumonía intrahospitalaria complicada, pos operada por eclampsia, cetoacidosis severa; en los que se reportó un promedio de 14 días de estancia hospitalaria y la condición de alta fue de compensados (30), recuperados (19) y fallecidos (10). El experimento consistió en la aplicación de un Protocolo que contiene dos componentes principales: la visita abierta y adecuación ambiental, a un número similar de pacientes que fueron ingresando a la Unidad de Cuidados Intermedios entre Enero a Junio del 2017, con los mismos diagnósticos del grupo de referencia, a quienes se monitoreó su evolución y se midió la estancia hospitalaria de cada paciente. **Resultados:** Con la ejecución de las intervenciones consideradas en cada componente del protocolo se obtuvo una reducción de días de estancia hospitalaria en pacientes con los diagnósticos seleccionados, de 14 a 5 días (pvalue= 0,0000) con una confiabilidad al 95%. En relación a la condición de alta de los pacientes, el 100% de estos egresaron en condición de recuperados. **Conclusiones:** Con la aplicación del protocolo de visita abierta y adecuación ambiental se logró reducir en 64% las estancias hospitalarias y la recuperación en el 100% de los pacientes del estudio.

SUMMARY:

The present investigation of quasi-experimental design of historical control type, had like main objective to evaluate the effect of the application of a protocol of open visits and environmental adjustment, in the hospital stay of the patients of the Unit of Intermediate Care of the Teaching Regional Hospital of Cajamarca. The study begins with the observation of the hospital stay and discharge condition of 54 patients who were hospitalized between July and December of 2012, whose most frequent diagnoses were: patients with severe head trauma, septic urinary shock, post-cesarean caused by preeclampsia plus injury renal, Hemorrhagic cerebrovascular disease, Ischemic cerebrovascular disease, after cesarean by help, complicated intrahospital pneumonia, after operated by eclampsia, severe ketoacidosis; in which an average of 14 days of hospital stay was reported and the condition of discharge was compensated (30), recovered (19) and deceased (10). The experiment consisted in the application of a Protocol that contains two main components: the open visit and environmental adjustment, to a similar number of patients who were admitted to the Intermediate Care Unit between January to June 2017, with the same diagnoses as the reference group, whose evolution was monitored and the hospital stay of each patient was measured. Results: With the execution of the interventions considered in each component of the protocol, a reduction of days of hospital stay was obtained in patients with the selected diagnoses, from 14 to 5 days (pvalue = 0.0000) with a reliability of 95%. In relation to the condition of discharge of the patients, 100% of these graduated in recovered condition. Conclusions: With the application of the protocol of open visit and environmental adaptation it was possible to reduce hospital stays by 64% and recovery in 100%. % of study patients.

INTRODUCCIÓN

En los últimos 50 años la demanda de pacientes en los servicios de salud se ha tornado en un problema álgido para los directivos del sector público y también del privado, debido a que hay una sobresaturación de los mismos. El problema es más grave en el caso de pacientes en estado crítico que requieren atención especializada en establecimientos de alta complejidad como emergencia y cuidados críticos, debido a que la oferta es muy limitada, principalmente porque el número de camas es pequeño y porque muchas veces la estancia de algunos pacientes es prolongada, superando los promedios estándar.

En relación al tema, hay otro aspecto fundamental que hasta la fecha se considera un dilema, lo relacionado con las condiciones ambientales que un servicio de salud tendría que ofertar a los pacientes y el acceso sin mucha restricción de la familia para visitar a su paciente; estrategias que ya han sido propuestas en otros escenarios latinoamericanos por las ventajas para lograr el restablecimiento del paciente en el menor tiempo posibles, así como la disminución de los costos que principalmente afecta al bolsillo del usuario externo, argumentos que fundamentan la gran importancia que tiene la generación de evidencia científica en cuanto a demostrar el efecto de ofertar un servicio con un ambiente armonioso y que implique a la familia en el cuidado de su paciente

En este sentido, Balik B et al (2011) y Pediatric HCAHPS (2012), afirman que los hospitales deberán entonces enfrentar el cambio de paradigma: reorientar hacia el paciente y su familia a los procesos que previamente estaban centrados en el equipo de salud. La medición sistemática de la experiencia del paciente y su familia permitirá evaluar cuán centrada en ellos es la atención médica recibida.(1,2)

Por lo tanto los resultados de la presente investigación pretenden ser una contribución a la mejora de los servicios de salud, como así se ha demostrado con los efectos logrado en los pacientes críticos hospitalizados en el la Unidad de Cuidados Intermedio Integrales del Hospital Regional Docente de Cajamarca

CAPITULO 1

EL PROBLEMA

1.1.-Planteamiento del problema:

La familia es un elemento esencial dentro del proceso de salud de todo individuo, por ello cuando una persona ingresa en un hospital, la participación de ésta debería continuar siendo activa para conseguir un cuidado integral y un entorno terapéutico óptimo. Por diferentes razones, esto no siempre se ha cumplido y a la familia se la ha mantenido alejada del paciente (3)

En las Unidades de Cuidados Intensivos, este problema ha sido más llamativo debido a la filosofía y estructura inicial de estas unidades, que limitaban la presencia de la familia y utilizaban un sistema de visitas muy restrictivo, basándose en la idea de que los familiares son un riesgo añadido al problema de la infección de los pacientes, les impiden el descanso y producen alteraciones fisiológicas como taquicardia, arritmias, hipertensión, ansiedad, entre otros (4). Por otra parte, la enfermera justificaba esta restricción, alegando que la visita interfiere en los cuidados, y que la relación continua con la familia le produce agotamiento emocional y estrés (5).

Los especialistas como Landa ILM et.al (2000), afirman que cuando los pacientes en estado crítico o en fase terminal, internados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) o Unidad de Cuidados Especiales (UCE) o en otra área de pacientes graves, el acompañamiento de su familia y amigos debe considerarse como una parte integral en el proceso de atención, teniendo en cuenta que cuando los pacientes son ingresados a estas unidades, no sólo se presentan cambios en él, sino también se producen trastornos en la

dinámica familiar que afecta a su esfera psicológica y social (6), sin embargo, en estas unidades de cuidado crítico no se contempla esta gran necesidad de afecto y apego que necesitan estos paciente que no sólo sienten la cercanía de la muerte por el estado crítico en el que ingresan, sino que además está rodeado de personas extrañas, acompañado de un sonido tétrico y repetitivo de alarmas, de ventiladores y bombas de infusión, complicándose esta situación más aún cuando se le priva de la compañía y afecto de sus seres queridos, debido a la estructura clásica de visitas restringidas con que se diseñaron estas unidades, basados en preceptos ortodoxos que aún son practicados por el personal que trabaja en estas unidades, situación que se reproduce en las unidades críticas de los diferentes hospitales a nivel mundial, nacional y en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.

En esta perspectiva, la Sociedad Americana de Medicina de Cuidados Críticos, propone la Visita abierta con flexibilidad de horario (7), en la que deben participar, el personal del área crítica, el paciente y la familia a través de una coordinación permanente y continua, que permita el ingreso de familiares en momentos adecuados, respetando la privacidad del resto de pacientes en especial si se les está practicando procedimientos o higiene personal.

Sims, 2006. Afirma que la presencia de la familia integrada en el plan de atención al paciente crítico, como una estrategia tiene impacto positivo, al comparar la incidencia de complicaciones asociadas a la visita restrictiva versus visita abierta, verificándose que los pacientes con visita liberada, presentaron menos complicaciones cardiovasculares; observándose además, que no se incrementaron complicaciones infecciosas, haciendo mención de otros efectos beneficiosos de la visita abierta como la disminución de la

ansiedad y del estrés en el paciente y familia, mejorando la comunicación entre la familia y los profesionales; una apropiada acomodación a horarios de trabajo y resto de responsabilidades de la familia implicada en el cuidado del paciente crítico, incrementando la satisfacción del paciente, familia y el personal que labora en área crítica (8), evidencia que contradice las creencias con que empezaron a funcionar estas unidades, en donde el personal creían que la visita abierta producía efectos negativos en los pacientes, como aumento del estrés, aumento de la frecuencia de taquiarritmias, mayor número de infecciones cruzadas entre el paciente y familiares.

De lo antes mencionado, sólo con la presencia de la familia ya está cuidando de su familiar, aprenden sobre qué actitud deben adoptar y comunicarse con su paciente. Esto implica que los profesionales deben dar información sobre el entorno y ofertar un cuidado enfocado en las características y necesidades de cada paciente y familia (9) cuya presencia en las Unidades de Cuidados Intensivos debe considerarse como una estrategia esencial del cuidado integral u holístico, que mejora la calidad de la atención y contribuye a una mejor recuperación de los pacientes.

Y si a esta estrategia se le agrega la musicoterapia se puede tener resultados excelentes así lo demuestra Mccook A.(2010), quien indica que escuchar música tiene un efecto calmante en los pacientes internados conectados a máquinas para respirar, considerando que la ventilación mecánica es una experiencia estresante para los pacientes críticos, el uso de tranquilizantes para atenuar este efecto sólo prolonga su hospitalización y no logra el efecto esperado, ofreciéndose como una alternativa efectiva, la musicoterapia.(10)

El efecto positivo de la musicoterapia ha sido evidenciado en estudios publicados en Estados Unidos y Australia. Así, un equipo de investigadores revisó ocho investigaciones, publicada en The Cochrane Library investigaciones en los que habían comparado el uso de música en la atención habitual de cuidados críticos. En sólo ocho estudios sobre 213 pacientes, la música redujo la ansiedad y la frecuencia cardíaca.

El autor de la revisión, do Joke Bradt, de la Drexel University, en Filadelfia, señaló que, la música sería una distracción o que se comunicaría de alguna manera con las regiones cerebrales que regulan las emociones, ya que los investigadores habían analizado cómo los pacientes se sentían después de una sesión de música. En siete estudios, los pacientes habían podido elegir la música y en el restante participó un músico terapeuta; mientras que otros estudios indicaban que les habían pedido a los pacientes calificar su nivel de ansiedad, resultando que los que escucharon música dijeron sentirse mejor que los que no por un margen de 1,06. Los cinco estudios sobre la frecuencia cardíaca revelaron que la música la reducía cinco latidos por minuto, suficiente para ayudar a los pacientes críticos.(10)

Linda Chlan, de la University of Minnesota, que trabaja con musicoterapia, coincidió en que la música ayuda a esos pacientes considerando que es una intervención segura sin efectos adversos. Otro efecto positivo de la musicoterapia fue la reducción de la frecuencia respiratoria. (11). La mayoría de unidades críticas de nuestro país incluida la del Hospital Regional Docente de Cajamarca no disponen de un protocolo de atención que incluya la musicoterapia como estrategia de atención incluida dentro del cuidado crítico.

Otro aspecto demostrado científicamente, es que la melatonina, hormona que promueve el estado de sueño, es liberada según el ciclo de luz natural al caer la tarde, por lo tanto tiene que ver con la iluminación del ambiente, cuyos niveles pueden alterarse por algunos factores pero que se puede controlar. Y, como las luces pueden afectar el ritmo de nuestro reloj biológico, para muchos científicos, ese control logrado gracias a la luz eléctrica para iluminar tanto interiores como exteriores, en casa, si esta no es adecuada puede afectar a nuestro descanso.

Actualmente se puede optar por luces con diferente voltaje y color. Por lo tanto, es importante que en el dormitorio y salón se cuente con una luz más cálida, principio científico que ha sido considerado en la mayoría de unidades de cuidados críticos(12) En el caso del Hospital Regional Docente de Cajamarca no cuentan con un sistema diferenciado de iluminación que facilite el descanso nocturno y mayores niveles de liberación de melatonina que influyen en el proceso de recuperación y mejorar la respuesta de su sistema inmunológico.

Todo lo antes indicado son suficientes argumentos que permitieron presuponer que, aplicar estos principios en dos ejes fundamentales como el de visitas abiertas y adecuación ambiental de la unidad de cuidados intermedios, (plasmados en un un protocolo que sirvió como guía del experimento), demostrarían las ventajas de su aplicación, sobre todo considerando que se trata de pacientes con diagnósticos clínicos de extrema gravedad, en condición crítico con pronóstico reservado cuyas probabilidades de sobrevivencia dependen fundamentalmente de la expertis de los profesionales que laboran en este espacio y la capacidad de respuesta que tenga el servicio.

Estas razones justifican la importancia del desarrollo de la presente investigación y aplicación y demostrar la efectividad en la disminución de la estancia hospitalaria y reducir el gasto económico que demanda las complicaciones intrahospitalarias derivadas de hospitalización prolongadas y las secuelas físicas para el paciente y su posterior reinscripción a su vida habitual, ya que para el presente caso se observa que los pacientes atendidos reportaban estancias hospitalarias por sobre los estándares establecidos.

Además de presentarse una gran incidencia de complicaciones intrahospitalarias como las neumonías y las infecciones urinarias y mortalidad elevada, lo que a su vez generaba mayor gasto del esperado, que según el área de economía un paciente en esta unidad gasta en promedio mil soles por día, que lógicamente para quienes tienen seguro integral éste cubrirá gran parte de los gastos, caso contrario tendrá que ser atendido por el bolsillo del propio paciente. Por lo tanto se planteó la siguiente pregunta:

1.2 Formulación del problema:

¿Cuál es el efecto de la aplicación del protocolo de visitas abiertas y adecuación ambiental en la estancia hospitalaria de los pacientes de Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Regional Docente de Cajamarca Enero a Junio 2017?

1.3 Objetivo (s)

1.3.1 General :

Evaluar el efecto de la aplicación de un protocolo de visitas abiertas y adecuación ambiental en la estancia hospitalaria de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Regional Docente de Cajamarca en un semestre de experimentación.

1.3.2 Específico :

Determinar el promedio de días de estancia de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Regional Docente de Cajamarca antes y después de la aplicación del protocolo de visitas abiertas y de la adecuación ambiental durante el periodo Enero-Junio 2017 Cajamarca –Perú.

1.3.3.-Justificación e importancia de la investigación :

La decisión para estudiar este tema fue parte de la vivencia personal, de la autora , al iniciar el trabajo de investigación en la unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Regional Docente de Cajamarca, encontrándose un ambiente oscuro, tétrico , donde solo se escuchaban las alarmas de las bombas de infusión y de los ventiladores, donde los familiares ingresaban a ver a su paciente con expresiones de temor, angustia, zozobra por el estado en que podrían encontrar a su familiar enfermo, y permaneciendo cortos periodos al lado de él y a una distancia grande del paciente, determinando que el paciente sólo pueda ser observado a lo lejos para luego retirarse.

Al analizar las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en esta unidad se pudo determinar que las estancias hospitalarias eran muy prolongadas, observando mayor número de infecciones intrahospitalarias asociada a ventilación prolongada, neumonías intrahospitalarias, alta incidencia infecciones urinarias intrahospitalarias que prolongaban aún más la estancia de los pacientes en la unidad, que a su vez generaban déficit de camas para nuevos ingresos y disminución de oportunidad para usuarios que necesitaban acceder a esa unidad y tener mayor probabilidad de sobrevivencia.

La medición de las variables no implica ninguna restricción desde el punto de vista ético. La no existencia de estudios al respecto a nivel local y nacional hace necesario la realización de esta investigación que ayude esclarecer los vacíos del conocimiento con respecto a la adopción de la terapia de visitas abiertas y adecuación ambiental en los servicios de áreas crítica, vivencia personal de la autora, que buscó cuantificar estadísticamente, para demostrar objetivamente la eficacia de su aplicabilidad para los pacientes, familiares, para el personal de salud y para la institución, ya que habrá mayor rotación de uso de camas hospitalarias en este servicio.

Otro aspecto agregado de la importancia de este trabajo, que no fue objetivo del mismo, es el cambio de actitud del personal que labora en área crítica del Hospital Regional Docente de Cajamarca, que logró superar mitos y tabús, respecto de la visita y permanencia del familiar del paciente, y la comprensión del efecto positivo de la música o material de entretenimiento en la recuperación del paciente crítico, desechando la idea de que esta visita sería perjudicial, una pérdida de tiempo, o retraso de sus actividades diarias, demostrándose que este experimento demostró la posibilidad de humanizar el cuidado, aspecto muy criticado y reclamado en el marco del derecho a la salud.

Por estas razones, el presente estudio tuvo como propósito, aplicar un protocolo cuyos componentes, incluye, estrategias y actividades, orientadas a superar todo el espectro del problema antes indicado. Logrando mayor satisfacción durante los días de estancia hospitalaria de los mismos como de los familiares, mayor apego y cercanía con sus seres más queridos, favoreciendo pronta recuperación y reinserción al grupo familiar. Así mismo, estos resultados contribuyeron con el establecimiento de una nueva política como parte del proceso de modernización del sector salud. Y, lo más importante es que se consiguió demostrar un ahorro muy significativo para la institución de un aproximado de de 20 160 000 soles calculados tomando como referencia el costo por pacientes y los días de estancia de los pacientes atendidos en un año.

Con los resultados del presente estudio queda demostrada la importancia y trascendencia por los efectos positivos del protocolo, que fundamentada científicamente, en base a estrategias y actividades no complejas ni costosas, ha sido reconocida por las autoridades locales y nacionales, porque además se ha generado un modelo de atención suigénensis para atender a pacientes crítico en los servicios de salud, que pueden ser replicables a otros .

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO:

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Landa M et al. (2000). En un estudio sobre “Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta que produce en el paciente, familia y enfermeras” encontraron que 100% de las unidades de estudio creían que la familia proporciona apoyo emocional al paciente y minimiza su aburrimiento y la mayoría, piensa que no le inestabiliza ni le impide el descanso e incrementa el deseo de vivir del paciente, el 100% de las enfermeras estaban de acuerdo que la visita abierta aumenta la satisfacción de la familia y más 90% afirmaron que disminuye la ansiedad en la familia.

Con respecto al efecto de la visita en las propias enfermeras, el 80% creyeron que recibieron información valiosa de los familiares aunque perciben una mayor sobrecarga física y psíquica (7) Lo que evidencia que se pese a que el personal de enfermería cree que la visita abierta es favorable para el proceso de recuperación del paciente y no le genera ninguna condición de deterioro aun persiven que le aumenta su trabajo físico y emocional personal no siendo aún considerado como oportunidad de ayuda que aminorará su trabajo diario.

ANATIVIA A et al (2016). la visita no restrictiva no incrementa riesgo de infección, la ansiedad del paciente es menor, la satisfacción de enfermeras es mayor, la presencia familiar ayuda a la recuperación del paciente, la familia está más informada, satisfecha y con mejor conocimiento de situación. La frecuencia de complicaciones cardiovasculares es mayor en

pacientes con visitas restrictivas(13)

GUTIERREZ N et.al.(2015). En la investigación sobre Relación de ayuda de la enfermera y nivel de estrés del familiar cuidador en cuidados intensivos. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. Encontraron que: 98% de los familiares cuidadores calificaron inadecuada relación de ayuda de la enfermera. 92% de los familiares cuidadores tuvieron nivel de estrés alto. Mostrando una relación significativa ($p = 0.001$). (14)

Bautista RLM y col. (2016). En el estudio sobre: Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. Encontraron que: La percepción del apoyo emocional medido por 10 ítems, para una puntuación máxima posible de 50, oscilaron en un rango entre 24 y 34 puntos; el promedio grupal observado fue de 29.4 ± 2.5 . Pero 35,25 %; de los familiares mostraron una percepción favorable a que la enfermera aprovecha las ocasiones para dar ánimo a los familiares, tranquilizar a los familiares con palabras de aliento, y cuando el familiar conversa con el personal de enfermería sobre su preocupación o aflicción muestra interés. (15)

La percepción de la comunicación verbal se evaluó mediante 8 ítems para una puntuación máxima posible de 40; las puntuaciones para este componente oscilaron entre 10 y 37 puntos; el promedio en el grupo de familiares fue igual a 27.6 ± 6.6 puntos. 71% tiene una percepción favorable frente a la comunicación verbal del personal de enfermería, por la orientación a los familiares que ésta brinda, respuestas cortés y explicación sobre los procedimientos generales, utilizando lenguaje claro y sencillo en el momento de aclarar cualquier inquietud del familiar. En cuanto a la percepción global de los familiares frente

al cuidado de enfermería, 80% de los entrevistados manifiesta una percepción favorable frente al cuidado de enfermería dado a sus familiares en su estancia hospitalaria.(15)

Martínez AKI. (2014). En su tesis: “Percepción del familiar del paciente crítico, sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en los servicios de medicina de un hospital nacional de Lima” encontró que: la mayoría de los familiares de los pacientes críticos tienen una percepción medianamente favorable (43%); dimensión comunicación verbal, el 30%. Dimensión no verbal 53% y la dimensión apoyo emocional el 67%(14)

Hagei RJT (2008). En su tesis: Percepción de pacientes y familiares sobre el cuidado que brinda el interno de enfermería de la UNMSM en los Servicios Generales del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión encontró: solo 50% tienen una percepción favorable. (17)

Tasayco HMR (2010). En su tesis: Nivel de ansiedad en relación a la aplicación de musicoterapia en niños de 6 a 8 años atendidos en la clínica odontológica de la universidad Norbert Wiener, Lima-. Encontró: la música tiene un efecto favorable para el tratamiento de la ansiedad en niños durante una intervención odontológica. Se vio que el efecto de la música redujo significativamente el nivel de ansiedad en niños. Además se encontró diferencias significativas entre el el grupo de tratamiento y el de control que no recibió musicoterapia, observándose una disminución del nivel de ansiedad en los expuestos a musicoterapia. (18)

Marcos M et. al (2013). En una revisión sistemática en relación a estancias hospitalarias encontraron que: las estancias prolongadas en los hospitales son a causa de factores derivados de los diferentes actores del sistema: personal de salud, administración hospitalaria, pacientes y relación entre entidades de la red de atención. En este trabajo se categorizaron los factores distribuyéndolos según el factor identificado. En los factores asociados al personal de salud, se destacan factores propios relacionados con el criterio y competencia médica y la conciencia con respecto a la estancia del paciente en el Hospital. Esto se traduce en no prestar atención a la necesidad de generar el alta una vez conseguido el propósito de la hospitalización.(19)

Además, fallas al ingreso del paciente por falta de un diagnóstico claro al ingreso y una admisión prematura. Las principales fallas del sistema de salud que afectan la duración de la estancia son: la dificultad de la remisión de pacientes a otro nivel de complejidad cuando así lo requieren y la demora en las autorizaciones por parte de las entidades aseguradoras de salud. Esto evidencia los factores asociados con la falta de la consolidación de una red de atención.(19)

Con referencia a la administración hospitalaria, se observa que la larga estancia de pacientes está asociada a la eficiencia en la interacción del servicio de hospitalización con otros servicios del hospital como son los tiempos de respuesta de los procedimientos quirúrgicos y diagnósticos y la transferencia del paciente entre servicios. Además, se encuentran estudios que muestran que el flujo de atención se reduce en los fines de semana, ya que la disponibilidad de personal para la atención de los servicios quirúrgicos y de procedimientos diagnósticos se reduce. (19)

2.2. Bases teóricas

Teoría calidad de Donavedian:

"Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes"

Componentes de la calidad asistencial según Donavedian, son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta. El componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos.(18)

Por otra parte, el **componente interpersonal**, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual. Finalmente, el tercer componente lo constituyen los **aspectos de confort**, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable.(18)

El presente trabajo de investigación se basa en esta teoría de la calidad de Donavedian, ya que con la aplicación del protocolo de visitas abiertas y adecuación ambiental así como al reducir la estancia hospitalaria que se logre con su aplicación tiene como fin fundamental proporcionar a nuestros usuarios el máximo y más completo bienestar, tomando en cuenta cada uno de sus componentes:

El componente técnico:

Por que utilizaremos las nuevas evidencias existentes en diferentes modificaciones a adoptar por ejemplo : iluminación diferenciada para mejorar el descanso de los paciente y mejorar el estado inmunológico al estimular con la baja intensidad de luz la secreción de melatonina, cuya fundamentación científica se explica posteriormente. Se utilizará la estimulación con musicoterapia para disminuir los niveles de estrés, disminuir la incidencia de taquicardias, mejorar la relajación de los pacientes. Se realizará una movilización precoz de los pacientes, su rápida incorporación a la posición sentado o vertical, así como la movilización en cama que contribuyan a una recuperación más rápida y evite secuelas y mayor incidencia de infecciones intrahospitalarias.

Cumple perfectamente con el **componente interpersonal** porque se fundamenta en una relación del personal de salud –paciente basada en el trato humanizado con visión holística en preocuparse de lo que necesita el paciente en estado crítico el apego familiar en su apoyo en cada una de las fases de su recuperación.

El tercer componente **referido al confort** lo cumple plenamente ya que el protocolo está dirigido a proporcionar todos los elementos del entorno donde los pacientes son atendidos para que su estancia hospitalaria sea más cómoda y confortable durante su proceso de recuperación, limitando el sonido de alarmas de ventiladores y bombas de infusión y reemplazarlos por la música que están acostumbrados a escuchar en casa,

en establecer una iluminación diferenciada que permita la identificar los contrastes entre el día y noche y que promueva su descanso y recuperación.

Se fundamenta también en la teoría del cuidado humanizado de Watson:

Tiene siete supuestos básicos:

1. El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.
2. El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
3. El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.
4. Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.
5. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado. El cuidado es más “salud-genético” que la curación.
6. La práctica del cuidado integral el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.
7. La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería(19)

Este trabajo de investigación cumple con el primer componente de la teoría del cuidado humanizado de Watson ya que está dirigido a mejorar la relación interpersonal: personal de salud –paciente-familiares de paciente en otorgarle a esta interrelación un matiz humanizado y holístico.

También cumple con el segundo componente porque está orientado a que el cuidado que se le brinde en la unidad este destinado a satisfacer las necesidades individuales de cada paciente en forma integral como una unidad biopsicosocial.

Así mismo cumple con el tercer componente porque con aplicación de protocolo de visita abierta y adecuación ambiental persigue una recuperación integral de los pacientes no sólo de parte física sino también de la parte afectiva; pero no en una recuperación individual y aislada, sino involucrando a todo su grupo familiar permitiendo el crecimiento de la unión y afecto familiar en este momento crítico de su vida.

A su vez cumple con el cuarto componente porque también persigue durante este nuevo cuidado humanizador y holístico desarrollar las mejores capacidades del personal de salud, que considere lo mejor de sí viendo en cada paciente a su propio familiar. Así mismo busca cambiar la visión pasiva antigua de los familiares que se conformaba con mirarlo de lejos a su familiar y preguntar cada día como sigue , por una actitud totalmente activa, en donde se convierte en el centro del apoyo para su recuperación integral, en cambiar la actitud del paciente, en mostrar el mejor ánimo en recuperarse y formar parte el mismo de su recuperación en expresar como desearía que lo traten o que desearía para sentirse mejor.

El quinto componente es demostrado porque intenta seguir mejorando capacidades en el personal de salud, cada vez ir innovando nuevas estrategias que podrían beneficiar a un paciente en un momento dado de su atención en base a la relación de afecto y

empatía que mantiene con él y que le permite determinar qué es lo más necesita en cada momento de su atención.

La teoría de Watson , contempla como sexto componente, que considera que la aplicación del protocolo de visitas abiertas y adecuación ambiental trata de promover en el personal de este servicio el cuidado de los pacientes concebido éste como la ciencia y el arte de conocer e integrar en cada paciente su aspecto biológico ,psicológico y su conducta para tratar de curarlo y recuperarlo en su multidimensional comprendiendo la forma como piensa y utilizar este conocimiento para que él nos ayude a que alcance un estado de salud integral.

El séptimo componente de esta teoría considera que el cuidado de los pacientes no sólo es fundamental en el trabajo de enfermería sino que debe ser responsabilidad de todos los que forman parte de la atención de pacientes críticos: médicos, enfermeras y personal técnico de enfermería, en el cual el cuidado humanizado y holístico debe ser la única estrategia para que se alcancen una recuperación integral de nuestros pacientes.

Esta investigación, considera como base esta teoría porque tiene como fin supremo al paciente no sólo como persona, sino ver en cada uno de ellos el rostro de un familiar cercano que necesita en ese momento crítico de su vida expuesto a morir, que necesita un trato con mucho afecto trasmitiéndole el deseo de mejorar de sus dolencias, hacerlo sentir que nos interesa lo que está sintiendo, que se hará lo necesario para ayudarlo a mejorar, buscando que su estancia sea menos dolorosa, que sienta el afecto del personal, familiares y amigos; que escuche la música que le guste.

Por otra parte, proporcionarle una iluminación diferenciada entre el día y la noche va a favorecer la recuperación de su sistema inmunológico, permitiendo el ingreso de los alimentos que desee probar , teniendo en cuenta que estos pacientes pueden tener varios días sin comer o no percibir el sabor de los alimentos, como efecto de los procedimientos como una sonda nasogástrica o adecuar el ambiente para conmemorar el cumpleaños, navidad u otras fechas festivas: Además, posibilitar el acceso a una revista, periódico, tablet, teléfono que permitan reducir sus niveles de estrés.

Todos estos aspectos tienen como fundamento científico la teoría del Cuidado Humanizado de Watson, quien indica que el cuidado es el arte de comprender los sentimientos y los sufrimientos de los pacientes, que propone una recuperación no sólo física sino también espiritual de las personas, con las que se interactúa y necesitan de afecto, comprensión de la situación por la que están pasando y, mucho más aquellos pacientes en condición crítica en riesgo permanente de morir, por la condición en la que ingresan.

Hay necesidad de ver en cada uno de estas personas a un hermano, padre y madre, por tanto se precisa ofrecerle nuestros mejores conocimientos que ayuden a su recuperación, brindándole cariño o calor humano que le ayude a recuperarse en forma integral biopsicosocial, preocuparse por lo que está pensando sintiendo ayudarlo hacer más llevadera su hospitalización que sienta que lo queremos y deseamos que se recupere en forma integral u holística, en establecer una relación de empatía y amistad entre el personal de salud, el paciente y sus familiares de los pacientes.

Se fundamenta este trabajo de investigación en la teoría etapas de cambio que constituye un modelo de etapas de cambio del comportamiento humano conocido también como modelo transteórico (Prochaska 1979), la premisa básica es que el cambio de comportamiento es un proceso y no un acto, y que los individuos se hallan a diversos niveles de motivación o disposición para cambiar. El planteamiento que se hace es que el cambio de conducta consiste en los siguientes pasos:

- Pre-contemplación (Pre-conciencia). Las personas en esta etapa no tienen intención de cambiar de conducta en un futuro próximo, no son conscientes del problema, o niegan el peligro que supone su conducta actual.
- Contemplación (Consciencia). Las personas en esta etapa son conscientes de la existencia y están pensando seriamente en hacer algo para superarlo, pero todavía no se han comprometido a hacerlo.
- Preparación (Intención). Las personas en esta etapa tienen intención de hacer algo para superar el problema en un futuro próximo y posiblemente lo hayan intentado en el pasado reciente, aunque no de manera constante.
- Acción. Las personas cambian la percepción que tienen de su conducta y experiencias o entorno para superar sus problemas. El cambio de conducta apenas comienza.
- Mantenimiento Se hace un esfuerzo para no retroceder el camino avanzado y mantener el cambio de comportamiento durante un largo período de tiempo.

Finalmente, esta investigación considera como fundamento la teoría de las Etapas de Cambio porque busca un cambio de conducta del personal de la unidad de Cuidados intermedios que según la encuesta aplicada se encuentra en su mayoría en etapa de pre contemplación y contemplación lo que busca este trabajo de investigación es que pasen

a una etapa de acción y mantenimiento en favor de la aplicación del protocolo de visitas abiertas y adecuación ambiental.(20)

2.3 Bases conceptuales

Estancia hospitalaria:

Días de permanencia de los pacientes hospitalizados (23)

Estancia hospitalaria en Unidad de Cuidados Intermedios: Los días que los enfermos hayan permanecido en las Unidades de Cuidados Intensivos (24,25,26)

Visita restringida: cuando el acceso a ver al paciente es restringido en cuanto a número de visitas y duración de las mismas no más de 1 hora al día (27)

Visita abierta: poder visitar a su paciente a cualquier hora del día, ver al paciente frecuentemente (27)

Familia:

Grupo de individuos que están ligados por fuertes lazos emocionales, un sentido de pertenencia y una pasión por estar involucrado en la vida del otro (28)

Protocolo: conjunto de conductas y reglas que una persona deberá observar y respetar cuando se mueva en determinado ámbito por una cuestión de circunstancia especial (29)

Musicoterapia: Según la Federación Mundial de Musicoterapia “la musicoterapia es el uso de la música y/ o de los elementos musicales (sonidos, ritmo, melodía, armonía)

por un músico terapeuta calificado con un paciente o grupo de pacientes, para facilitar o promover la comunicación, la interrelación, el aprendizaje, la movilización, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, con el objeto de atender necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. La musicoterapia apunta a desarrollar potenciales y/ o restablecer funciones del individuo para que este pueda emprender una mejor integración intrapersonal e interpersonal, y en consecuencia alcanzar una mejor calidad de vida, a través de la prevención, la rehabilitación o el tratamiento". (30)

La musicoterapia en la salud :Las investigaciones sobre musicoterapia se realiza con todas las edades y enfermedades tales como Alzheimer, Parkinson, traumatismo de cráneo, autismo, demencia, enfermos psiquiátricos, niños con problemas de conducta, personas con SID, entre otras, numerosos estudios demuestran la funcionalidad de la musicoterapia en pacientes con diferentes problemas neurológicos. Estos estudios demuestran que la música ayuda a los pacientes a ganar control sobre su ritmo de caminar después de sufrir un TEC, estimulan la memoria anterógrada y retrograda, ayudan a incrementar la autoestima, estimulan a formar nuevas relaciones sociales, y se puede utilizar como método de contacto con la realidad.

Los efectos biológicos de la musicoterapia. La música sobre el organismo vivo tiene diversos efectos biológicos y pueden ocasionar diferentes repercusiones, según las características de la melodía, siendo éstas el incremento o disminución de las variables hemodinámicas. Entre estas variaciones orgánicas se encuentran: 1. Aumenta el metabolismo. 2. Acelera la respiración o disminuye su frecuencia. 3. Influye el volumen relativo de sangre. 4. Modifica la presión arterial. 5. Disminuye el impacto

de los estímulos sensoriales. 6. Ritmo cardiaco. 7. Tensión arterial. 8. Secreción de los jugos gástricos. 9. Tonicidad muscular. 10. Funcionamiento de las glándulas sudoríparas. 11. Equilibrio térmico de la piel.

Aplicaciones clínicas de la musicoterapia Los métodos, técnicas y aplicaciones clínicas a través del uso de la musicoterapia sirven para ir descubriendo las necesidades de cada paciente, utilizándola para la regulación del estado de ánimo, al trabajar piezas musicales para disminuir la depresión o para relajarse en medio de estados de excitación producidos por estrés, temor, ansiedad o cualquier situación que altere el organismo, desde la perspectiva psicológica uno de los beneficios de la musicoterapia es facilitar el desarrollo emocional y afectivo; el ritmo permite el escape de la ansiedad, estimula el sentido del tacto, del oído, facilita la circulación sanguínea, la respiración y los reflejos (30).

Paciente recuperado: paciente que sale totalmente restablecido de la patología por la que ingresa área crítica, volver a adquirir el estado de salud previo que por algún motivo se había perdido o alterado. La recuperación, por lo tanto, puede estar vinculada al proceso que debe llevar una persona tras una enfermedad o lesión para retornar a la normalidad. (31)

Paciente compensado: paciente al que se logra estabilizar de descompensación de la enfermedad por la que ingresa, se denomina así al estado de un órgano que padece una afección y por lo tanto no puede desplegar de manera satisfactoria su función como lo hace regularmente. Evolucionar un órgano o tejido para suplir una deficiencia funcional o estructural (31)

Paciente fallecido: paciente con ausencia de funciones vitales. Cese de función respiratoria y cardiaca La muerte es la finalización de las actividades vitales de un

organismo. En el caso particular de la realidad humana, la definición vigente desde un punto de vista médico y legal alude a la cesación de toda actividad en el encéfalo, demandándose además que esta finalización sea completamente irreversible. (31)

2.4 HIPOTESIS

Ha.- La implementación de un protocolo de visitas abiertas y adecuación ambiental reducirá a la mitad la estancia hospitalaria de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Regional Cajamarca.

Ho.- La implementación de un protocolo de visitas abiertas y adecuación ambiental no tiene efecto sobre la reducción de la estancia hospitalaria de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Regional Cajamarca.

2.5 VARIABLES

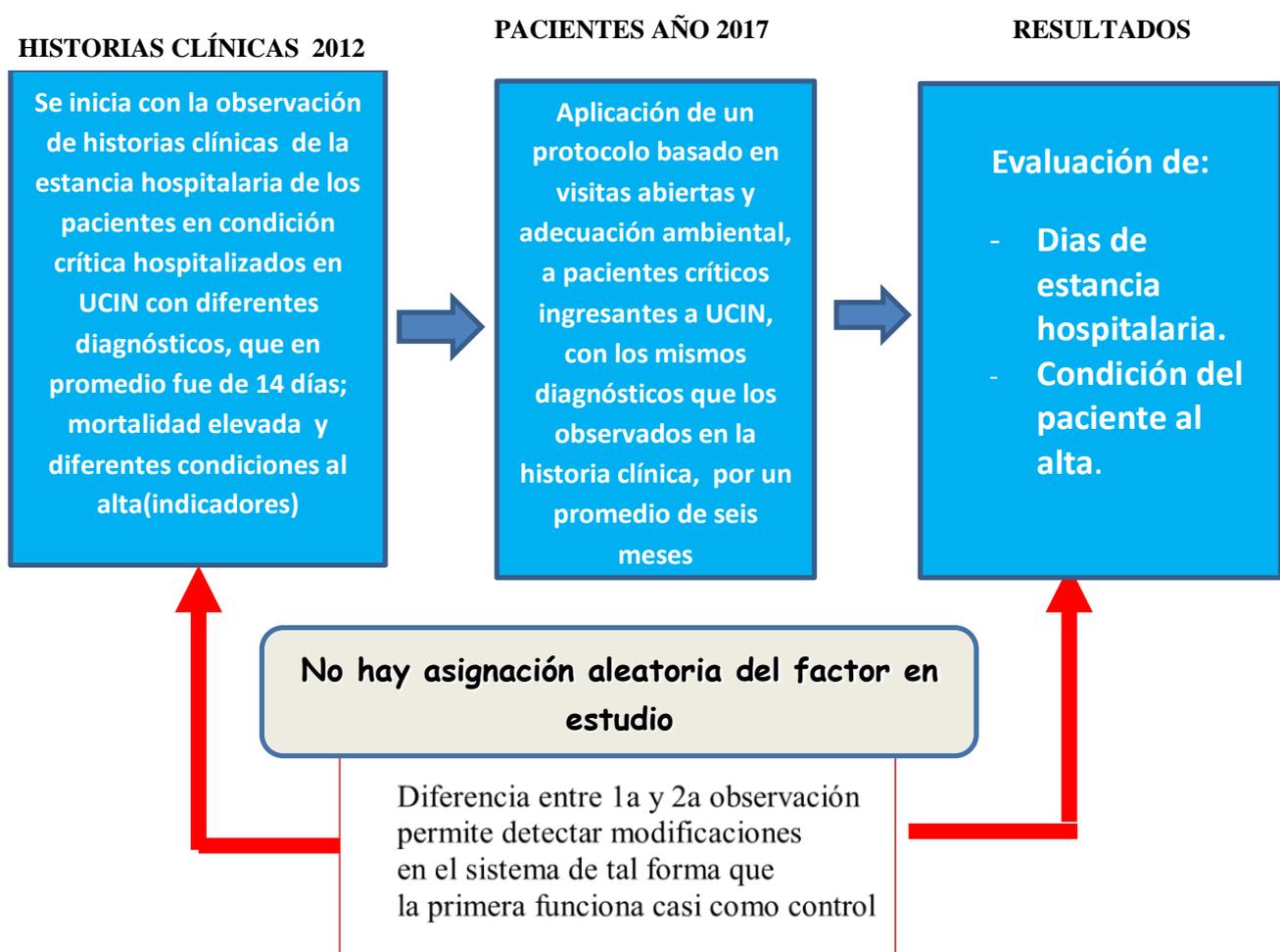
2.5.1 Variable independiente: Protocolo de visitas abiertas y adecuación ambiental

2.5.2 Variable dependiente: Efecto: días de Estancia hospitalaria y condición de alta.

CAPITULO 3

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudio: Se trata de un estudio cuasi experimental, diseño correspondientes a Estudios con controles históricos que consiste en comparar un grupo de pacientes que reciben una intervención o tratamiento con un grupo que había sido tratado. Para el caso se trata de un estudio en el cual se toma como referencia un grupo de pacientes que fueron atendidos en el año 2012 (30).



3.2 Ámbito de estudio

La investigación se realizó en el Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Regional Docente de Cajamarca, categoría II- 2 que oferta servicios básicos y además los de alta complejidad como: gastroenterología, cardiología, neurocirugía, nefrología, trauma shock entre otros. La UCINT, tiene un staf de 4 médicos especialistas, 11 enfermeras y 09 técnicos de enfermería, lugar en el cual se atiende a pacientes críticos que necesitan apoyo de vasopresor, ventilación mecánica, monitoreo neurológico, renal y cardiológico y cuenta con 06 camas hospitalarias.

3.3 Población y muestra:

Pacientes que ingresan a la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Regional Docente de Cajamarca con los diagnósticos más frecuentes seleccionados para el estudio, en los periodos Julio -Diciembre 2012 y el periodo Enero-junio 2017, se trata de 2 muestras no aleatorias, por incidencia de 54 pacientes cada una. Constituida por pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intermedios con los siguientes criterios de selección de las unidades de estudio:

-Pacientes que ingresaron a UCINT del Hospital Regional Docente de Cajamarca entre julio a -diciembre del 2012, debido a que la implementación empírica de los componentes de lo que posteriormente sirvió para elaborar el protocolo utilizado para el experimento de la presente investigación, se inició posterior al año 2012.

-Pacientes que ingresaron a UCINT del Hospital Regional Docente de Cajamarca entre enero a junio del 2017

-Que estos pacientes que ingresaron en estos periodos de tiempo cuenten con los diagnósticos más frecuentes seleccionados en el estudio que se indican a continuación:

Tabla 01. Diagnósticos registrados en las historias clínicas de pacientes internados en UCINT 2012.

Diagnósticos principal	Promedio de días de hospitalización	N° paciente
	16 días	11
Traumatismo craneoencefálico severo		
Schock séptico pp urinario	12 días	03
Post cesareada por preclamsia con injuria ren	10 días	12
Pacientes con evento cerebro vascular hemorrágico	23 días	03
Pacientes con evento cerebro vascular isquémico	20 días	02
pos operada de cesárea por hellp	10 días	11
Neumonía intrahospitalaria complicada	15 días	04
Posoperada por eclampsia	11 días	06
Cetoacidosis severa	10dias	02
TOTAL		54

Fuente: Archivo del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

-Se seleccionó al azar el mismo número de participantes para cada diagnóstico seleccionado para el estudio en los dos periodos comparados

-Que el grupo de paciente seleccionados al azar para cada diagnóstico del estudio tengan el mismo número de participantes hombre e igual número de participantes mujeres en los dos períodos a comparar.

3.4 Unidad de estudio: Protocolo que contiene los componentes de adecuación ambiental y visitas abiertas.

3.5 Unidad de observación: cada paciente que ingresa al servicio de Unidad de Cuidados Intermedios (con los diagnósticos especificados en el cuadro anterior) Enero-Junio 2017

3.6 Métodos y técnicas

FASE ANTES:

1. Revisión documental: de las historias clínicas de pacientes atendidos en el segundo semestre de julio a diciembre del 2012, revisando los diagnósticos más frecuentes y la estancia hospitalaria, condición de alta del pacientes y sexo de cada uno

2.-Capacitación al personal: De la Unidad de Cuidados intermedios sobre las estrategias y necesidades de adecuación ambiental.

Se sensibilizó al personal de UCINT sobre :

La importancia del ingreso de los familiares a visitar a sus pacientes y de su participación en la recuperación de los pacientes.

La importancia de modificar las condiciones ambientales en que son atendidos los pacientes tratando de que sea más amable y familiar posible.

La coordinación para el ingreso de los familiares a visitar a sus pacientes.

Medidas de asepsia de los familiares antes del ingreso a la unidad

Medidas de asepsia de los materiales que ingresan los familiares para el esparcimiento de sus pacientes.

3.-Experimento: aplicación del protocolo

Se inició estableciendo:

1. Una hora de informe médico diario, con un cuaderno donde se registraba día a día, el informe diario que recibían los familiares en él se hacía constar la fecha y firma del familiar que recibió informe de su paciente. (ver foto de cuaderno de informes en anexo:A.3)
2. Concientización al familiar sobre la importancia de la visita a su paciente, aunque éste se encontrara en sedoanalgesia para acoplarlo al ventilador, él podría sentirse bien de estar acompañado por sus allegados más queridos, que no sólo debía observarlo de lejos, sino acercarse más, incluso se los animaba a acariciarlo; comunicación verbal para reforzar la fe en cuanto a su mejoría y mensajes del deseo de las familias sobre el amor fraterno, que eso contribuiría a una recuperación más rápida de su paciente,
3. Capacitación diaria a los familiares para que formen parte los procesos de rehabilitación motora y respiratoria de acuerdo al tipo de caso de cada uno de ellos.
4. Permitir que la madre y/o padre acompañe en forma permanente a los pacientes pediátricos incluso se consiguió un sillón a que lo acompañe durante la noche y madrugada
5. El ingreso de: periódicos, revistas, televisores portátiles, tablets, audífonos, radios, juguete, sonajas estos dos últimos para pacientes pediátricos, todos esterilizados previamente por el personal de salud del servicio,
6. Celebración de fechas significativas para el paciente o pacientes (cumpleaños, día de la madre, del padre, navidad,) permitiendo el ingreso de tortas o presentes de sus familiares, así como instrumentos musicales (guitarras) que son utilizados muchas veces por sus familiares.
7. Adecuación de la iluminación diferenciada de día y noche para permitir el descanso habitual de los pacientes sin alterar su ritmo circadiano,

8. Adecuación musical en el servicio: música que los pacientes habitualmente escuchan en sus hogares y en su vida diaria, se hizo que el familiar participe todos los días de la recuperación de su paciente,
9. Acompañamiento del personal de la Unidad hacia los servicios para exámenes especiales tanto dentro como fuera del hospital o del servicio.

Los detalles del experimento cifran el el protocolo (anexo 9.1)

FASE DESPUÉS: MEDICIÓN DEL EFECTO

La evaluación fue realizada durante todo el proceso en el tiempo que duró la aplicación de todos los componentes considerados en el protocolo.

Guía de Evaluación incluida en anexos.

Interpretación, análisis y discusión de los resultados

Los datos recolectados durante el tiempo programado de la investigación fueron revisados para garantizar su consistencia para luego ser ingresados a un programa Excel. La presentación de los resultados se hace en base tablas estadísticas y la medición estadística del efecto se realizó con la prueba estadística U Mann-Whitney hacer la prueba de hipótesis ya que los datos no siguieron una distribución normal, que es una prueba **no paramétrica** de comparación de dos muestras independientes.

- ✓ Las observaciones de ambos grupos son independientes.
- ✓ Las observaciones son variables continuas.
- ✓ Se utiliza para comparar dos grupos de rangos (medianas) y determinar que la diferencia no se deba al azar.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

La autora no tiene ningún tipo conflicto de interés con ninguna empresa ni ningún laboratorio (adjunta su declaración Jurada en anexos)

Cuenta con la autorización del Comité de Ética del Hospital Regional Docente de Cajamarca quienes no encuentran ninguna restricción ética para la aplicación de protocolo de visita abierta y adecuación ambiental (se adjunta carta de aprobación en anexos).

Para la ejecución de esta investigación se tuvo en cuenta:

La Autonomía: considerando que los familiares de los pacientes dieron su conformidad a través del consentimiento informado, de manera voluntaria, sin presión.

El Respeto: a través de considerar los puntos de vista de cada unidad de investigación sin hacer críticas a sus comentarios o respuestas.

La no maleficencia: porque la exposición a los estímulos y adecuación ambiental no es dañino para la evolución favorable del paciente.

La Justicia: debido a que los efectos de este protocolo puedan beneficiar a todos los pacientes, la institución y a quienes puedan ingresar a esta unidad, sin discriminación.

La confidencialidad: Debido a que la información es de carácter reservado y la evolución era reportada a cada familiar en forma individual.

CAPITULO 4

RESULTADOS:

4.1.-FASE ANTES:

Los datos han sido obtenidos de las historias clínicas de los pacientes que se seleccionaron para el estudio los diagnósticos más frecuentes en el servicio desde julio a diciembre del 2012, en el conteo de los diagnósticos más frecuentes se obtuvo 54 casos. Los componentes del protocolo se fueron implementando empíricamente en forma progresiva después del año 2012, por eso se tomó como grupo control histórico el periodo que estuvo libre del efecto de la implementación del protocolo.

Tabla 01.- Promedio de días de estancia hospitalaria y número de pacientes según diagnóstico por caso seleccionado para el estudio. Hospital Regional Docente. Cajamarca. Julio a Diciembre del 2012.

Diagnósticos principal	Promedio de días de hospitalización	N° paciente
Pacientes por traumatismo con craneoencefálico severo.	16 días	11
Schock séptico punto de partida urinario	12 días	03
Post cesareada por preclamsia con injuria renal.	10 días	12
Pacientes con evento cerebro vascular hemorrágico	23 días	03
Pacientes con evento cerebro vascular isquémico	20 días	02
pos operada de cesárea por hellp	10 días	11
Neumonía intrahospitalaria complicada	15 días	04
Posoperada por eclampsia	11 días	06
Cetoacidosis severa	10 días	02

Fuente: Historias clínicas de pacientes de UCINT- 2012

Calculando el promedio de días de estancia de los pacientes cuyas historias fueron seleccionadas, es de 14 días promedio, observándose que quienes tuvieron como diagnóstico patologías relacionadas con problemas isquémicos o hemorrágicos cerebrales estuvieron mayor número de días de hospitalización, sin embargo la mayor incidencia de casos fueron las pacientes que tuvieron complicaciones obstétricas (17 casos: 31,5%) y los pacientes con traumatismo craneoencefálico severo (11 casos: 20,4%), datos que de por sí muestran uno de los problemas más álgidos y prioritarios dentro del espectro epidemiológico atendido en este nosocomio por ser un hospital de referencia.

Tabla 02. Condición de alta de los pacientes de UCINT. Hospital Regional Docente. Cajamarca. Julio a Diciembre del 2012.

Condición de Alta	N° pacientes
Recuperado	14
Fallecido	10
Compensado	30
TOTAL	54

En cuanto a la condición del paciente al momento de su alta, se registró un 19% de mortalidad proporcional por todas las causas de los hospitalizados en este servicio, en el tiempo de observación. Sin embargo casi 56% fueron dados de alta en condición de compensados lo que quiere decir que son pacientes cuyos indicadores de estabilidad hemodinámica estaban dentro de los niveles normales, pero no quiere decir que estaban totalmente recuperados, mientras que sólo el 25% fueron dados de alta en condición de recuperados.

Tabla 03. Pacientes con traumatismo craneoencefálico severo según sexo y días de hospitalización . UCINT Julio - Diciembre 2012.

Sexo	Días de estancia						Total	Promedio de estancia
	12	14	15	16	18	20a		
Mujer	1	--	1	1	--	1	4	16
Hombre	--	3	--	2	2	--	7	
Total	1	3	1	3	2	1	11	

Se observa que 64% de los pacientes con traumatismo craneoencefálico severo fueron varones y tuvieron más de 14 días de estancia hospitalaria, en general estos pacientes han sido quienes han registrado el mayor record de estancia en relación al grupo de pacientes mujeres. Esto se atribuiría a la mayor conducción de vehículos motorizados y tipo de trabajo desempeñado por este grupo de mayor incidencia.

Se trata de pacientes que ingresaron luego de haber sufrido un trauma craneoencefálico grave, ingresaron a la unidad para neuroprotección y producto del alargamiento de su estancia desarrollaron infecciones intrahospitalarias contribuyendo a ampliar los días de estancia hospitalaria producto de la sobreinfección con flora propia de la unidad. Existen casos que los automóviles no contaban con SOAT o SIS por lo que los familiares tienen que asumir el gasto de la permanencia del paciente.

Por lo que sugerimos campañas de difusión que promuevan el uso de cascos sobre todo para la conducción de motocicletas tanto del conductores como del acompañante, el no consumo de bebidas alcohólicas antes del consumo de automóviles, el uso de dispositivos de seguridad para trabajos de altura preferentemente dirigidos a varones.

Tabla 04. Paciente con shock séptico punto de partida urinario según sexo y días de estancia hospitalaria en la UCINT del Hospital Regional Docente Cajamarca Julio a Diciembre 2012.

Sexo	Días de estancia			Total	Promedio días estancia
	11	12	14		
Mujer	--	1	1	2	12 días
Hombre	1	--	--	1	
Total	1	1	1	3	

Podemos apreciar un promedio de estancia hospitalaria de 12 días para ambos sexos, el 66% de los casos corresponden al grupo de las mujeres esto se debe a la proximidad anatómica de la uretra y el ano. Teniendo estancias hospitalarias mayores de 12 días, esto se atribuye a la complicación del proceso infeccioso atribuido a que las pacientes acudieron en forma tardía a atención médica, por lo que se prolongó su estancia hospitalaria hasta control del proceso infeccioso y destete de vasopresores.

Tabla 05. Paciente con pre eclampsia con injuria renal según días de estancia hospitalaria en UCINT. Hospital Regional Docente de Cajamarca Julio a Diciembre 2012.

Sexo	Días de estancia				Total	Promedio días Estancia
	9	10	11	12		
Mujer	3	4	3	2	12	10
Hombre						
Total	3	4	3	2	12	

Podemos apreciar que la estancia hospitalaria promedio para este tipo de pacientes es de 10 días, La mayor frecuencia 33% tuvieron una estancia hospitalaria de 10 Días, la menor frecuencia 16% permanecieron 12 días en UCINT. La injuria renal es una complicación frecuente en este tipo de pacientes, necesitando su presentación el ingreso a esta unidad para tratamiento y monitoreo.

La mayor parte proceden de distritos y provincias alejadas del lugar de referencia. Se debería trabajar con personal del primer nivel de atención capacitándolos de acuerdo a sus propias necesidades del área donde trabajan a fin de que se capten y sean referidas en forma oportuna a los establecimientos que tengan la capacidad resolutive correspondiente.

Tabla 06. Pacientes con Diagnóstico: E.C.V hemorrágico según sexo y días de estancia hospitalaria en la UCINT Hospital Regional Docente de Cajamarca. Julio a Diciembre del 2012.

Sexo	Días de estancia			Total	Promedio de días estancia
	11	12	14		
Mujer	--	1	1	2	23 días
Hombre	1	--	--	1	
Total	1	1	1	3	

Se evidenció una estancia promedio entre los dos grupos de 23 días, siendo más frecuente 19% en el grupo de las mujeres que tuvieron estancias hospitalarias superiores a los 12 días dentro de la unidad, frente al 4% de de grupo hombres.

Ésta mayor frecuencia observada en el grupo de las mujeres se explicaría por la falta de orientación en el manejo crónico de la presión arterial, la poca adherencia al tratamiento antihipertensivo, la mayor parte de estas pacientes proceden de zonas rurales dándole poca importancia al adecuado control de la presión arterial y su necesidad de monitoreo periódico que es mucho más acentuado en mujeres que hombres por lo que se hace indispensable el uso de estrategias educativas efectivas destinadas a las comunidades de riesgo y enfocado su material educativo predominantemente a grupo de mujeres.

Tabla 07. Pacientes con Diagnóstico: E.C.V isquemico según sexo y días de estancia hospitalaria en la UCINT. Hospital Regional Docente de Cajamarca. Julio a Diciembre del 2012.

Sexo	Días de estancia		Total	Promedio días Estancia
	19	21		
Mujer	---	1	1	20 días
Hombre	1	---	1	
	1	1	2	

Como podemos evidenciar el promedio de días de estancia hospitalaria para pacientes con Enfermedad Cerebro vascular isquémica es de 20 días para ambos sexos, se aprecia igual porcentaje de incidencia 50% en los dos sexos, observándose mayor frecuencia 21 días en el grupo de las mujeres con respecto a los hombres. Esto se atribuiría a que ambos sexos se ha observado falta de control periódico de su estado metabólico y alto consumo de dietas ricas en carbohidratos y grasas saturadas en ambos sexos. Es urgente educación dirigida a ambos grupos que busque cambios de estilos de vida saludable y control médico permanente.

Tabla 08. pacientes con síndrome hellp según sexo y días de estancia hospitalaria en UCINT. Hospital Regional Docente de Cajamarca Julio a Diciembre 2012.

Sexo	Días de estancia				Total	Promedio días estancia
	9	10	11	12		
Mujer	3	3	2	3	11	10
Total	3	3	2	3	11	

Evidenciamos que el promedio de pacientes con síndrome de hellp en estancia hospitalaria es 10 días, el 18% representa la menor frecuencia de estancia hospitalaria correspondiente a 11 días de estancia hospitalaria, el 27% de todas las pacientes tuvieron la mayor estancia hospitalaria la misma que fue de 12 días, como podemos apreciar es bastante frecuente el manejo de estas pacientes en el área de UCINT.

Debido a que recibimos pacientes complicadas con hellp de los diferentes provincias del departamento , es urgente realizar campañas efectivas de sencibilización adecuadas a cada tipo de medio sociocultural que verdaderamente cambie la actitud de las familias de acudir temprano a control ante signos de alarma embarazo así como su referencia inmediata a centros de mayor capacidad resolutive.

Tabla 09. paciente con neumonia intra hospitalaria complicada según sexo y días de estancia. UCINT Hospital Regional Docente de Cajamarca. Julio a Diciembre del 2012.

Sexo	Días de estancia				Total	Promedio días .estancia
	13	14	16	17		
Mujer	---	1	1	1	3	15
Hombre	1	--	---	---	1	
Total	1	1	1	1	4	

El promedio de estancia hospitalaria es 15 días para ambos sexos. El 25% representa la menor estancia hospitalaria en los pacientes con neumonía complicada correspondiendo a 13 días, la mayor estancia de los pacientes es de 17 días, representando el 25%. De todos los pacientes la mayor incidencia de neumonía intrahospitalaria que representa el 75% corresponde al sexo: Mujer, frente al 25% del grupo de los hombres. Esto estaría en relación con la mayor estancia hospitalaria de este grupo que favorece la aparición de infecciones sobregregadas. De ahí la importancia de procurar una estancia hospitalaria lo más corta posible en la medida que se haya resuelto el problema por el que ingreso la paciente.

Tabla 10. Paciente con eclampsia según días de estancia hospitalaria. UCINT. Hospital Regional Docente de Cajamarca. Julio a Diciembre 2012.

Sexo	Días de estancia			Total	Promedio días estancia
	10	11	12		
	2	1	3	6	11 días
Total	2	1	3	6	

Como podemos apreciar en la tabla: el promedio de días de estancia hospitalaria es 11 días la mayor frecuencia de estancia hospitalaria para las pacientes con eclampsia fue de 12 días, representando el 50%, la menor frecuencia de estancia hospitalaria fue de 11 días. representando el 16%, El promedio de estancia hospitalaria fue de 11 días. La eclampsia es una patología frecuente de ingreso a la unidad debido a que recibimos todas las pacientes con esta patología que son referidas de los diferentes centros y puestos del ministerio salud, así como de Essalud y clinicas privadas ya que estas no cuentan con el nivel resolutivo para atender este tipo de pacientes.

**Tabla 11. Paciente con cetoacidosis según sexo y días de estancia hospitalaria.
UCINT. Hospital Regional Docente de Cajamarca. Julio a Diciembre 2012.**

Sexo	Días de estancia		Total	Promedio días estancia
	09	10		
Mujer	---	1	1	10 días
Hombre	1	---	1	
	1	1	2	

Observamos que el promedio de días de estancia hospitalaria fue de 10 días, el 50% tuvieron la menor estancia hospitalaria fue de 9 días, la mayor estancia hospitalaria 10 días estuvo representado por el otro 50%, existe igual incidencia de hombre y mujeres en la presentación de esta patología. Es urgente desarrollo de estrategias educativas que mejoren estilos de vida saludable desde la niñez para disminuir la presentación de esta entidad y un control estricto de la glicemia que eviten que el paciente desarrolle cetoacidosis.

4.2.-Experimento: Se seleccionó de Enero a Junio del 2017 pacientes con los mismos diagnósticos en el mismo número por cada diagnóstico, que se incluyó en el preexperimento, se calculó el Promedio de días de hospitalización.

Tabla 12. Promedio de días de estancia hospitalaria Enero -Junio 2017.

Diagnóstico	Promedio días de hospitalización	N° pacientes
Traumatismo craneoencefálico severo	04 días	11
Schock séptico pp urinario	03 días	3
Post cesareada por pre eclapmsia más injuria renal	02 días	12
Pacientes con evento cerebro vascular hemorrágico	07 días	3
Pacientes con evento cerebro vascular isquémico	12 días	2
Pos operada de cesárea por hellp	03 días	11
Neumonía intrahospitalaria complicada	04 días	4
Pos operada por eclampsia	01 dias	6
Cetoacidosis severa	05dias	2

Se pareó las muestras del estudio del 2012 y 2017. Por cada diagnostico se trato de homologar el número de participantes en los dos períodos a comparar por cada diagnóstico seleccionado del estudio.

Los resultados muestran que el promedio de días de estancia de todos los paciente es de 5 días.

**Tabla 06. paciente TEC severo según sexo y días de hospitalización en la UCINT
Enero-Julio 2017.**

Sexo	Días de estancia							Total	Promedio días estancia
	1	2	3	5	6	7	11		
Mujer	1	2	--	---	---	1	---	4	4 días
Hombre	--	3	1	1	1	---	1	7	
Total	1	5	1	1	1	1	1	11	

Podemos observar que de los 11 pacientes con TEC severo vemos que el promedio de días de estancia hospitalaria es de 4 Días, la mayor frecuencia de estancia hospitalaria fue de 2 días correspondiendo al 45% de todos los pacientes con este diagnóstico, menor de estancia hospitalaria es de 1 día correspondiendo al 9%, la mayor estancia hospitalaria es de 11 días correspondiendo al 9% del total de los pacientes.

Podemos evidenciar una franca reducción de días de permanencia de los pacientes después de la implementación y aplicación del protocolo de visita abierta y adecuación ambiental con respecto al año 2012 en ambos sexos pero siempre existe mayor número de casos de TEC severo en el grupo de hombres con respecto a mujeres probablemente vinculado a la práctica de conducción de vehículos motorizados bajo efecto de alcohol y al desarrollo de actividades de riesgo como trabajos de altura sin protección para este sexo.

Tabla 07. Paciente con shock séptico punto de partida urinario según días de estancia hospitalaria en la UCINT. Hospital Regional Docente de Cajamarca. Enero a junio 2017.

Sexo	Días de estancia			Total	Promedio días estancia
	2	3	4		
Mujer	1	1	---	2	3 días
Hombre	--	--	1	1	
Total	1	1	1	3	

El total de pacientes con shock séptico punto de partida urinario fue de 3 con un promedio de días de estancia hospitalaria de 3 días, la mayor frecuencia de casos como en el año 2012 sigue siendo el sexo mujer con respecto al sexo hombre , la menor estancia hospitalaria es de 2 días, la estancia hospitalaria más larga es de 4 días; lo que evidencia una notable disminución de estancia hospitalaria comparada con pacientes del mismo diagnóstico del año 2012 debido al alta precoz y no presencia de otras infecciones sobreagregadas durante la hospitalización en la Unidad.

Tabla 08. Paciente con pre eclampsia con injuria renal según días de estancia hospitalaria en la UCINT. Hospital Regional Docente de Cajamarca Enero a Junio 2017.

Sexo	Días de estancia			Total	Promedio dias de estancia
	01 días	02 días	03 días		
N° pacientes	1	6	5	12	2 días
Total	1	6	5	12	

Podemos apreciar que de las 12 pacientes con el diagnóstico de preeclampsia con injuria renal, su promedio de estancia hospitalaria fue de 2 días, la estancia más corta fue de 1 día y la más larga de 3 días, la mayor frecuencia de estancia es decir 50% correspondió a 2 días de estancia hospitalaria lo que evidencia una clara disminución de los días de estancia hospitalaria con la aplicación del protocolo de visita abierta y adecuación ambiental que a través de la aplicación de sus componentes de intervención facilitaron un alta precoz de las pacientes con respecto al año 2012.

Tabla 09. Paciente con Diagnóstico: E.C.V hemorrágico según sexo y días de estancia hospitalaria en la UCINT. Hospital Regional Docente de Cajamarca. Enero a junio del 2017.

Sexo	Días de estancia			Total	Promedio días estancia
	5	6	9		
Mujer	---	1	1	2	7 días
Hombre	1	--	---	1	
Total	1	1	1	3	

El promedio de días de estancia hospitalaria fue 7 días para pacientes con ECV hemorrágico ,la estancia más corta fue del sexo masculino de 5 días, la estancia más larga fue de 9 días correspondiente al sexo femenino, lo que evidencia una franca reducción de días de estancia hospitalaria con la aplicación del protocolo de visita abierta y adecuación ambiental , que permitió un alta precoz de los pacientes y la no agregación de infecciones intrahospitalarias que pudieran prolongar su mayor estancia, con respecto al año 2012.

Tabla 10. Paciente con Diagnóstico de ECV isquémico según sexo y días de estancia hospitalaria de la UCINT. Hospital Regional Docente de Cajamarca. Enero a junio del 2017.

Sexo	Días de estancia		Total	Promedio días estancia
	09	10		
Mujer	1	---	1	12 días
Hombre	---	1	1	
	1	1	2	

El promedio de días de estancia hospitalaria de ECV isquémico fue de 12 días, la estancia más corta fue de 9 días correspondiente al sexo mujer, la estancia más larga fue 10 días, correspondiente al sexo hombre, hubo igual incidencia en los grupos de ambos sexos, podemos evidenciar una disminución importante de días de estancia hospitalaria en los dos grupos después de haber recibido la aplicación del protocolo de visita abierta y adecuación ambiental comparados con el año 2012.

Tabla 11. Pacientes con síndrome hellp por número de días de estancia hospitalaria enero a junio 2017

Sexo	Días de estancia						TOTAL	Promedio días de estancia
	1	2	3	4	5	6		
Nº de pacientes	2	4	2	1	1	1	11	3

El promedio de estancia hospitalaria de las pacientes con Síndrome HELLP fue 3 días, la estancia más corta fue 1 día correspondiente al 18% de los pacientes, la estancia más larga fue de 6 días, correspondiendo al 9% de los pacientes, la mayor frecuencia de estancia hospitalaria fue de 2 días correspondiendo al 36% de los pacientes con este diagnóstico, lo que evidencia una franca reducción en días de estancia hospitalaria bajo el efecto de la aplicación del protocolo de visita abierta y adecuación ambiental.

Tabla 12. Paciente con neumonía intra hospitalaria complicada según sexo y número de días de estancia hospitalaria. UCINT. Hospital Regional Docente Cajamarca. Enero a junio del 2017

Sexo	Días de estancia			Total	Promedio días de estancia
	02 días	05 días	10 días		
Mujer	2	---	1	3	
Hombre	---	1	---	1	5 días
Total	2	1	1	4	

Observando la tabla podemos ver que el promedio de días de estancia hospitalaria para los pacientes con neumonía intrahospitalaria complicada fue de 5 días, la estancia más corta fue de 2 días correspondiente al 50% de los pacientes con este diagnóstico, la estancia más larga fue de 10 días correspondiente correspondiendo al 25%, la mayor frecuencia de estancia hospitalaria fue de 2 días correspondiendo al 50%, evidenciándose que el mayor porcentaje de pacientes con este diagnóstico bajo la influencia del protocolo de visita abierta y adecuación ambiental tuvieron estancias mucho más cortas si los comparamos con el año 2012.

Tabla 13. Número de paciente con Eclampsia según días de estancia hospitalaria en UCINT. Hospital Regional Docente de Cajamarca. Enero junio 2017

Sexo	Días de estancia					Promedio de días de estancia
	2 días	3 días	4 días	5 días	Total	
Nº de pacientes	3	1	1	1	6	3 días

El promedio de estancia hospitalaria de las pacientes con Eclampsia fue 3 días, la estancia más corta fue de 2, correspondiente al 50% , la mayor frecuencia de estancia hospitalaria es de 2 días representando el 50% de los pacientes con diagnóstico de eclampsia, la estancia más larga fue 5 días, representando el 16% de todas las pacientes con este diagnóstico, de todo esto podemos evidenciar una franca disminución de días de estancia hospitalaria y que la mayor de los pacientes de este diagnóstico se ubican en el grupo de la estancia más corta lo que demuestra una franca reducción de estancia hospitalaria para las pacientes con eclampsia y que el porcentaje más alto de pacientes con este diagnóstico se encuentran en el grupo de estancia más acorta con la aplicación del protocolo de visita abierta y adecuación ambiental, con respecto al año 2012.

Tabla 14. Paciente con cetoacidosis según sexo y días de estancia hospitalaria en la UCINT. Hospital Regional Docente de Cajamarca enero a junio 2017.

Sexo	Días de estancia			Promedio días de estancia
	04 días	06 días	Total	
Mujer	1		1	5 días
Hombre		1	1	
Total	1	1	2	

Según podemos apreciar el promedio de días de estancia hospitalaria para pacientes con cetoacidosis fue 5 días. La estancia más corta fue de 4 días correspondiente al sexo mujer representando 50% de los pacientes con este diagnóstico, la estancia más larga fue de 6 días correspondiente al sexo masculino y representando el 50% de todos los pacientes de este grupo de diagnóstico, por lo que podemos evidenciar una disminución de días de estancia hospitalaria con la aplicación del protocolo de visita abierta y adecuación ambiental con respecto a su no aplicación en pacientes con el mismo diagnóstico en el año 2012.

Cuadro 01. Efecto de la aplicación del protocolo de visita abierta y adecuación ambiental en la unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Regional Docente de Cajamarca

2012		2017	
Diagnóstico	Días estancia	Diagnóstico	Días estancia
Traumatismo craneoencefálico severo	16	Traumatismo craneoencefálico severo	04
Shock séptico pp urinario	12	Shock séptico pp urinario	03
Pos cesareada por pre eclampsia más injuria renal	10	Pos cesareada por pre eclampsia más injuria renal	02
Paciente con ECV hemorrágico	23	Paciente con ECV hemorrágico	07
Paciente con ECV isquémico	20	Paciente con ECV isquémico	12
Post cesareada por hellp	10	Post cesareada por hellp	03
Neumonía intrahospitalaria complicada	15	Neumonía intrahospitalaria complicada	04
Post cesareada por eclampsia	11	Post cesareada por eclampsia	01
Cetoacidosis severa	10	Cetoacidosis severa	05
Total	14	Total	05

Fuente: historias clínicas de la UCINT- 2018

Se logró una notoria reducción de la estancia hospitalaria en general de 14 días en el 2012 a 5 días en el 2017. Lo que significa una reducción 64% de las estancias hospitalarias y un ahorro económico estimado para la institución de 20 160 000.00 en reducción de estancia hospitalaria.

Se encontró una marcada disminución de la estancia hospitalaria en los pacientes con traumatismo craneoencefálico severo de 16 a 4 días entre el 2012 y 2017 lo que significa una reducción en 75% de la estancia hospitalaria con respecto al año 2012.

En cuanto a shock séptico punto partida urinario hubo una reducción de 12 días a 3 días lo que significa una reducción de 75% en estancia hospitalaria en este diagnóstico.

Para el diagnóstico de pos cesareada por Pre eclampsia severa más injuria renal encontramos una disminución de 10 días a 2 días de estancia hospitalaria lo que equivale a un 80% de disminución de estancia.

Se logró una franca disminución de los días de estancia hospitalaria en los pacientes con diagnóstico de ECV hemorrágico de 23 a 7 días lo que implica una reducción de 70% de estancia hospitalaria.

La reducción de estancia hospitalaria en pacientes con diagnóstico de ECV isquémico fue de 20, en el 2012 a 12 días en el 2017 es decir hubo reducción de estancia de un 40%.

En los casos de pos cesareada por Hellp la reducción de estancia hospitalaria fue de 10 en el 2012 a 3 en el 2017 lo que significa una reducción de 70% de estancia hospitalaria.

Las pacientes con neumonía intrahospitalaria complicada hubo una disminución de 15 en el 2012 a 5 en el 2017 lo que implicó una reducción de 67% en la estancia hospitalaria.

En las pacientes pos operadas por Eclampsia se logró una reducción de de 11 días a 3 días lo que implica una reducción de estancia hospitalaria del 73%

Los pacientes con diagnóstico de cetoacidosis severa logramos una reducción de 50% de estancia hospitalaria al comparar los años 2012 y el año 2017, ya que en el año 2012 hubo una estancia de 10 días promedio frente al 2017 de 5 días de estancia hospitalaria. .

Cuadro 02. Cuadro comparativo de la condición de alta de los pacientes hospitalizados en UCINT 2012 y 2017. Hospital Regional Docente de Cajamarca.

CONDICION DE ALTA	2012	2017
Recuperado	14	54
Compensado	30	00
Fallecido	10	00
TOTAL	54	54

Fuente: historias clínicas de la UCINT- 2018

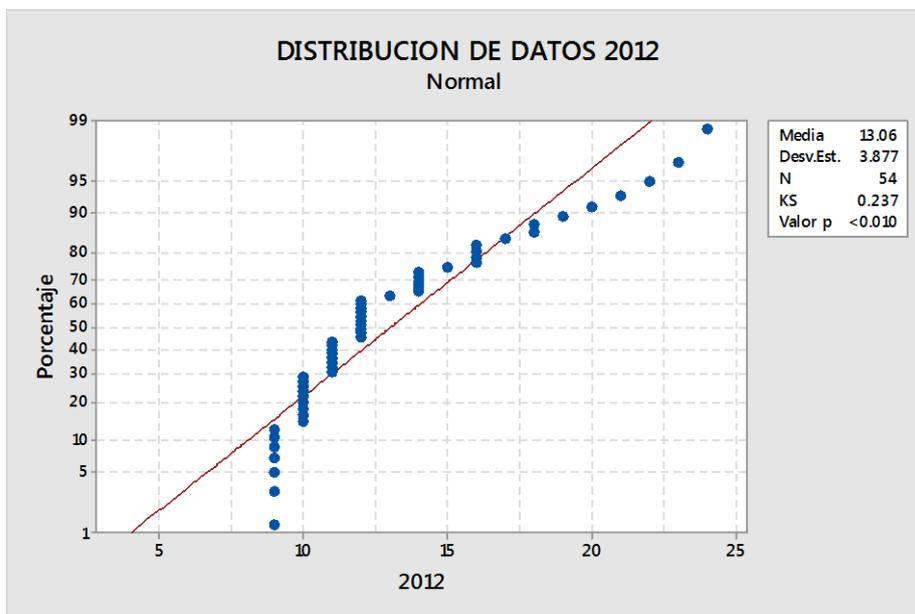
Los datos de la tabla muestran que se logró una franca mejoría de la condición de alta del paciente como recuperado de 14 en el 2012 a 54 en el 2017 lo que significa un aumento de casi 3 veces el número de paciente que salieron como totalmente recuperados del servicio.

Se logró una disminución de 100% de pacientes que salieron del servicio en condición de compensado. Ya que disminuyó el número de pacientes que salieron en calidad de sólo compensados de 30 en el 2012 a 0 en el 2017.

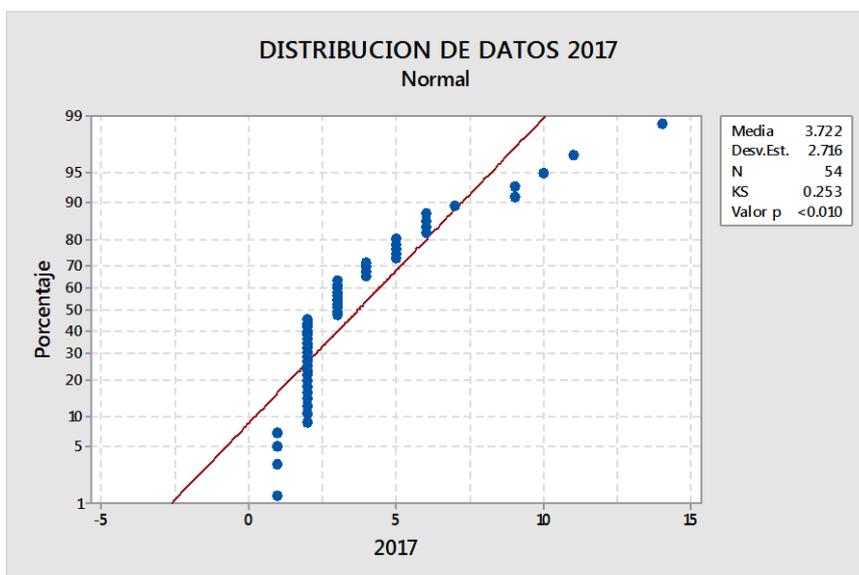
Logramos una disminución del 100% de muertes en el 2017 ya que disminuyó de 10 fallecidos en el 2012 a 0 en el 2017.

lo que la autora observó es que los pacientes salen recuperados más rápido del servicio, hay mayor disponibilidad del número de camas y los familiares y pacientes salen contentos del servicio y muchas veces regresaban con obsequios, de visita a agradecer por su recuperación y por la calidez de atención

Los resultados evidencian una franca disminución de los días en los días de estancia hospitalaria en cada uno de los diagnósticos más frecuentes seleccionados esta mejoría en la calidad y calidez de atención no sólo se evidencia en disminución de estancia hospitalaria si no también en la condición de alta de los pacientes que muestra que la totalidad de las altas salieron del servicio en condición de recuperados , no hubo pacientes que salieron sólo compensados, no hubo ningún fallecido como condición de alta de los pacientes que formaron parte del estudio con los diagnósticos más frecuentes seleccionados.



Como podemos observar en la grafica el valor de P es menor de 0.05 por lo tanto los datos no tienen distribución normal



Podemos observar el grafico que P es menor de 0.05 por lo que los datos del 2017 no siguen una distribución normal Como las muestras del 2012 histórico y del 2017 no siguen una distribución normal se utilizó la prueba no paramétrica de:

Prueba de Mann-Whitney, permitió determinar Un p - value de 0.000 equivale a que se estaría rechazando la hipótesis nula aún fijando el nivel de la prueba (probabilidad de error de tipo I, o de rechazo de la hipótesis nula cuando ésta es verdadera) en ese valor.

Como se aprecia el valor de P es: 0.0000 que es menor que 0.05 por lo que se rechaza la hipótesis nula y se concluye que las estancias hospitalarias fueron mucho mayores en el año 2012 que en el año 2017 con grado de confianza de 95% y un p altamente significativo.

¿Qué es una prueba de Mann-Whitney?

La prueba de Mann-Whitney es una prueba no paramétrica que permite comparar dos muestras independientes.

Tres investigadores, Mann, Whitney y Wilcoxon, perfeccionaron por separado una prueba no paramétrica muy similar que puede determinar si las muestras pueden considerarse idénticas o no sobre la base de sus rangos.

Esta prueba se puede utilizar únicamente para estudiar las posiciones relativas de las muestras. Por ejemplo, si generamos una muestra de 500 observaciones tomadas de una distribución $N(0,1)$ y una muestra de una distribución de 500 observaciones de una distribución $N(0,4)$, la prueba de Mann-Whitney no encontrará ninguna diferencia entre las muestras.

Los resultados propuestos por XLSTAT se basan en el estadístico de U de Mann-Whitney

CAPITULO 5

DISCUSIÓN

Este trabajo de investigación busca demostrar que la visita abierta de los familiares no sólo es importante si no debe ser considerada como una necesidad en la recuperación integral y más rápida del paciente crítico que su visita no sólo se limite a la compañía si no que se conviertan en un agente activo en la recuperación de su paciente lo que concuerda con (33) La políticas de visita flexible, además de ser beneficiosas para los familiares del paciente crítico y el propio paciente, constituyen en sí mismas una necesidad. Se considera necesario favorecer la paulatina participación de la familia en el cuidado y la adquisición del un rol más notorio en el contexto de la visita y en su relación con el paciente.

Este trabajo de investigación ha demostrado que la liberación de las visitas influye positivamente en la recuperación más rápida de los pacientes disminuyendo el número de días de estancia hospitalaria y mejorando la condición de alta de los pacientes lo que concuerda con (34) quien afirma:” Que se ha demostrado que la liberación de la visita influye positivamente en los pacientes,produciendo un efecto positivo tanto en su estado emocional como en su recuperación.

También al contrario de las creencias que suponían que la visita provocaba elevación de los parámetros hemodinámicos, los datos actuales demuestran que dichos parámetros se normalizan cuando la visita dura más de 15 minutos. Otro aspecto es el control de las infecciones nosocomiales en las unidades intensivas se limita el contacto con la familia que se aprecia, como una fuente de contaminación. Siembargo esto no ocurre así, no hay aumento de infección nosocomial como se pensaba tradicionalmente, sino por el contrario hay una disminución. Al comparar las complicaciones asociadas a la visita abierta, frente

a la visita restrictiva no se observa un aumento de las complicaciones infecciosas en la primera.

Se obtuvo un alto grado de significación estadística con un P valor de:0.0000 con un grado de confianza de 95% utilizando la prueba e hipótesis de Mann-Whitney ya que los datos del 2012 y 2017 no siguen una distribución normal. De lo que se concluye que las estancias hospitalarias en el año 2017 fueron mayores en el 2012. Que la reducción de estancia hospitalaria en el 2017 se debe a la aplicación del protocolo de vista abierta y adecuación ambiental que se aplicó en este año comparado con el histórico del 2012 donde no se aplicó.

En cuanto al **componente de visita abierta** influyó en forma positiva por que el sentir la cercanía de sus familiares, sentir su compañía y afecto, genera, que el paciente crítico disminuya, el miedo y la ansiedad generada por el estado de gravedad en el que se encuentra y el hecho de encontrarse en un ambiente desconocido lleno de equipos y máquinas conectado a ellas; lo que concuerda con (35) El cerebro interpreta una situación del exterior como estresante.) El hipotálamo, estructura cerebral encargada de coordinar conductas relacionadas con la supervivencia, envía señales eléctricas a la glándula pituitaria y esta, a su vez, envía la hormona ACTH a las glándulas suprarrenales donde es liberado el cortisol y la adrenalina.

El permitir que su familiar lo acompañe, que sienta su cariño y apoyo permanente, caricias, besos el que les haga reír, genera en el paciente una reducción del estado de estrés, reduciéndose los exagerados niveles de cortisol y un aumento de la secreción de serotonina neurotransmisor vinculado con la recompensa, bienestar, sensación de felicidad; producto de la estimulación afectiva, equivalente al efecto producido por estimulación por drogas estimulantes de la producción de serotonina, lo que concuerda

con (36) quien afirma sobre la serotonina:” Es bien conocida su función en el cerebro donde juega un papel importante en el estado de ánimo, la ansiedad y la felicidad. Drogas ilegales que alteran el ánimo, como el Éxtasis o el LSD, producen un aumento masivo en los niveles de serotonina.

A su vez esta estimulación afectiva se encuentra vinculada con mayor segregación de endorfinas, dopamina y otros neurotransmisores relacionadas con bienestar y soporte del dolor lo que coincide con (37) los besos liberan endorfinas y hormonas como la dopamina y la oxitocina, ligadas al cariño y la ternura.

Esta mayor secreción de endorfinas producto de la estimulación afectiva del familiar con sus besos, caricias y contacto corporal, ayudaría no sólo a reducir el estrés sino también a mejorar su sistema inmunológico, reduciendo y tolerando mejor el dolor de sus molestias y mejorando su circulación cardiovascular al reducir la injuria endotelial producto de su estado crítico lo que concuerda con (38) quien afirma sobre las endorfinas:”Su característica más importante es que si estas hormonas no existieran aún estando sanos físicamente sentiríamos alguna molestia en alguna parte del cuerpo. Se ha comprobado además que las endorfinas sirven para reforzar el sistema inmunitario, además de combatir el envejecimiento y el estrés, evitando lesiones y reduciendo el dolor y evitando también lesiones en los vasos sanguíneos.

El tener al familiar cercano que le haga reír no sólo disminuyó el grado de estrés y ansiedad en nuestro paciente sino también nos permitió mejorar su sistema inmunológico por ende su recuperación más rápida lo que concuerda con (39) quien

afirma que:”La risa es un síntoma de bienestar, pero a su vez puede ser un buen “fármaco” para nuestra salud.

Reír fortalece el sistema inmunológico y reduce la ansiedad. De ese modo, la risa puede ser un buen recurso para mejorar la calidad de vida de algunos. La risa es un síntoma de bienestar, pero a su vez puede ser un buen “fármaco” para nuestra salud.

El acompañamiento familiar en el estado crítico no solo disminuye el estrés y los valores de cortisol sino que esto se traduce en cambiar de una actitud triste o negativa por una actitud positiva que mejora su respuesta inmunológica su bienestar y su mejoría precoz lo que concuerda con (40) quien afirma:”Cuando nos invaden las emociones negativas, el cortisol (la hormona del estrés) aumenta y actúa como un inmunosupresor importante. Una actitud positiva refuerza nuestro sistema inmunológico, según determinan los últimos estudios realizados al respecto, reforzados por la opinión de los expertos. Como hace la doctora Ascensión Marcos, Profesora de Investigación del Consejo Superior de Investigaciones (CSIC) al afirmar que un estado positivo “es fundamental porque las funciones del organismo responden mejor ante cualquier agresión externa”.

De otro lado la situación de estrés generada por el estado crítico como por ambiente tétrico de las unidades intensivas genera no sólo cortisol sino también origina una excesiva secreción de adrenalina que perpetuaba el aumento de consumo de energía utilizada en aumentar la frecuencia cardíaca, aumentar la frecuencia respiratoria, aumento de la presión arterial, aumento exagerado de liberación de glucosa a partir de glucógeno hepático con el aumento concomitante de glucagón como parte de hormonas de respuesta al estrés, disminución del tránsito intestinal y de la absorción

de nutrientes a nivel intestinal lo que genera un desbalance metabólico con deficiencias de producción de ATP para la producción de proteínas responsables de la estructura de receptores de membrana de la defensa celular que influye en la mediación y recuperación más rápida y la predisposición a la adquisición de infecciones intrahospitalarias sobre agregadas.

Lo que concuerda con (41) que afirma: Las células inmunes accesorias y los linfocitos tienen receptores de membrana para la mayoría de los neuropéptidos y neurotransmisores como la norepinefrina, el principal neurotransmisor liberado en las terminaciones nerviosas simpáticas, y estas células responden a agonistas adrenérgicos, así como a otros neurotransmisores. Estos receptores son funcionales y su activación conduce a cambios en las funciones inmunes que incluyen la proliferación celular, el quimiotactismo y las respuestas inmunes específicas.

El acompañamiento familiar reduce el estrés y consecuentemente disminuye la secreción de noradrenalina sustancia vinculada con el deterioro del sistema inmunológico y aparición de alteraciones cardiovasculares durante la estancia del paciente en área crítica lo que repercute en una prolongación en la recuperación de los pacientes y adquisición de infecciones sobreagregadas lo que concuerda con (41) quien afirma: Por otro lado, el estrés favorece una exagerada producción de adrenalina (epinefrina), molécula implicada en la aparición de problemas cardiovasculares, obesidad, depresión inmune y cáncer. La adrenalina inhibe considerablemente la expresión del receptor de la IL-2 con la consiguiente disminución de los efectos de esta citoquina, imprescindible en la regulación celular; la adrenalina también causa

una disminución en la actividad de las células NK, importantes en la defensa inmunitaria no específica y antitumoral.(41)

En el componente de la adecuación ambiental : El hecho de poner música para disminuir el estrés repetitivo de los sonidos emitidos por las alarmas de los ventiladores o bombas de infusión tubo un efecto positivo, esta estimulación sonora ya que este estímulo viajó a centros superiores produciendo la liberación de dopamina, serotonina y endorfinas, hormonas involucrada en el estado de bienestar y satisfacción lo que contribuye a mejorar su estado inmunológico y mejor defensa a infecciones a fin de combatir en forma rápida las infecciones presentes o evitar futuras infecciones sobre agregadas, contribuyendo a un alta más precoz de unidad.

Lo que concuerda con (42) quien afirma” De acuerdo con los expertos, la música actúa en múltiples planos, facilitando, promoviendo y estimulando cambios a nivel neurofisiológico y psicoemocional, a través de la armonía, tiempos y ritmo; llegando al cerebro a través de ondas eléctricas que generan neurotransmisores como la serotonina y dopamina, que bajan los niveles de cortisol, mejor conocido como la hormona del estrés.

La música que se les hizo escuchar es su música favorita, la que escuchaban dentro del seno de sus hogares lo que explicaría su efecto positivo al liberar mayor cantidad dopamina, neurotransmisor vinculado no sólo con el bienestar y alegría sino con una mejor respuesta inmunológica y una mejor y más rápida recuperación.

Lo que concuerda con (40) que afirma” Utilizando técnicas de diagnóstico por imágenes (PET, Resonancia Magnética etc) el equipo de Valorie alimpoor y Robert Zatorre de la Universidad McGill de Montreal (Canadá) midió la secreción de dopamina y la actividad cerebral de una decena de voluntarios al escuchar música instrumental, sin voces humanas. El escáner mostró que el cerebro de los participantes liberaba más dopamina -el neurotransmisor del placer- en una región llamada núcleo estriado cuando los sujetos escuchaban sus canciones favoritas.

La dopamina que se libera producto del estímulo de música sobre todo de la música favorita del ser humano ayuda a mejorar la defensa del mismo a través de su acción sobre la respuesta celular y humoral lo que ayuda a una recuperación más rápida y a evitar la sobreadición de una nueva infección que alargue la estancia hospitalaria. Lo que coincide con (42) que afirma:” Así mismo los análisis revelaron que la dopamina se libera en el momento culmen de la melodía, cuando ésta nos hace estremecer literalmente en un escalofrío, en la misma región cerebral ligada a la euforia que produce el consumo de cocaína: el núcleo accumbens. Pero además, unos segundos antes, se produce una descarga de dopamina en el área vinculada a la anticipación y las predicciones: el núcleo caudado.

La secreción dopamina por la estimulación musical mejoraría la defensa celular y humoral acortando la estancia hospitalaria lo que concuerda con (43)“Y ¿qué hace la dopamina en relación al sistema inmune? Pues entre otras modifica la actividad de los propios linfocitos T de una manera dual: los activa cuando están en reposo y los inhibe cuando están activos, pero además actúa regulando a otras células inmunes como linfocitos B, macrófagos. (43)

Además concuerda (43) quien afirma sobre la dopamina que :”la posibilidad de dos niveles de regulación por dopamina de la actividad de linfocitos T, una regulación de tipo “global” mediada por la dopamina circulante sistémica y un mecanismo de control “local” mediado por la producción/captación de dopamina por los propios linfocitos.

De otro lado la estimulación musical mejora el funcionamiento cardiovascular evitando que la estancia de los paciente pueda alargarse por una complicación cardiovascular lo que concuerda con (42) al afirma ”los Científicos del Centro Médico de la Universidad de Maryland han demostrado que escuchar música puede beneficiar al sistema cardiovascular tanto como hacer ejercicio o tomar ciertos medicamentos.

Concretamente, analizando la respuesta de los vasos sanguíneos con ultrasonidos mientras escuchamos música, Michael Miller y sus colegas comprobaron que el diámetro de los vasos, medido en la parte alta del brazo, aumenta un 26% con nuestra música favorita. En contraste, la música que calificamos como estresante hace que los vasos se contraigan un 6%. Los experimentos mostraron también que escuchando canciones que invitan a reír los vasos sanguíneos se dilatan un 19%, mientras que la música relajante produce una expansión del 11%.

En cuanto a la iluminación diferencia favoreció la recuperación de los pacientes en forma más rápida por que la disminución de la intensidad de la luz durante la noche estuvo relacionada con favorecer la liberación adecuada de melatonina y conciliación de sueño que tiene un efecto de reparación celular y mejora de los mediadores de

defensa humoral y celular y disminución de estancia hospitalaria y condición de alta del paciente.

Lo que coincide con (44). Quién afirma sobre la melatonina:”La literatura recién viene haciendo hincapié acerca del posible papel de la glándula pineal y su producción hormonal conocida como N-acetil-5 -metoxi-triptamina, como una hormona estrechamente relacionada con el sistema inmune.

Generalmente reforzadora del sistema inmune: Capacidad para aumentar la respuesta de anticuerpos, la actividad de linfocitos helper, así como la producción de interleukinas -2 tras la administración prolongada de melatonina, aumento de la relación TH/NK, aumento de la citotoxicidad celular dependiente de anticuerpos, inducción de la maduración de los linfocitos, incremento de interleukina 2 y de interferón gama, de la presentación de antígenos y la producción de citokinas, en monocitos humanos la mejor actividad citotóxica y mayor producción de interleukina -1m-RNA, incremento del número de granulocitos-macrófagos.

La disminución de la intensidad de la luz durante la noche favorece el descanso nocturno y refuerza el sistema inmunológico y la reparación celular lo que coincide, además de mejorar el estado de ánimo y su recuperación más rápida lo que esta de acuerdo con (37) que afirma: Dormir bien, tanto en cantidad como en calidad, es otro condicionante fundamental para tener un sistema inmunológico fuerte. Un descanso incorrecto es tan perjudicial para nuestras defensas como el sedentarismo. Además, un correcto descanso nos ayudará a mejorar nuestro estado de ánimo y, por tanto, los niveles de energía.

El disminuir la iluminación durante la noche permite que la oscuridad favorezca la escasa secreción de cortisol durante la misma y favorezca a su vez la reparación celular y mejor activación de la respuesta inmunológica lo que concuerda con (45) que nos dice” La cantidad de la hormona cortisol presente en la sangre está sometida a una variación diurna, con niveles más altos por la mañana (aproximadamente a las 8), y niveles más bajos entre las 12-4 horas de la noche, o 3-5 horas después de la aparición del sueño. La información sobre el ciclo luz/oscuridad se transmite desde la retina hasta el núcleo supraquiasmático del hipotálamo.

Por lo tanto el favorecer el descanso nocturno a través de disminución de intensidad de la sueño efectivo reducirá los niveles de cortisol normal de acuerdo a su ciclo circadiano alterado por iluminación artificial, lo que mejorará la respuesta inmunológica de los pacientes con disminución de estancia hospitalaria lo que concide con (35) Niveles altos de cortisol en sangre provocan una serie de cambios en los leucocitos, encargados de luchar contra enfermedades potenciales. Por otro lado, el cortisol puede frenar la producción y acción de las citoquinas, encargadas de iniciar la respuesta inmunológica.

El ingreso de tortas, equipo electrónicos tablest ,dvd, televisores portátiles, revistar, periodicos tiene o está relacionado con la liberación de mediadores como la endorfinas hormona involucrada en los procesos de recompensa y mejora al soporte del estrés mejorando el estado inmunológico y mejor capacidad de recuperación más rápida de nuestros pacientes.Lo que coincide con (35)Las endorfinas se activan siempre que realizamos cualquier actividad que estimule nuestros sentidos que según se ha podido

comprobar que aumentan las endorfinas en personas que sufren alguna enfermedad y disminuyen así sus necesidades de medicinas.

El ingreso de materiales de esparcimiento como tablets, celulares, DVD, revistas, periódicos disminuirán el ánimo depresivo producido por su estado de gravedad como por su permanencia en estos ambientes críticos produciendo la estimulación sensorial y liberación de endorfinas, sustancias vinculadas con el bienestar y soporte y tolerancia del dolor disminuyendo la secreción de cortisol y concomitantemente aumentando la eficacia de sistema inmunológico y permitiendo una recuperación más rápida de los paciente.

Lo que coincide con(45) Los estados de ánimo deprimidos y la persistencia del estrés disminuyen con el tiempo la capacidad del sistema inmune para hacer frente a microorganismos externos. Es por ello que cuando estamos en una época de mucha tensión resulta más fácil enfermarse tanto en ese momento como después de que la situación haya pasado. La liberación de endorfinas, sin embargo, produce un fortalecimiento de este sistema al mejorar la situación emocional y permitir el afrontamiento de situaciones dolorosas.

A la vez el ingreso de estos materiales de esparcimiento disminuyen el estrés y la liberación exagerada de cortisol que suprime nuestra defensa con (41) que nos dice:” Entre las consecuencias más graves del estrés se encuentra su acción sobre el sistema inmunitario. El estrés deprime la inmunidad alterando la regulación natural del cuerpo, destruye la capacidad defensiva de nuestro organismo y deja la puerta abierta a graves enfermedades.

Una de las más importantes alteraciones inmunitarias, deriva del desequilibrio entre el Cortisol y la hormona DHEA. El cortisol, gran supresor del sistema inmune liberado por las glándulas suprarrenales, aumenta en situaciones de estrés, mientras que la DHEA, intermedio metabólico con propiedades anti-glucocorticoides, antiinflamatorias y neuroprotectoras, suele disminuir; la DHEA además, tiene una acción de bloqueo de la excitotoxicidad. Una relación descompensada entre Cortisol y DHEA durante un largo periodo de tiempo, afecta a múltiples sistemas del organismo y eleva la probabilidad de diferentes enfermedades.

La teoría de Donavedian que sirvió para esta investigación en sus tres componentes, en el componente técnico se utilizó los nuevos avances en la ciencia y los nuevos conceptos en la atención humanizada para atención de los pacientes se revisó información actualizada sobre el no aumento de infecciones intrahospitalarias con el ingreso de los familiares y su cercanía sin restricción dentro de la unidad corroboraron su efecto beneficioso.

Componente interpersonal se estrecho lazos de amistad y afecto entre el personal y pacientes y familiares en un ambiente de coordinación y respeto mutuo.

En el componente de confort los dos componentes tanto la visita abierta como adecuación ambiental esta inspirada en mejorar el confort del paciente en que se sienta en casa como tener a su lado a sus familiares más querido y no sólo verlo por unos segundos , el escuchar la música que escuchan usualmente, el bajar la intensidad de la luz por la noche, el poder utilizar su celular Tablet, revista periódico, que le canten con

su torta en su cumpleaños todas estas estrategias están a mejorar el confort durante su hospitalización dentro de la unidad.

Nos sirvió esta teoría para mejorar no sólo la calidad sino calidez de atención de nuestros queridos pacientes. Ha servido también esta teoría para incentivar a nuestro director del Hospital Regional Docente de Cajamarca a invertir en mejorar la infraestructura y algunos equipos que mejore los 3 componentes de esta teoría en nuestra unidad.

En este trabajo de investigación la teoría del trabajo humanizado nos sirvió para central nuestra atención en mejorar las relaciones interpersonales entre el personal de salud, paciente y familiar de paciente, buscando reconocer las necesidades individualizadas de cada paciente y verlo en todos sus dimensiones física , afectiva ,social,economica y buscar recuperarlo en forma holística, en esta recuperación que participe no solo el personal de salud si también el familiar y el propio paciente formen parte active en su proceso de recuperación, en seguir buscando nuevas e innovadoras estrategias basadas en el afecto y en un cuidado multidimensional.

La teoría de las etapas de cambio nos permitió lograr en la mayoría del personal de la Unidad de Cuidados Intermedios un cambio de conducta y que este cambio alcance la fase de mantenimiento en aplicar el protocolo de visita abierta y adecuación ambiental.

CONCLUSIONES

1.- El efecto positivo de la aplicación del protocolo de visita abierta y adecuación ambiental se tradujo en que se demostró el efecto altamente significativo de la aplicación del protocolo de visitas abiertas y adecuación ambiental (pvalue de 0.0000), por lo tanto se acepta la hipótesis alterna.

2.- La estancia hospitalaria de los pacientes hospitalizados en UCINT se redujo en 9 días considerando que el promedio para el 2012 era de 14 días, para los pacientes del presente estudio el tiempo se redujo a 5 días promedio, es decir se logró una reducción de 64% en la estancia hospitalaria.

3.-Producto del impacto logrado a través de este trabajo de investigación se logró sensibilizar y materializar el apoyo de la Dirección del Hospital Regional de Cajamarca que contribuirá con su apoyo económico a mejorar la infraestructura del área donde se atiende a los pacientes en UCINT.

A través de la construcción de una manpara y un balcón que permitirá el esparcimiento de nuestros pacientes concientes, mejorar el cambio de intensidad de la luz, adquisición de equipo de sonido, así como LCDS y teclados inalámbricos que permitan mejorar la comunicación con pacientes intubados o con limitación del lenguaje, así como fondos de paisajes en los separadores, en mejoras infraestructurales humanizadas para el personal de salud se adecuará el ambiente descanso y capacitación a los familiares de los pacientes.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a la Dirección del Hospital Regional Docente de Cajamarca continuar con su apoyo para seguir fortaleciendo el trabajo desarrollado con la aplicación del protocolo de visita abierta y adecuación ambiental así como a nuestra DIRESA continuar con la aplicación de este protocolo utilizado en esta investigación en otras áreas de atención hospitalaria y comunitaria reproducibles de acuerdo a cada realidad particular de cada establecimiento. Considerando los grandes logros obtenidos durante la ejecución de este trabajo de investigación en favor de nuestros queridos pacientes.
2. Para quienes adopten este protocolo como modelo para su aplicación se sugiere respaldarlo como política institucional, para darle la oficialidad que permita programas presupuestales y programas de capacitación y concienciación para el personal, asegurando una atención humanizada.
3. A la Escuela de Posgrado se recomienda continuar investigando sobre el tema del presente estudio para crear mayor evidencia sobre los efectos de los planes de mejora como el protocolo que fue aplicado en esta investigación.
4. A los directores de escuelas de las carreras profesionales en salud, considerar los resultados de esta investigación para su inclusión en los contenidos de asignaturas correspondientes.
5. En base a los resultados se recomienda considerar que la ambientación de las áreas críticas debe ser una estrategia no honerosa y que puede aplicarse en otros contextos. Por lo tanto las unidades de calidad de las instituciones hospitalarias deben tener en cuenta los logros de esta trabajo de investigación, por el impacto humano y financiero.

6. Esperamos que nuestro trabajo consolidado en este trabajo de investigación pueda servir de base para otros trabajos que busque como propósito fundamental mejorar la calidad de atención al paciente en cuanto a eficacia y eficiencia si no también en darle el calor humano que necesitan nuestros pacientes sobre todo de área crítica por su gran cercanía a la muerte, por la condición en la ingresan y no hay mejor regalo de amor que podamos ofrecerles que una atención llena calor humano y permitirle la cercanía de sus seres más queridos en un ambiente lo más familiar y cálido posible.

VII.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Balik B, Conway J, Zipperer L, Watson J. Achieving an Exceptional Patient and Family Experience of Inpatient Hospital Care. IHI Innovation Series white paper. 2011 Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; (citado :22 de Julio 2018), Pag 1 Disponible:
<http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/AchievingExceptionalPatientFamilyExperienceInpatientHospitalCareWhitePaper.aspx>

- .Pediatric HCAHPS Fact Sheet, Pediatric Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems Survey, May 2012(Pediatric HCAHPS). Disponible en: http://childrenshospital.org/cfapps/research/data_admin/Site3349/mainpageS3349P0.html

3. Molter N. Families are not visitors in the critical care unit. **Dimens Crit Care Nurs** 1994.(citado 20 de marzo 2017). Vol13.Pag2-3.Disponible: [file:///C:/Users/Betty/Contacts/Downloads/10017624_S300_es%20\(9\).pdf](file:///C:/Users/Betty/Contacts/Downloads/10017624_S300_es%20(9).pdf)

4. Brown A. Effect of family visits on the blood pressure and heart rate of patients in the coronary care unit. *Heart Lung* 1976 (citado 20 Marzo 2017) Vol.5(29) pags1-6. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7882862>

5. Bell I. family-visitation-adult-icu-practicealert . *Critical Care* 2011.(citado 20 marzo 2017) Vol.36(1).pags15-18. Disponible: ccn.aacnjournals.org/content/36/1/e15.full

6. Garayalde F, Margall M, Eguía B, Landa M. Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras. **Enfermería intensiva**, 2000. (citado 20 marzo 2017), Vol. 101 págs. 107-117. disponible: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1705835>

7. Margall.A. Implicación de la familia en los cuidados. Guía Clínica de ayuda al paciente y a la familia en UCI. *Crit Care Med*. 2007.(citado 20 marzo 2017) vol. 35

(22-605).Disponible:

https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/III_Conferencia/29_seeiuc_margall.pdf.

6.Simons M, Miracle A, **Visita** flexible en Unidad de Cuidados Intensivos, Enfermería Intensiva 2011 (citado 20 marzo 2017) Vol.36 Pag.49-63. Disponible: www.elsevier.es › Inicio › Enfermería Intensiva.

7.Williams C, Queen A, The identification of family members'. contribution to patients' care in uci., Published: 7 January 2005. (citado 20 marzo 2017) vol.10. pag.1111-1362. Disponible: onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1362...2005...x/abstract

8.McCook A .La música calma el estrés en pacientes críticos. **Nueva York Terapia intensiva** .13 DIC 2010.(citado 20 Marzo2017).Vol.1 pag:1 Disponible: www.intramed.net/68807

9.Gonzales M. Musicoterapia en cuidados paliativos especialidad emergente : Licenciatura enMusico terapia 2014.(citado 20 marzo 2017).Vol 1 (2).Pag 1-78.Disponible: ismet.es/digitalis/pdf/Digitalis_n20_Musicoterapia.pdf.

10.Vink A, Birks J, Bruinsma M, Scholten R. Musicoterapia para personas con demencia (Revisión Cochrane traducida). **La Biblioteca Cochrane Plus**. 2011marzo.(citado 20 marzo 2017)Vol 2.Pag 18
Disponible:www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocumentForPrint.asp?DocumentID=CD003477

11.Anativia. P. Visita restrictiva/visita no restrictiva en una unidad de cuidados críticos adulto, Universidad de la Sabana,2016.(citado 16 de julio 2018).Disponible: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/4889/4363>

12.Gutiérrez B .Relación de ayuda de la enfermera y el nivel de estrés del familiar:Hospital Victor Lazarte Echegaray. 2015.(Citado : 21 marzo 2017)vol.1 Pag 1-58.
Disponible:http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1669/1/RE_ENFER_RE_LACION-ENFERMERA-NIV.ESTRES_TESIS.pdf

13. Bautista L. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. 2016. (cita: 21 de Marzo de 2017). vol. 7 (2) pag 1-23.

Disponible: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/3>

14. Martínez A. Percepción del familiar del paciente crítico, sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en los servicios de medicina de un hospital nacional de Lima. Tesis para licenciatura. 2014. (citado : 21 marzo 2017). vol 1. pag 1-60.

Disponible: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4258/1/Martinez_ak.pdf

15. Ricapa H. Percepción de pacientes y familiares sobre el cuidado que brinda el interno de enfermería de UNMSM, Hospital Daniel Alcides Carrión. 2008 (citado: 21 Marzo del 2017) Vol 1. Pag 1-58. Disponible:

cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/496/1/hagei_rj.pdf

16. Tasayco M. Nivel de Ansiedad en relación a la aplicación de musicoterapia en niños de 6 a 8 años atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Norbert Wienert, Lima Perú. Tesis para optar el título de cirujano dentista. 2010 (citado : marzo 2017) Vol. 1. Pag 1-65. Disponible:

www.cop.org.pe/bib/tesis/MARIADELROSARIOTASAYCOHUANCA.pdf

17. Marcos M et al. Influencia de las unidades de corta estancia en la calidad de la atención hospitalaria en España. Revisión sistemática. Revista de Calidad Asistencial. Abril 2013 (citado: 21 marzo 2017). Volume 28(4), Pags: 199-206. Disponible:

<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-las-unidades-corta-estancia-medicas-S1134282X13000651>

18. R. Suñol. La calidad de la atención sanitaria. Ponencias Jornadas Rosa Suñol. Alvar net. (citado 15 de julio 2018) Disponible: https://documentop.com/la-calidad-de-la-atencion-sanitaria_5a3919271723dd784e0e62a4.html.

19. Watson J. Teoría del cuidado humanizado. Revistas Médicas. (consultado 18 de julio del 2018). Disponible: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres1>

20. Introducción a la comunicación para la salud y teorías del comportamiento. Diplomado de comunicación en salud pública Módulo II. 2003. (citado 13 julio del 2018) Disponible: http://www.bvsde.paho.org/cursoa_edusan/modulo1/ES-M01-L07-Comportamiento.pdf

21. Clínica las Américas, Acompañamiento familiar: Contribución a la recuperación del paciente, febrero 2015. (Citado 20 de marzo 2017) Vol 1 Pag. 1
Disponible: http://www.conexionlasamericas.com/febrero2015/paginas/acompanamiento_familiar.html

22. Pérez J. Definición de recuperación Publicado: 2010. Actualizado: 2014. (citado: 21 Marzo 2017) vol pag disponible : <http://definicion.de/recuperacion>

23. Mc Graw H. English-Spanish/Spanish-English Medical Dictionary Copyright ,2006. (citado 21 Marzo 2017). Disponible: <http://es.thefreedictionary.com/compensar>.

24. ABC, 2017. (citado Marzo 2017). Vol 1 pag 1-2
Disponible: <http://www.definicionabc.com/general/muerte.php>

25. Euskadi E, Eusko J Estancias Hospitalarias. | 2016. (citado 20 marzo 2017) Vol. 1 pag 1-52 Disponible www.hezkuntza.ejgv.euskadi.eus/noticia/2016/egonlabur-estancias...listado.../es/

26. Moreno D, Estévez L, Moreno J: Indicadores de Gestión Hospitalaria, **Sedisa s.XXI**, 2010, (citado 20 marzo 2017). Vol 16. Pag 1-54. Disponible: http://www.degerencia.com/tema/indicadores_de_gestion.

27. Concepto de Protocolo .Concepto D .2015. (citado 21 marzo 2017). Vol 1 pag. 1. disponible <http://concepto.de/protocolo/>

28. Schwacz V, López A. La Musicoterapia: Análisis, caracterización de su campo de especialidad. 2001. (citado ;20 Marzo 2017) Vol. 2. pags: 1-49. Disponible: www.ejournal.unam.mx/cem/vol02-03/cem0302.pdf

29. Definiciones operacionales de los sistemas de salud. (citado 18 de julio 2018) Disponible: <https://www.monografias.com/trabajos52/definiciones-sistema-salud/definiciones-sistema-salud2.shtml>

30. González, P. El método cuasiexperimental. 2003. (citado 10 julio 2018) pag 1. Disponible en: <http://www.ur.mx/ur/fachycs/maestros/claudiap/1.htm>

31. Errasti-Ibarrondo B, Tricas-S. La visita Flexible en unidades de Cuidados Intensivos. **Elsevier España, S.L. y SEEIUC**. 2011.(citado Marzo 2017)Vol11 pág. 1-39.Disponible: www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239912000715-S300
32. Ruiz.A. Participación familiar en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.Opinión de enfermería .Revista de enfermería CyL.2013.Vol 5.pag .60.disponible
<http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/88/79>
33. Alicia.E. ¿cómo afecta el estrés a nuestro sistema inmune?Lamente es maravillosa.2015.Pag 1(citado 17 de julio 2018)Disponible:
<https://lamenteesmaravillosa.com/como-afecta-el-estres-nuestro-sistema-inmune/>
34. James M. ¿qué es la serotonina?¿cuál es su función? Medical news today.2016 pag 1.Disponible : <https://www.medicalnewstoday.com/articles/291259.php>
35. 8 consejos para reforzar el sistema inmunológico.LevantateEMV vida y estilo.2017.pag.1 (citado 18 Julio 2018)Disponible: <https://www.levantemv.com/vida-y-estilo/salud/2017/01/27/ocho-consejos-reforzar-sistema-inmunologico/1520995.html>
36. Elisa.L, Efecto de las endorfinas en nuestro cuerpo.Punto fape.com.(citado 14 julio 2018) Disponible: <https://www.puntofape.com/efectos-de-las-endorfinas-en-nuestro-cuerpo-14588/>
37. La risa ayuda a fortalecer el sistema inmunológico.Europa Press 2016.(citado 15 julio 2018)Disponible:<https://www.20minutos.es/noticia/2016110/0/risa-fortalece/sistema/inmunologico/>
38. Mirian.S. Estrés y sistema inmune.Revista cubana de hemalogía, inmunología y Hemoterapia.2007. (citado 13 junio 2018).Disponible:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892007000200001
39. Inmunitario en situación de estrés. Apoyo inmunitario.2013.pag1.(citado 10 Junio del

2018). Disponible: <http://www.misistemaimune.es/apoyo-inmunitario-en-situacion-de-estres>

40. Kraus. N. Dopamina y música, terapia de la música. (citado 10 julio 2018) Pag 1. Disponible: <https://sites.google.com/site/laterapiadelamusica/home/-sabias-que/dopamina-y-msica>

41.- la dopamina el neurotransmisor que más distingue a los humanos de los primates. La Vanguardia .2017. (citado 18 julio del 2018). Disponible : <https://www.lavanguardia.com/ciencia/cuerpo-humano/20171123/433106525142/dopamina-distingue-humanos-primates-cerebro.html>

42. Dopamina y linfocitos amigos íntimos. 2 The starving Neuron <http://starvingneuron.com/dopamina-y-linfocitos-amigos-intimos/>

43. Victor L. El estrés y el Sistema inmunológico. abc color. 2012. (citado 10 junio 2018). Disponible: <http://www.abc.com.py/edicion-impresa/suplementos/salud/el-estres-y-el-sistema-inmunologico-441936.html>.

44. Castellero O. Endorfinas neurotransmisores , funciones y características. Neurociencias. (citado 12 junio 2018) Disponible: <https://psicologiaymente.net/neurociencias/endorfinas-neurotransmisores>.

ANEXOS

A.1.-

**Título : PROTOCOLO DE VISITAS ABIERTAS Y
ADECUACION AMBIENTAL EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTERMEDIOS HOSPITAL
REGIONAL DE CAJAMARCA**

Cajamarca 2017-Perú





INDICE

TITULO	Pág.85
AUTOR	Pág.85
INTRODUCCIÓN	Pág.85
JUSTIFICACION	Pág.87
POBLACIÓN DIANA	Pág.88
OBJETIVOS	Pág.88
PERSONAL	Pág.89
MATERIALES	Pág.89
PROCEDIMIENTO Y ESTRATEGIA DE INTERVENCION	Pag.89
INDICADORES DE EVALUACIÓN	pág.92
PROBLEMAS POTENCIALES	Pág.97
PUNTOS A REFORZAR	Pág.97
SISTEMA DE REGISTRO	Pág.97
NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADO RECOMENDACIÓN	Pág.97
EVALUACION	Pág.97
SOCIALIZACION	pág.98
ANEXOS	Pág.98
GUÍA DE EVALUACIÓN	Pag.118
BIBLIOGRAFÍA	Pag.123

**TITULO: PROTOCOLO DE VISITAS ABIERTAS Y ADECUACION
AMBIENTAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA- PERU.**

AUTOR: Bertha Haydeé Torrel Villanueva

INTRODUCCION:

Como parte de la vivencia personal de la autora del día a día en el cuidado y recuperación de paciente crítico se constata como tanto el paciente y sus familiares atraviesan una situación traumática al ingresar a una unidad crítica al estar conectados por cables a monitores, conectados a través de un tubo a una máquina que ahora los ventila, con sonidos desconocidos y repetitivos, a todo esto se suma la idea si podrá salir o no por el estado grave en el que ingresan a estas unidades, todo esto empeora cuando el paciente y sus familiares son alejados en este momento que necesitan más apoyo emocional el uno del otro por conductas restrictivas que los alejaba totalmente durante el día o solo les permite el ingreso en un momento del día y por un corto espacio de tiempo por falsas creencias y tabús que limitan su ingreso apoyados en ideas como que se incrementara el número de infecciones, el número de taquicardias y el estrés del paciente(8) o las falsas creencias que es innecesarias que les resta tiempo para hacer sus actividades diarias al personal de salud(8). Existen estudios que demuestran que el acompañamiento de la familia disminuye el estado de estrés del paciente crítico, otros estudios encontraron que disminuye el número de arritmias cardíacas(3), otros estudios afirman que la música ejerce un efecto positivo relajante en el paciente crítico contribuye a disminuir su frecuencia cardíaca a liberar sus niveles de estrés (17), el tipo de iluminación diferenciada existen estudios que afirman que favorece el descanso nocturno por mayor liberación de melatonina con lo que contribuye al descanso, mejora el sistema inmunológico favoreciendo la recuperación más rápida de los pacientes y a mejorar sus niveles de

defensa(22) ,hay estudios que afirman que el hacerlo sentir como en casa al paciente critico proporcionándole prensa, radio , televisión ,equipos que ayuden a su entretenimiento favorecen su relajación liberación de la situación de estrés y contribuye a su recuperación(17).

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL:

Nuestro servicio de UCINT del Hospital Regional de Cajamarca está integrado por personal: médico, técnicos de enfermería, personal de enfermería, se realizó una encuesta previa se obtuvo que el 80% de los trabajadores de Unidad de Cuidados Intermedios , pensaban que el ingreso de los familiares a visitar a sus familiares les generaba arritmias , mayor estrés , mayor susceptibilidad de infecciones cruzadas entre pacientes y familiares, pensaban que el escuchar música , el ingreso de instrumentos musicales, inestabilizaba al paciente crítico, que la permanencia de los familiares junto al paciente le restaba tiempo para realizar sus actividades diarias.

Lo que se practicaba era un visita muy restringida de más o menos 10 minutos en una hora determinada del día donde el familiar no podía hablar a su paciente por la falsa creencia que lo desestabilizaba, no lo podía tocar por la falsa creencia que aún con higiene se podían contagiar mutuamente, un ambiente tétrico donde sólo se oía el sonidos de las alarmas de los ventiladores y las alarmas de las bombas de infusión, sólo ingresaba un número limitado de familiares por día a la corta visita.

Hemos encontrado de todos los trabajadores de Unidad de Cuidados Intermedios y los familiares de los pacientes se encontraron en la fase de pre contemplación usando la teoría de la etapas de cambio las principales actitudes donde tenemos que reforzar nuestras intervenciones son el cambio de actitud del personal de Unidad de Cuidados Intermedios a la visita abierta y a la modificación del ambiente donde atendemos a nuestros pacientes

Lo que se evidenció es que la aplicación de visitas y ambientación convencional aumento la estancia hospitalaria de los pacientes con el consiguiente aumento del número de infecciones intrahospitalarias con mayor prolongación del número de días de hospitalización, mayor número de secuelas mayor dificultad para la reinserción a su vida habitual , disminución del indicador uso de cama por paciente , quedándose sin entrar al servicio pacientes que por falta de camas por estar ocupadas no ingresan pudiendo fallecer al no ingresar al servicio.

JUSTIFICACION

La aplicación de este protocolo tiene como objetivo primordial disminuir la estancia hospitalaria de pacientes que ingresan al servicio de la Unidad de Cuidados intermedios disminuyendo con esto la presentación de infecciones intrahospitalarias sobre agregadas producto de la prolongación de la estancia hospitalaria , el número de secuelas para su recuperación posterior, mejorando los niveles de recuperación más precoces de los paciente su mayor satisfacción durante los días de estancia hospitalaria de los mismos como de los familiares ,logrando el apego y cercanía con sus seres más queridos, favoreciendo su más pronta recuperación y reinserción al grupo familiar, significará un ahorro de dinero importante en ahorro de recursos e insumos en cada paciente y mayores ingresos para la institución por mejora del indicador uso cama paciente, se verán beneficiados aquellos pacientes que necesitando la unidad no pueden ingresar por estar ocupadas las camas con paciente con estancia prolongada.

Su aplicación no implica que exista ningún tipo restricción desde el punto de vista ético, No existen protocolos al respecto a nivel local, nacional y mundial, hace necesaria la producción de este que ayude esclarecer los vacíos del conocimiento con respecto a si la aplicación de este protocolo de adopción de la terapia de visitas abiertas y adecuación ambiental en el servicio de UCINT del hospital regional de Cajamarca, disminuirá los días

de estancia hospitalaria. Su aplicación no se requiere de gastos excesivos en su procesamiento de los resultados que se obtendrán es totalmente ejecutable, sensible de reproducción, los resultados resultaran de interés institucional y contribuirá a solucionar un problema institucional de estancias hospitalarias largas con los riesgos que esto genera mayor número de infecciones intrahospitalarias que harán más grande la estancia de estos pacientes con aumento de mortalidad, y mayor necesidad de camas para pacientes que necesitando la unidad y que no ingresan por falta de camas, además podrá servir de base para la realización de nuevos estudios ,y lo más importante que los resultados de su aplicación busca conseguir cambio de actitudes por parte del personal de salud actual, que labora en la unidad crítica del hospital regional de Cajamarca así como adopción de cambios ambientales en el entorno donde se atiende a estos nuestro queridos pacientes críticos que mejoré la atención de los pacientes y contribuya a una recuperación más rápida y con menos complicaciones hospitalarias.

Su aplicación y diseño responde a la nueva política de modernización del estado peruano

POBLACION DIANA : los pacientes de la Unidad de Cuidados Intermedios Hospital Regional de Cajamarca

OBJETIVO GENERAL:

Al término de la aplicación del Protocolo de visitas abiertas y adecuación ambiental en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Regional De Cajamarca se evidenciará reducción de la estancia hospitalaria de dichos pacientes

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

1.- Al término de la aplicación del protocolo de visitas abiertas y adecuación ambiental los familiares de los pacientes del servicio de Unidad de Cuidados Intermedios del hospital Regional de Cajamarca participan activamente en el acompañamiento y recuperación de sus familiares

2.-Al término de la aplicación del protocolo de visitas abierta y adecuación ambiental los familiares de los pacientes de Unidad de Cuidados Intermedios participan activa y voluntariamente en el informe diario del estado de salud de sus familiares

3.-Al término de la aplicación del protocolo de visitas abiertas y adecuación ambiental el personal de Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Regional de Cajamarca participa activamente en las modificaciones ambientales del servicio.

4. Al término de la aplicación del protocolo de visitas abiertas y adecuación ambiental del servicio de Unidad de Cuidados Intermedios del hospital regional de Cajamarca los familiares de los pacientes ingresan con medidas de higiene materiales de esparcimiento para sus familiares.

5.-Al término de aplicación del protocolo de visitas abiertas y adecuación ambiental del servicio de UCINT del hospital regional de Cajamarca el personal de dicho servicio permitirá un ingreso liberado en cuanto a número de familiares que ingresa y a personas que deseen ver al paciente hospitalizado

PERSONAL:

Personal de salud: personal médico, personal técnico, personal de enfermería.

Personal de vigilancia asignado al área crítica: 1 por turno mañana, tarde, noche

MATERIALES:

Mascarillas, gorros, clorhexidina al 2%, plumones, cartulinas, goma, parlante para música, lapiceros, tijeras.

PROCEDIMIENTO Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCION, ESTRATEGIAS DE APLICACIÓN POR OBJETIVOS ESPECIFICOS DE APLICACION

1.- Al término de la aplicación del protocolo de visitas abiertas y adecuación ambiental los familiares de los pacientes del servicio de Unidad de Cuidados Intermedios del hospital Regional de Cajamarca participan activamente en el acompañamiento y recuperación de sus familiares.

1.1-Visita de familiares a cualquier hora en del día previa coordinación con personal de vigilancia y el personal del servicio Unidad de Cuidados Intermedios.

1.2.- Familiares ingresan con mandilón, mascarilla, lavado de manos previo al contacto con su paciente.

1.3.-Pacientes pediátrico permanece con familiar en forma permanente incluso en la noche, se le ofrece un sillón para descanso cerca de su paciente.

1.4.- los familiares de pacientes de la unidad de cuidados intermedios autorizan procedimientos invasivos conocen los beneficios y los riesgos en sus familiares en la unidad de cuidados intermedios del Hospital Regional de Cajamarca

1.5.-Familiar participa activamente en la rehabilitación motora, respiratoria previa capacitación del personal de Unidad de Cuidados Intermedios.

1.6.-Familiar participa en la alimentación si es que lo desea hacer de pacientes que toleran vía oral.

1.7.-Familiares y personal acompañan a la de ambulación precoz de los familiares en el servicio y fuera de él.

1.8.-Capacitación de los familiares en el manejo de ventilación domiciliaria y aspiraciones de pacientes que necesitan ventilación de por vida y que irán a casa con un ventilador portátil

2.-Al término de la aplicación del protocolo los familiares de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intermedios participan activa y voluntariamente en el informe diario del estado de salud de sus pacientes

2.1.-Los familiares del paciente de la unidad de cuidados intermedios participan del informe diario del estado de salud, avance de mejoría, día a día así como su pronóstico

2.2.- familiares en cada informe diario es educado sobre medidas de higiene personal antes del contacto con el paciente, sobre desinfección de los materiales de esparcimiento que ingresen a la unidad para ser usado por el paciente y temas que debería incluir en su conversación para mejorar el ánimo del paciente.

2.3 .-Registro del informe diario en cuaderno de informe de familiares, se los hace firmar en señal de conformidad de que entendieron el informe.

3.-Al término de la aplicación del protocolo el personal de La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Regional de Cajamarca participa activamente en las modificaciones ambientales del servicio.

3.1.-Iluminación diferenciada durante el día y noche permitir y favorecer el periodo de sueño habitual de los pacientes

3.2.-En el servicio se coloca música cotidiana que ellos escuchan en su vida diaria todo el día, excepto durante las horas de descanso en la noche.

4. Al término de la aplicación del protocolo de visitas abiertas y adecuación ambiental del servicio de Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Regional de Cajamarca los familiares de los pacientes ingresan con medidas de higiene materiales de esparcimiento para sus familiares.

4.1.-Se les permite ingreso de alimentos preferidos de los pacientes de acuerdo a su condición preparado con medidas de higiene por el mismo familiar.

4.2.-Se les permite ingreso de televisores portátiles, desinfectados por el personal de salud

4.3.-Se les permite ingreso de tablets, celulares, audífonos con previa desinfección.

4.4.-Se les permite ingreso de revistas, periódicos, juguetes y otros para entretenimiento de los pacientes consientes

4.5.-Se les permite ingreso de guitarras o cualquier instrumento musical previamente esterilizado por familiares previa esterilización por el personal de salud

4.6.-Se permite ingreso de torta y otros insumos para celebrar cumpleaños, día del padre, madre, navidad con las medidas de asepsia, respectiva.

4.7.-Familiares de pacientes y pacientes de alta recuperados participan en fiestas de aniversarios del servicio, navidad, si así lo desean

5.- -Al termino de aplicación del protocolo de visitas abiertas y adecuación ambiental del servicio de Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Regional de Cajamarca el personal de dicho servicio permitirá un ingreso liberado en cuanto a número de familiares que ingresa y a personas que desea ver el paciente hospitalizado

5.1.- Se le permite ingreso de párrocos, pastores en caso que así lo desee familiar o paciente

5.2.- Se permite el ingreso ordenado de todos los Familiares que deseen ingresar sin ninguna restricción en el número por día.

INDICADORES DE EVALUACION

OBJETIVO GENERAL :	ACTIVIDADES O ESTRATEGIAS	INDICADOR	INSTRUMENTO DE VERIFICACION
<p>Al término de la aplicación del Protocolo de visitas Abiertas y Adecuación Ambiental en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital regional de Cajamarca se evidenciará una reducción de la estancia hospitalaria de dichos pacientes</p>	<p>1.- Al término de la aplicación del protocolo de visitas abiertas y adecuación ambiental los familiares de los pacientes de la Unidad Cuidados Intermedios del Hospital Regional de Cajamarca participan activamente en el acompañamiento y recuperación de sus familiares</p> <p>2.-Al término de la aplicación del protocolo de visitas abierta y adecuación ambiental los familiares de los pacientes de UCINT participan activa y voluntariamente en el informe diario del estado de salud de sus familiares</p> <p>3.-Al término de la aplicación del protocolo de visitas abiertas y adecuación ambiental el personal de Ucint del hospital regional de Cajamarca participa activamente en las modificaciones ambientales del servicio.</p> <p>4. Al término de la aplicación del protocolo de visitas abiertas y adecuación ambiental del servicio de UCINT del hospital regional de Cajamarca los familiares de los pacientes ingresan con medidas de higiene materiales de esparcimiento para sus familiares.</p> <p>5.-Al termino de aplicación del protocolo de visitas abiertas y adecuación ambiental del servicio de UCINT del hospital regional de Cajamarca el personal de dicho servicio permitirá un ingreso liberado en</p>	<p>% de disminución de la estancia hospitalaria después de la aplicación del protocolo de visitas abiertas y adecuación ambiental</p>	<p>Cuaderno de ingresos y egresos dela unidad de cuidados Intermedios del hospital regional de Cajamarca</p>

	cuanto a número de familiares que ingresa y a personas que deseen ver al paciente hospitalizado		
OBJETIVO 1: Al término de la aplicación del protocolo de visitas abiertas y adecuación ambiental los familiares de los pacientes del servicio de UCINT del hospital Regional de Cajamarca participan activamente en el acompañamiento y recuperación de sus familiares	1.1-Visita de familiares a cualquier hora en del día previa coordinación con personal de vigilancia y el personal del servicio UCINT.	Numero de acuerdos entre el personal de la unidad de cuidados intermedios-vigilancia-calidad para la visita abierta	Libro de actas de reunión del servicio
	1.2.- Familiares ingresan con mandilón, mascarilla, lavado de manos previo al contacto con su paciente.	Número de sesiones educativas con familiares que ingresan a la visita de sus pacientes	Libro de registros de acuerdos con familiares que participan en la visita de pacientes de la unidad de cuidados intermedios
	1.3.-Pacientes pediátrico permanece con familiar en forma permanente incluso en la noche, se le ofrece un sillón para descanso cerca de su paciente.	Número de acuerdos entre familiares de paciente pediátrico y el personal de la unidad de cuidados intermedios	Libro de registros de acuerdos con familiares que participan en la visita de pacientes de la unidad de cuidados intermedios
	1.4.- los familiares de pacientes de la unidad de cuidados intermedios autorizan procedimientos invasivos conocen los beneficios y los riesgos en sus familiares en la unidad de cuidados intermedios del Hospital Regional de Cajamarca	Número de autorizaciones de procedimientos invasivos en historias clínicas de pacientes	Historia clínica de pacientes de la unidad de cuidados intermedios
	1.5.-Familiar participa activamente en la rehabilitación motora, respiratoria previa capacitación del personal de UCINT	Número de días que los familiares participan en la rehabilitación motora y respiratoria de sus pacientes de la unidad de cuidados intermedios	Libro de registros de la participación en la recuperación de los pacientes de la unidad de cuidados intermedios
	1.6.-Familiar participa en	Número de días que	Libro de registros

<p>Objetivo 2: Al término de la aplicación del protocolo los familiares de los pacientes de UCINT participan activa y voluntariamente en el informe diario del estado de salud de sus pacientes</p>	<p>la alimentación si es que lo desea hacer de pacientes que toleran vía oral.</p> <p>1.7.-Familiares y personal acompañan a la deambulacion precoz de los familiares en el servicio y fuera de él.</p> <p>1.8-Capacitación de los familiares en el manejo de ventilación domiciliaria y aspiraciones de pacientes que necesitan ventilación de por vida y que irán a casa con un ventilador portátil</p> <p>2.1.-Los familiares del paciente de la unidad de cuidados intermedios participan del informe diario del estado de salud, avance de mejoría, día a día así como su pronostico</p> <p>2.2.- familiares en cada informe diario es educado sobre medidas de higiene personal antes del contacto con el paciente, sobre desinfección de los materiales de esparcimiento que ingresen a la unidad para ser usado por el paciente y temas que debería incluir en su conversación para mejorar el ánimo del paciente.</p> <p>2.3.-Registro del informe diario en cuaderno de informe de familiares, se los hace firmar en señal</p>	<p>participan los familiares en la alimentación de sus familiares durante su estancia en el servicio</p> <p>Número de días que los familiares participan en la deambulacion de sus pacientes</p> <p>Número de sesiones educativas sobre manejo de ventilador domiciliario y aspiraciones</p> <p>Numero de informes diarios que reciben los familiares de los pacientes de la unidad de cuidados intermedios durante su estancia hospitalaria</p> <p>Número de informe diario en donde se consigna que el familiar recibió Sesión educativa sobre cómo debería ingresar al servicio y temas de conversación con su familiar</p> <p>Número de registros que recibieron su informe diario</p>	<p>de la participación en la recuperación de los pacientes de la unidad de cuidados intermedios</p> <p>Libro de registros de la participación en la recuperación de los pacientes de la unidad de cuidados intermedios</p> <p>Libro de registros de la participación en la recuperación de los pacientes de la unidad de cuidados intermedios</p> <p>Libro de informe de los familiares de los pacientes de la unidad de cuidados intermedio</p> <p>Libro de informe de los familiares de los pacientes de la unidad de cuidados intermedio</p> <p>Libro de informe de los familiares de los pacientes de la unidad de</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>3.-Al término de la aplicación del protocolo el personal de UCINT del Hospital Regional de Cajamarca participa activamente en las modificaciones ambientales del servicio.</p>	<p>de conformidad de que entendieron el informe.</p> <p>3.1.-Iluminación diferenciada durante el día y noche permitir y favorecer el periodo de sueño habitual de los pacientes</p> <p>3.2.-En el servicio se coloca música cotidiana que ellos escuchan en su vida diaria todo el día, excepto durante las horas de descanso en la noche.</p>	<p>Número de días que los pacientes de la unidad de cuidados intermedios recibieron iluminación diferenciada</p> <p>Número de días que escucharon música durante su estancia hospitalaria</p>	<p>cuidados intermedio</p> <p>Registro en evolución de historia clínica diaria</p> <p>Registro en evolución de historia clínica diaria.</p>
<p>Objetivo 4: Al término de la aplicación del protocolo de visitas abiertas y adecuación ambiental del servicio de UCINT del hospital regional de Cajamarca los familiares de los pacientes ingresan con medidas de higiene materiales de esparcimiento para sus familiares</p>	<p>4.1.-Se les permite ingreso de alimentos preferidos de los pacientes de acuerdo a su condición preparado con medidas de higiene por el mismo familiar.</p> <p>4.2.-Se les permite ingreso de televisores portátiles, desinfectados por el personal de salud</p> <p>4.3.-Se les permite ingreso de tablets, celulares, audífonos con previa desinfección.</p>	<p>Número de veces que familiares ingresan al servicio alimentos preferidos por el paciente.</p> <p>Número de días que familiares ingresan televisores portátiles desinfectados a la unidad de cuidados intermedios.</p> <p>Número de días que familiares ingresaron tablets desinfectadas durante la estancia hospitalaria de sus pacientes</p>	<p>Libro de registros de acuerdos con familiares que participan en la visita de pacientes de la unidad de cuidados intermedios</p> <p>Libro de registros de acuerdos con familiares que participan en la visita de pacientes de la unidad de cuidados intermedios</p> <p>Libro de registros de acuerdos con familiares que participan en la visita de pacientes de la unidad de</p>

	<p>4.4.-Se les permite ingreso de revistas, periódicos, juguetes y otros para entretenimiento de los pacientes consientes</p> <p>4.5.-Se les permite ingreso de guitarras o cualquier instrumento musical previamente esterilizado por familiares previa esterilización por el personal de salud</p> <p>4.6.-Se permite ingreso de torta y otros insumos para celebrar cumpleaños, día del padre, madre, navidad con las medidas de asepsia, respectiva.</p> <p>4.7.-Familiares de pacientes y pacientes de alta recuperados participan en fiestas de aniversarios del servicio, navidad, si así lo desean</p>	<p>Número de días que ingresan revistas ,periódicos, juguetes y otros materiales de entretenimiento</p> <p>Número de días que ingresan guitarras u otros instrumentos musicales previamente desinfectados</p> <p>Número de días que ingresaron tortas y otros insumos para celebración de cumpleaños y otros días festivos día del padre, madre.</p> <p>Número de fiestas de aniversario del servicio ,navidad en que participan familiares y pacientes al alta del servicio</p>	<p>cuidados intermedios</p> <p>Libro de registros de acuerdos con familiares que participan en la visita de pacientes de la unidad de cuidados intermedios</p> <p>Libro de registros de acuerdos con familiares que participan en la visita de pacientes de la unidad de cuidados intermedios</p> <p>Libro de registros de acuerdos con familiares que participan en la visita de pacientes de la unidad de cuidados intermedios</p> <p>Libro de registros de acuerdos con familiares que participan en la visita de pacientes de la unidad de cuidados intermedios.</p>
<p>Objetivo 5: Al termino de aplicación del protocolo de visitas abiertas y adecuación ambiental del servicio de UCINT del hospital regional de Cajamarca el personal de dicho servicio permitirá un ingreso liberado en cuanto a número de familiares que ingresa y a personas que desea ver el paciente hospitalizado</p>	<p>5.1.- Se le permite ingreso de párrocos, pastores en caso que así lo desee familiar o paciente</p> <p>5.2.-Se permite el ingreso ordenado de todos los Familiares que desean ingresar sin ninguna restricción en el número por día</p>	<p>Número de veces que ingresaron párrocos o pastores a solicitud de familiares a visitar a los pacientes durante su estancia hospitalaria</p> <p>Número total de familiares por paciente que ingresan por día a visitar a los pacientes de la unidad de cuidados intermedios</p>	<p>Libro de registros de acuerdos con familiares que participan en la visita de pacientes de la unidad de cuidados intermedios</p> <p>Libro de informe de los familiares de los pacientes de la unidad de cuidados intermedio</p>

PROBLEMAS POTENCIALES:

- Personal salud que pese a la sensibilización y socialización del protocolo se niegue a realizarlo y ponerlo en práctica
- Rotación del personal que los ingresan se nieguen a continuar con las estrategias del protocolo
- Cambio de personal de vigilancia poco sensibilizado con aplicación del protocolo.

PUNTOS A REFORZAR:

- 1.-Coordinación con personal de calidad, vigilancia y dirección para la aplicación del protocolo forme parte de la política de atención en el servicio de unidad de cuidados intermedios.
- 2.-Educación con los familiares de los pacientes sobre su forma de ingreso, condiciones de asepsia, temas a conversar con sus familiares.
- 3.-Socialización y sensibilización de la utilización del protocolo en mejorar nuestra calidad de atención con visión humanizada entre el personal del servicio de unidad de cuidados intermedios.

SISTEMA DE REGISTRO:

- Libro de actas de reuniones
- Cuaderno de informe diario de visita de familiares
- Libro de acuerdos y compromisos durante la visita a su paciente crítico en la Unidad de - Cuidados Intermedios
- Libro de registros de modificaciones ambientales de unidad de cuidados intermedios
- Archivo de pases de alimentos y otros para celebraciones.

NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN:

Fue validado por un grupo de expertos

Fue probado en un grupo piloto previo

EVALUACIÓN:

Se evaluara los resultados al final de la ejecución del proyecto de investigación sobre la eficacia del protocolo

Verificando el número de días hospitalarios de los pacientes en los que aplicó el protocolo. Se evaluará el efecto de la aplicación del protocolo en la condición de alta al egreso del servicio.

SOCIALIZACIÓN:

Se publicará en la página de la Universidad, se socializará con la dirección del Hospital, equipo de calidad, comité de ética para su aprobación y reconocimiento como política de atención, se difundirá también en la página del Hospital y en congresos y encuentro de mejora de la calidad, a fin de que pueda ser utilizado en otros, hospitales, centros y puestos de salud de nuestra querida Cajamarca, adecuándolo de acuerdo a cada realidad particular. Con el propósito de mejorar la calidad de atención a nuestros queridos pacientes que no sólo reciban de nosotros la mejor calidad de atención profesional si no también humana que sientan nuestro cariño y preocupación por buscar cada día nuevas estrategias en lograr una recuperación holística en ellos.

ANEXOS:

Sesión educativa para familiares de la Unidad de Cuidados Intermedios Hospital Regional de Cajamarca

I.-Mensajes motivacionales: video motivacional, taller motivacional o para romper el hielo.

II.-Evaluación de los saberes previos

Lluvia de ideas entre los familiares de los pacientes sobre los conocimientos que ellos traen sobre medidas de bioseguridad personal para su ingreso en la unidad, de materiales de entretenimiento, sobre temas que debería tratar durante el contacto con su familiar.

III.-Desarrollo de la sesión educativa:

Título: ¿cómo debo ingresar a visitar a mi familiar? ¿Cómo debo desinfectar los materiales de entretenimiento para mi familiar? ¿Qué cosas debo conversar con él?

III.1.-Contenido:

III.1.1-Medidas de bioseguridad

Lavado de manos con clorhexidina al 2% o colocación de alcohol gel: forma de realizarlo, importancia de su realización.

Uso de mascarilla : importancia de uso, como colocársela

Uso de mandilón : importancia de su uso, como colocárselo

Desinfección de materiales de esparcimiento: celulares, tablets, juguetes, radios. Televisores portátiles, guitarras, entre otros: importancia y modo de desinfección.

III,1.2.-Interaccion con su familiar:

Deberá acariciarlo, decirle lo mucho que lo quiere

No conversar sobre problemas familiares o económicos

Usará mensajes que lo animen hacia su recuperación

III.-1.3. coordinación para el ingreso:

Familiar se acercará al vigilante de turno del área crítica: solicitando ingreso.

El vigilante coordinara con el personal de turno: si puede realizar en ese momento ingreso

El personal de salud evalúa: si en ese momento se puede realizar la visita

El personal de salud autoriza la visita

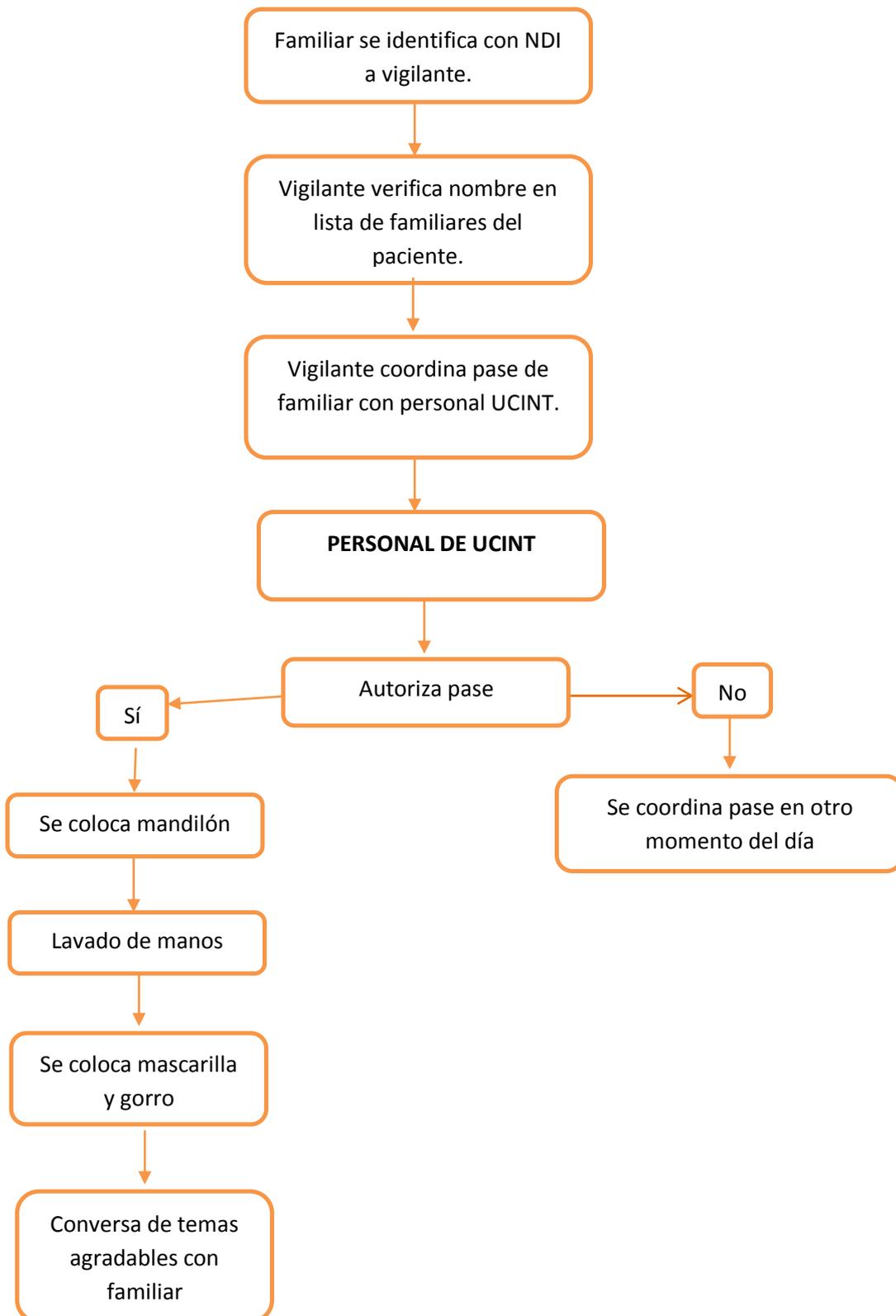
Los familiares ingresan en forma ordenada: siguiendo las recomendaciones de los 2 acápites previos de uno en uno todos los que deseen entrar.

IV.- Evaluación de los saberes aprendidos:

Dinámica armando el rompecabezas: A cada participante se le entrega una cartulina que en reverso tiene una pregunta contestara la pregunta y el moderador dirá si fue respondida en forma correcta y de ser así se acercará a pegar su pieza armando el rompecabezas.

Cómo alcanzar una estrella: se confecciona estrellas con papel o cartulina al reverso de la estrella se coloca una pregunta con el contenido de la sesión educativa, se pide a cada participante que escoja una estrella, luego lee su pregunta de su estrella responde el moderador pregunta al resto de grupo su opinión sobre la respuesta y refuerza si nota que el contenido no quedo totalmente entendido. Se pide al participante que pegue su estrella y se lo felicita por su respuesta y participación.



FLUXOGRAMA DE COORDINACION PARA EL INGRESO DE FAMILIARES

DISTRIBUCIÓN DE ACTIVIDADES PARA SU EJECUCIÓN SEGÚN GRUPO OCUPACIONAL DEL FLUXOGRAMA

Elaboración de **la lista de familiares**: que podrán visitar al paciente: personal de vigilancia

Identificación del familiar con DNI: personal de vigilancia

Coordinación con personal de vigilancia para el ingreso al servicio: Personal de Enfermería.

Ingreso con medidas de bioseguridad al servicio: Técnico de Enfermería.

Informe de evolución del paciente: personal médico.

La visita abierta: se desarrollará preferentemente durante toda la tarde, sin embargo no se restringirá el ingreso de familiares durante la mañana y noche en situaciones especiales que amerite mejorar la recuperación del paciente previa coordinación con el personal del turno.

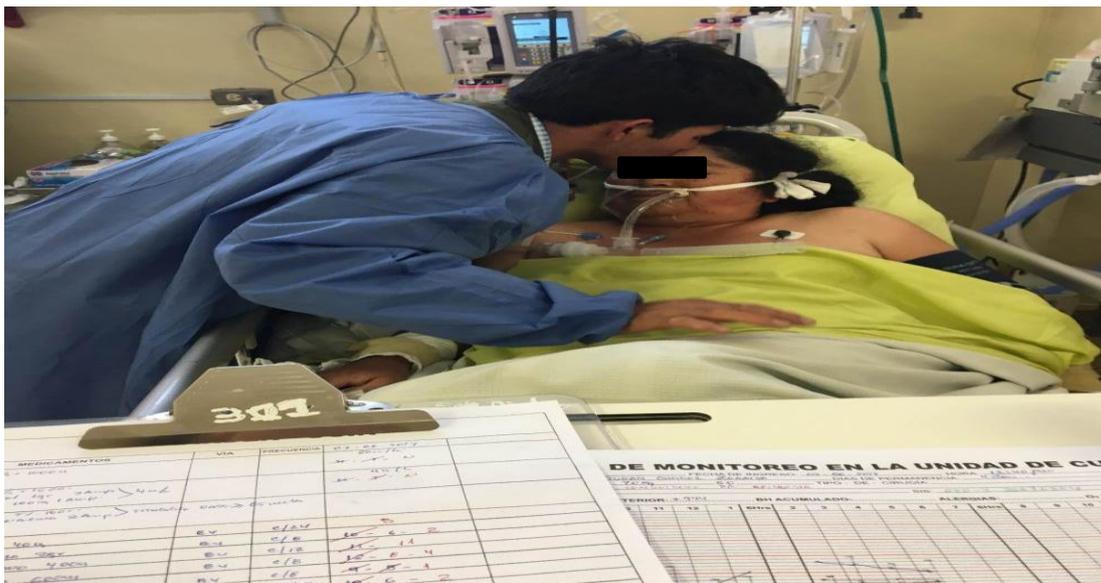
La conducción de los familiares y la vigilancia del tipo de alimentos y seguridad de su preparación: estará a cargo del personal técnico

Las sesiones educativas y capacitación a cargo: médico jefe de la Unidad de Cuidados Intermedios.

El grupo de trabajo que intervendrá en el desarrollo, de este protocolo está integrado por el grupo de médicos, enfermeros, técnicos de enfermería que laboran en la Unidad de Cuidados Intermedios.



Celebrando su cumpleaños con sus seres queridos



Dándole muestras de su gran cariño en la visita



Cuidándolo permanentemente dentro del servicio



Ofreciéndole muestras de su cariño



Paseando fuera del servicio



Llevándola a visitar a su bebe fuera del servicio



De paseo caminando fuera del servicio



Recibiendo su capacitación de asepsia para ingresar al servicio



Ayudándonos con su rehabilitación motora



Ayudándonos a alimentarlo a su pequeño



Celebrando su cumpleaños





Tocándole guitarra y cantándole a su familiar



Celebrando su aniversario con chocolates y flores



Permitimos que ingresen sus sonajas para distracción



Permitimos que ingresen juguetes favoritos



Les compramos sus juguetitos para su relajación



Permitimos que ingresen sus celulares

Que ingresen sus DVD



Que vean sus novelas favoritas





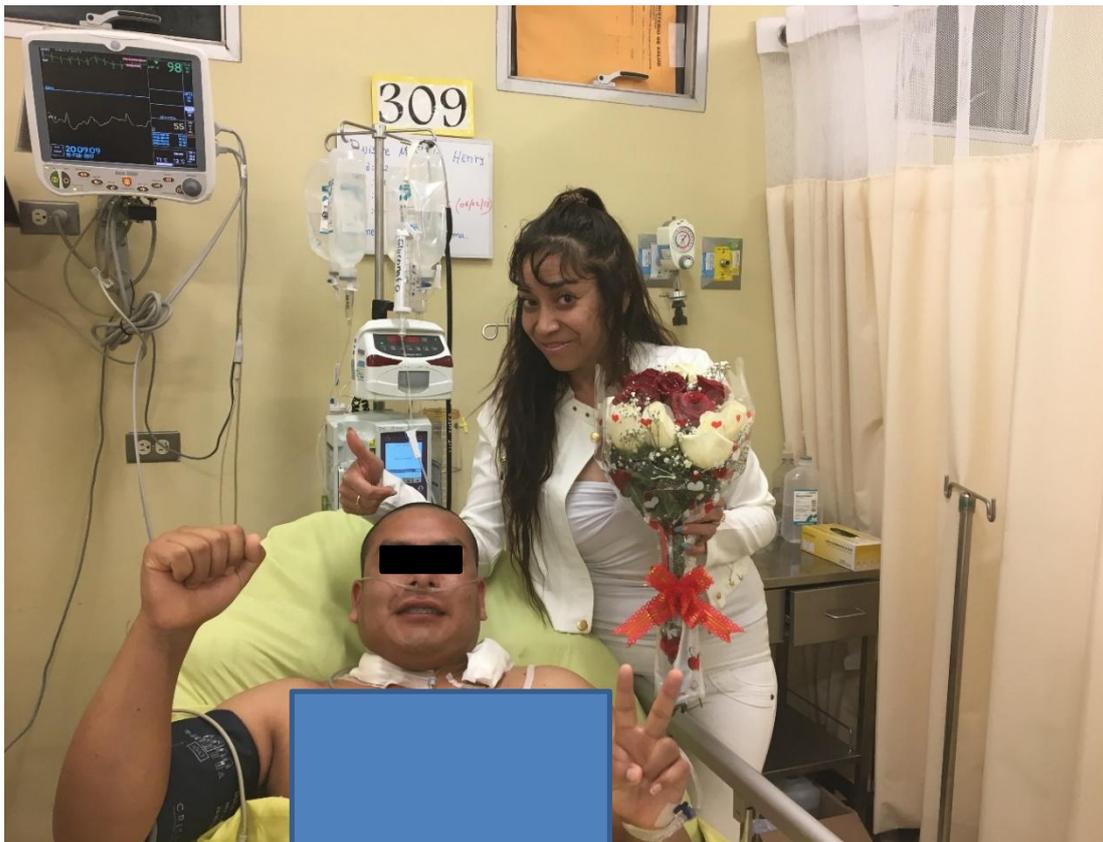
Muestras de satisfacción a la salida de nuestro servicio





**Muestras de satisfacción a la salida de nuestro servicio
celebrando un año más de vida a la salida de nuestro servicio**





Muestras de satisfacción a salida de nuestro servicio.



De regreso a nuestro servicio a visitarnos y con obsequios.





**A.2.-GUIA DE EVALUACIÓN SOBRE VISITA ABIERTA Y ADECUACION
AMBIENTAL UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA**

Fecha Día Mes Año N° de encuesta

--	--	--

--	--	--

Encuestador: _____

DEL INFORMANTE:

DATOS

SEXO:	MASCULINO <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="1"/>	EDAD: 13-33	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
		34- 54	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
		55-75	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
		MAYOR 75	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	FEMENINO <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="2"/>		

1.-¿Cuándo solicita Ud. entrar a la unidad de cuidados intermedios del hospital regional de Cajamarca al personal de vigilancia este se dirige a coordinar si puede ingresar con el personal de unidad de cuidados intermedios?

Sí	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="0"/>	No	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="1"/>	Número de veces
				1-5 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="2"/>
				5-10 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="3"/>
				MÁS DE 10 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="4"/>

2.-Ha recibido información del personal de salud sobre cómo debe ingresar al servicio y que temas debe conversar con sus familiares

Sí	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="0"/>	No	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="1"/>	Número de veces durante la hospitalización...
				1-5 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="2"/>
				5-10 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="3"/>
				MÁS DE 10 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="4"/>

3.-su familiar que estuvo en unidad de cuidados intermedios fue niño.

Si	<input type="text" value="0"/>	no	<input type="text" value="1"/>	1-5	<input type="text" value="2"/>
				5-10	<input type="text" value="3"/>
				MÁS DE 10	<input type="text" value="4"/>

Si respondió si ¿coordinó con el personal de este servicio le permitieron estar con su familiar todo el día incluso en la noche

Sí	<input type="text" value="0"/>	No	<input type="text" value="1"/>
----	--------------------------------	----	--------------------------------

Número de días que se lo permitieron.....	1-5	<input type="text" value="2"/>
	5-10	<input type="text" value="3"/>
	MÁS DE 10	<input type="text" value="4"/>

4.-le informaron los procedimientos que iban a realizar con su paciente le explicaron los riesgos y beneficios de estos procedimientos.

Si	<input type="text" value="0"/>	no.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
Número de veces que le informaron.....	1-4	<input type="text" value="3"/>		
	5-10	<input type="text" value="4"/>		
	MÁS DE 10	<input type="text" value="4"/>		

5.- usted ha intervenido en los ejercicios respiratorios y movimientos de brazos y piernas de sus familiares durante los días que estuvo hospitalizado su familiar en este servicio

Si	<input type="text" value="0"/>	no	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
Número de días.....	1-5	<input type="text" value="3"/>		
	5-10	<input type="text" value="4"/>		
	MÁS DE 10	<input type="text" value="4"/>		

6.- ¿usted ha ayudado a caminar a su paciente dentro y fuera del servicio durante los días que estuvo hospitalizado?

Sí	<input type="text" value="0"/>	No	<input type="text" value="1"/>
----	--------------------------------	----	--------------------------------

Número de días.....

1-5	<input type="text" value="2"/>
5-10	<input type="text" value="3"/>
Más de 10	<input type="text" value="4"/>

7.- si su paciente necesito ventilación domiciliaria el personal le enseñó el manejo del equipo

Si	<input type="text" value="0"/>	no	<input type="text" value="1"/>	Número de veces....	1-5	<input type="text" value="2"/>
					5-10	<input type="text" value="3"/>
					Más de 10	<input type="text" value="4"/>

8.- durante los días que estuvo hospitalizado en UCINT ¿Cuántos días recibió información?

1- 5 días	<input type="text" value="1"/>	5-10	<input type="text" value="2"/>	no recibí información	<input type="text" value="3"/>
-----------	--------------------------------	------	--------------------------------	-----------------------	--------------------------------

9.-Recibió informe de medidas de bioseguridad para el ingreso a este servicio

Si.. No.

Número de días.....	1-5días	<input type="text" value="2"/>
	5-10días	<input type="text" value="3"/>
	> De 10	<input type="text" value="4"/>

10.-En cada informe le hacen firmar si no...

Número de veces.....

1-5 días	<input type="text" value="2"/>
5-10 días	<input type="text" value="3"/>
Más de 10 días	<input type="text" value="4"/>

11.-¿cuantos familiares ingresan en promedio por día a visitar a su paciente?

1-3	<input type="text" value="1"/>
3-5	<input type="text" value="2"/>
>5	<input type="text" value="3"/>

12.-Durante la permanencia de su familiar o Ud. se bajó la intensidad de la luz que le permitiera su descanso nocturno cuantos Días.

1-3 días
 3-5 días
 >5días

3.-Durante su estancia hospitalaria escucho música

Si No. Número de días.....

1-5
 5-10
 MÁS DE 10

14.- durante su estancia en el servicio de unidad de cuidados intermedios a Ud. o a sus familiares se les permitió el ingreso de alimentos preferidos

Si no Número de veces... 1-5
 5-10
 MÁS DE 10

15.-Durante su estancia hospitalaria se les permitió el ingreso televisores portátiles desinfectados a la unidad de cuidados intermedios

Si no Número de veces..... 1-5
 5-10
 MÁS DE 10

16.-Durante su estancia hospitalaria se le permite el ingreso de Tablet desinfectada.

Sí. No Número de veces.... 1-5
 5-10
 MÁS DE 10

17.-Durante su estancia hospitalaria se le permite el ingreso revistas, periódicos, juguetes a la unidad de cuidados intermedios

Sí. No.

Número de veces.....

1-5
 5-10
 MÁS DE 10

18.-Durante su estancia hospitalaria se le permite el ingreso de guitarras y/o instrumentos musicales.

Si no ... Número de veces.....

1-5

5-10

MÁS DE 10

19.-Durante su estancia se le permitió el ingreso de tortas para la celebración de día del padre, madre o el cumpleaños del hospitalizado.

Si no Número de veces.....

1-5

5-10

MÁS DE 10

20.- Después de su alta de usted o de su familiar ha regresado de visita o para las celebraciones del aniversario de este servicio o en la navidad.

Si no Número de veces.....1-5

5-10

Mas de 10

Nombre de la persona entrevistada		
Dirección		
Nombre del supervisor		

La mejor medicina que se le puede ofrecer a un ser humano es el amor del médico que lo atiende y de sus seres queridos si esto no es suficiente sólo hay que doblarle a dosis de amor y calor humano y la enfermedad con seguridad estará resuelta.

IV .-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.-Molter N. Families are not visitors in the critical care unit. **Dimens Crit Care Nurs** 1994.(citado 20 de marzo 2017).Vol13.Pag2-3.Disponible: [file:///C:/Users/Betty/Contacts/Downloads/10017624_S300_es%20\(9\).pdf](file:///C:/Users/Betty/Contacts/Downloads/10017624_S300_es%20(9).pdf)

- 2.-Brown A. Effect of family visits on the blood pressure and heart rate of patients in the coronary care unit. *Heart Lung* 1976 (citado 20 Marzo 2017)Vol.5(29)pag1-6.Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7882862>

3. Bell l. family-visitation-adult-icu-practicealert . *Critical Care* 2011.(citado 20 marzo 2017)Vol.36(1).pags15-18.
Disponible: ccn.aacnjournals.org/content/36/1/e15.full

4. Garayalde F, Margall M, Eguía B, Landa M. Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras. **Enfermería intensiva**, 2000. (citado 20 marzo 2017), Vol. 101 págs. 107-117. disponible: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1705835>

5. Margall.A. Implicación de la familia en los cuidados. Guía Clínica de ayuda al paciente y a la familia en UCI.Crit Care Med. 2007.(citado 20 marzo 2017) vol. 35 (22-605).Disponible: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/III_Conferencia/29_seeiuc_margall.pdf.

- 6.Simons M, Miracle A, **Visita** flexible en Unidad de Cuidados Intensivos, *Enfermería Intensiva* 2011 (citado 20 marzo 2017) Vol.36 Pag.49-63. Disponible: www.elsevier.es › Inicio › Enfermería Intensiva.

- 7.Williams C, Queen A, The identification of family members'. contribution to patients' care in uci., Published: 7 January 2005. (citado 20 marzo 2017) vol.10. pag.1111-1362. Disponible: onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1362...2005...x/abstract

- 8.McCook A .La música calma el estrés en pacientes críticos. **Nueva York Terapia intensiva** .13 DIC 2010.(citado 20 Marzo2017).Vol.1 pag:1 Disponible: www.intramed.net/68807

9.Gonzales M. Musicoterapia en cuidados paliativos especialidad emergente : Licenciatura enMusico terapia 2014.(citado 20 marzo 2017).Vol 1 (2).Pag 1-78.Disponible: ismet.es/digitalis/pdf/Digitalis_n20_Musicoterapia.pdf.

10.Vink A, Birks J, Bruinsma M, Scholten R. Musicoterapia para personas con demencia (Revisión Cochrane traducida). **La Biblioteca Cochrane Plus**. 2011marzo.(citado 20 marzo 2017)Vol 2.Pag 18
Disponible:
www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocumentForPrint.asp?DocumentID=CD003477

11.Anativia. P. Visita restrictiva/visita no restrictiva en una unidad de cuidados críticos adulto, Universidad de la Sabana,2016.(citado 16 de julio 2018).Disponible: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/4889/4363>

12.Gutiérrez B .Relación de ayuda de la enfermera y el nivel de estrés del familiar:Hospital Victor Lazarte Echegaray. 2015.(Citado : 21 marzo 2017)vol.1 Pag 1-58. Disponible:
http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1669/1/RE_ENFER_RELACION-ENFERMERA-NIV.ESTRES_TESIS.pdf

13.Bautista L. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional.2016.(cita:21 deMarzo de 2017).vol.7 (2)pag1-23.
Disponible: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/3>

14.Martinez A. Percepción del familiar del paciente crítico, sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en los servicios de medicina de un hospital nacional de Lima.Tesis para licenciatura.2014.(citado :21marzo 2017).vol1.pag1-60. Disponible:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4258/1/Martinez_ak.pdf

15.Ricapa H. Percepción de pacientes y familiares sobre el cuidado que brinda el interno de enfermería de UNMSM,Hospital Daniel Alcides Carrión.2008 (citado: 21 Marzo del 2017)Vol1 .Pag 1-58.Disponible:
cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/496/1/hagei_rj.pdf.

16.Tasayco M. Nivel de Ansiedad en relación a la aplicación de musicoterapia en niños de 6 a 8 años atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Norbert

Wienert, Lima Perú .Tesis para optar el título de cirujano dentista.2010 (citado : marzo2017)Vol.1.Pag1-65.Disponible:
www.cop.org.pe/bib/tesis/MARIADELROSARIOTASAYCOHUANCA.pdf

17.Marcos M et al.Influencia de las unidades de corta estancia en la calidad de la atención hospitalaria en España. Revisión sistemática.Revista de Calidad Asistencial.Abril2013(citado:21 marzo 2017). Volume 28(4), Pags: 199-206.Disponible: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-las-unidades-corta-estancia-medicas-S1134282X13000651>

18.R.Suñol. La calidad de la atención sanitaria.Ponencias Jornades Rosa Suñol.Alvar net.(citado 15 de julio 2018)Disponible: https://documentop.com/la-calidad-de-la-atencion-sanitaria_5a3919271723dd784e0e62a4.html.

19.Watson J. Teoría del cuidado humanizado. Revistas Médicas. (consultado 18 de julio del 2018).Disponible: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres1>

20.Introducción a la comunicación para la salud y teorías del comportamiento. Diplomado de comunicación en salud publica Módulo II.2003.(citado 13 julio del 2018)Disponible http://www.bvsde.paho.org/cursoa_edusan/modulo1/ES-M01-L07-Comportamiento.pdf

21.Clínica las Américas, Acompañamiento familiar: Contribución a la recuperación del paciente, febrero2015. (Citado 20 de marzo 2017) Vol 1 Pag.1
Disponible:
http://www.conexionlasamericas.com/febrero2015/paginas/acompanamiento_familiar.html

22.Pérez J. Definición de recuperación Publicado: 2010. Actualizado: 2014.(citado: 21 Marzo 2017)vol pag disponible :<http://definicion.de/recuperacion>)

23.Mc GrawH. English-Spanish/Spanish-English Medical Dictionary Copyright ,2006.(citado 21 Marzo 2017).Disponible: <http://es.thefreedictionary.com/compensar>.

- 24.ABC, 2017.(citado Marzo 2017).Vol1 pag 1-2
Disponible:<http://www.definicionabc.com/general/muerte.php>
- 25.Euskadi E, Eusko J Estancias Hospitalarias. 2016.(citado 20 marzo 2017)Vol.1 pag1-52 Disponible www.hezkuntza.ejgv.euskadi.eus/noticia/2016/egonlabur-estancias...listado.../es/
- 26.Moreno D, Estévez L, Moreno J: Indicadores de Gestión Hospitalaria, **Sedisa s.XXI**, 2010,(citado 20 marzo 2017). Vol 16.Pag 1-54.Disponible: http://www.degerencia.com/tema/indicadores_de_gestion.
- 27.Concepto de Protocolo .Concepto D .2015.(citado21 marzo 2017).Vol1 pág. 1.disponible <http://concepto.de/protocolo/>
- 28.Schwacz V, López A. La Musicoterapia: Análisis, caracterización de su campo de especialidad. 2001.(citado ;20 Marzo 2017)Vol.2. pags: 1-49.Disponible: www.ejournal.unam.mx/cem/vol02-03/cem0302.pdf
- 29.Definiciones operacionales de los sistemas de salud.(citado 18 de julio 2018)Disponible: <https://www.monografias.com/trabajos52/definiciones-sistema-salud/definiciones-sistema-salud2.shtml>
- 30.González, P. El método cuasiexperimental. 2003. (citado 10 julio 2018) pag 1.Disponible en: <http://www.ur.mx/ur/fachycs/maestros/claudiap/1.htm>
- 31.Errasti-Ibarrondo B, Tricas-S. La visita Flexible en unidades de Cuidados Intensivos. **Elsevier España, S.L. y SEEIUC**. 2011.(citado Marzo 2017)Vol1 pág. 1-39.Disponible: www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239912000715-S300
- 32.Ruiz.A. Participación familiar en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.Opinión de enfermería .Revista de enfermería CyL.2013.Vol 5.pag .60.disponible <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/88/79>

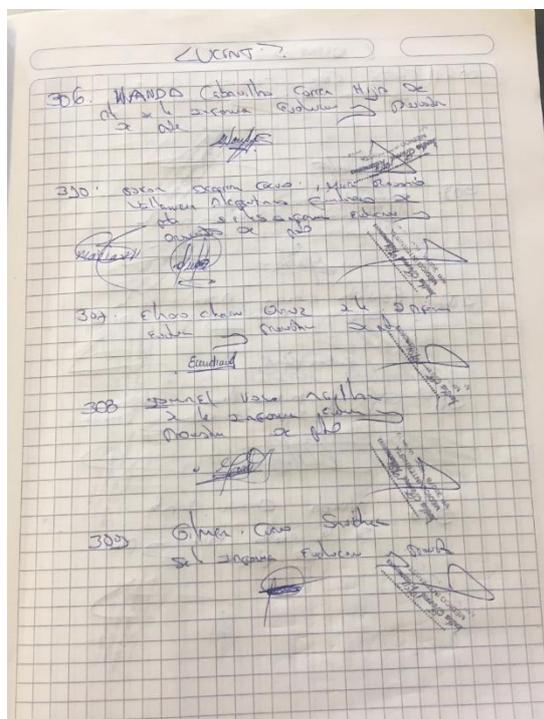
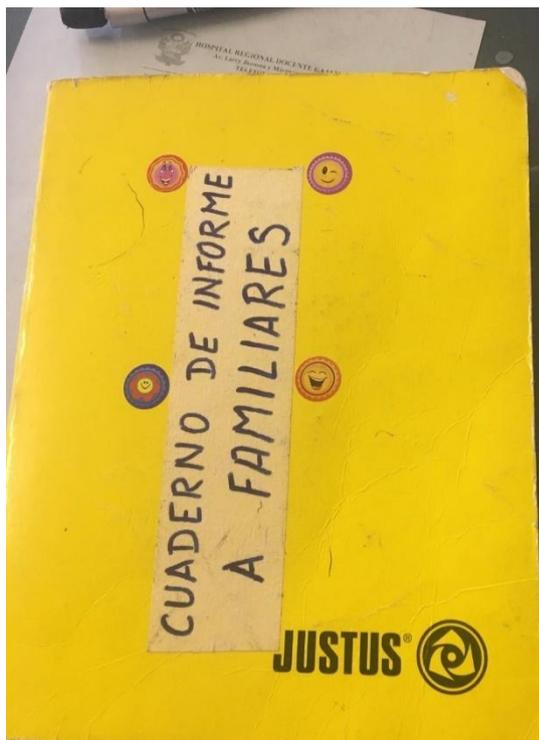
33. Alicia.E. ¿cómo afecta el estrés a nuestro sistema inmune? Lamente es maravillosa.2015.Pag 1(citado 17 de julio 2018)Disponible: <https://lamenteesmaravillosa.com/como-afecta-el-estres-nuestro-sistema-inmune/>
34. James M. ¿qué es la serotonina? ¿cuál es su función? Medical news today.2016 pag 1. Disponible : <https://www.medicalnewstoday.com/articles/291259.php>
35. 8 consejos para reforzar el sistema inmunológico. LevantateEMV vida y estilo.2017.pag.1 (citado 18 Julio 2018)Disponible: <https://www.levantemv.com/vida-y-estilo/salud/2017/01/27/ocho-consejos-reforzar-sistema-inmunologico/1520995.html>
36. Elisa.L, Efecto de las endorfinas en nuestro cuerpo. Punto fape.com.(citado 14 julio 2018)Disponible: <https://www.puntofape.com/efectos-de-las-endorfinas-en-nuestro-cuerpo-14588/>
37. La risa ayuda a fortalecer el sistema inmunológico. Europa Press 2016.(citado 15 julio 2018)Disponible: <https://www.20minutos.es/noticia/2016110/0/risa-fortalece/sistema/inmunologico/>
38. Mirian.S. Estrés y sistema inmune. Revista cubana de hemalogía, inmunología y Hemoterapia.2007. (citado 13 junio 2018).Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892007000200001
39. Inmunitario en situación de estrés. Apoyo inmunitario.2013.pag1.(citado 10 Junio del 2018).Disponible: <http://www.misistemainmune.es/apoyo-inmunitario-en-situacion-de-estres>
40. Kraus.N. Dopamina y música, terapia de la música.(citado 10 julio 2018) Pag. 1. Disponible: <https://sites.google.com/site/laterapiadelamusica/home/-sabias-que/dopamina-y-msica>

41.- La dopamina el neurotransmisor que más distingue a los humanos de los primates. La Vanguardia .2017.(citado 18 julio del 2018). Disponible : <https://www.lavanguardia.com/ciencia/cuerpo-humano/20171123/433106525142/dopamina-distingue-humanos-primates-cerebro.html>

42. Dopamina y linfocitos amigos íntimos. 2 The Starving Neuron <http://starvingneuron.com/dopamina-y-linfocitos-amigos-intimos/>

43. Victor L. El estrés y el Sistema inmunológico. abc color. 2012.(citado 10 junio 2018). Disponible: <http://www.abc.com.py/edicion-impresa/suplementos/salud/el-estres-y-el-sistema-inmunologico-441936.html>.

44. Castellero O. Endorfinas neurotransmisores , funciones y características. Neurociencias.(citado 12 junio 2018) Disponible: <https://psicologiaymente.net/neurociencias/endorfinas-neurotransmisores>.



A.4.- Acta de aprobación por el comité de ética Hospital Regional Docente de Cajamarca.



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA
UNIDAD DE ONCOLOGÍA – REG y PREV/CÁNCER
Av. Larry Jhonson y Mártires de Uchuracay



“Año del buen servicio al ciudadano”

Cajamarca, 03 de marzo de 2017

Oficio N° 7 -2017-CEI-HRDC

Dra. Bertha Haydee Torrel Villanueva
Presente.-

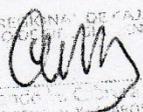
ASUNTO: Aprobación de Trabajo de Investigación

De nuestra consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos a usted para saludarle y acusar recibo de su documento Proyecto de Investigación **“Protocolo de Visitas Abiertas y Adecuación Ambiental Servicio de UCINT Hospital Regional Docente de Cajamarca”**:

Dicho proyecto se ha revisado por e Comité de Ética en Investigación el día 25 de abril, del año en curso, acordando su **APROBACION**, porque no constituye mayor problema ético en la ejecución del mismo.

Sin otro particular, agradezco su atención.



HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA
SERVICIO DE ONCOLOGÍA GENERAL
Dr. Fernando Cabrera Bringas
CIRUJIA GENERAL Y ENDOSCOPÍA
CNSP: 23034 - PNE12108

Presidente del CEI –HRDC
Dr. Fernando Cabrera Bringas

Cc. Archivo

*Res. bcb
28 PWA*

A.5. Consentimiento Informado para Participar en la Investigación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

YO.....

Familiar de paciente.....

He sido informado del trabajo de investigación: Efecto de la aplicación del Protocolo de visita abierta y adecuación ambiental. Hospital Regional Docente de Cajamarca que será efectuado para beneficiar a mi familiar.

He comprendido todas las actividades que realizarán y en las que:

Me comprometo No me comprometo ha participar

En señal de autorizar y participar en este trabajo de investigación otorgo mi consentimiento

Nombre y Apellido

DNI.....

Firma..... Huella

A. 6.-Resolución de aprobación del protocolo de visita abierta y adecuación ambiental.


GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL REGIONAL CAJAMARCA
 DIRECCIÓN GENERAL

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

RESOLUCION DIRECTORAL N° 263 -2017- GR-CAJ-DRDS/HRDC-DE.

Cajamarca, 21 JUN 2017

VISTO:

El Memorándum N° 922-2017-GR.CAJ.DRS/HRDC-DE, de fecha 12 de Junio del 2017, signado con MAD N° 3002961, mediante el cual la Dirección dispone Proyectar la Resolución Directoral Aprobando el "Protocolo de Visitas Abiertas y Adecuación Ambiental en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Regional Docente de Cajamarca", y el Oficio N° 224-2017-GOB-REG-CAJ.DRS/HRC/GC, Y;

CONSIDERANDO:

Que, la ley N° 26842 "Ley General de Salud", establece en su artículo II del Título Preliminar que: "la protección de la salud es de interés público y por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y proveerla"; en el artículo VI de la norma legal citada en su Primer párrafo establece que: "es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad. Es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública. El Estado interviene en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad"; Asimismo, en el artículo IX del referente cuerpo legal, se precisa que: "la norma de salud es de orden público y regula materia sanitaria, así como protección del ambiente para la salud y la asistencia médica para la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas. Nadie puede pactar contra ella"; y del mismo modo el artículo XV del precitado cuerpo legal establece que "el Estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud, así como la formación, capacitación y entrenamiento de recursos humanos para el cuidado de la salud";

Que, en la Ley N° 27658 – "Ley Marco de la Modernización de la Gestión del Estado", en su Artículo 1°, numeral 1.1, se señala: "declárase al Estado Peruano en proceso de modernización en sus diferentes instancias, dependencias, entidades, organizaciones y procedimientos, con la finalidad de mejorar la gestión pública y construir un Estado democrático, descentralizado y al servicio del ciudadano"; otorgando con ello la potestad a las Entidades Públicas a normar dentro de su Institución en los temas que le competen;

Que, mediante Oficio N° 224-2017-GOB-REG-CAJ.DRS/HRC/GC, de fecha 05 de junio del 2017, la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad, solicita aprobar mediante acto resolutivo el Protocolo de Visitas Abiertas y Adecuación Ambiental en el Servicio de Cuidados Intermedios del Hospital Regional Docente de Cajamarca;

Que, la Aplicación del Protocolo de Visitas Abiertas y Adecuación Ambiental en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Regional Docente de Cajamarca tiene como objetivo primordial disminuir la estancia hospitalaria de pacientes que ingresan al servicio de la Unidad de Cuidados Intermedios, disminuyendo con esto la presentación de infecciones intrahospitalarias; asimismo, al término de la aplicación del referido protocolo los objetivos específicos del mismo son: 1. Los familiares de los pacientes del servicio de UCINT participan activamente en el acompañamiento y recuperación de sus familiares. 2. Los familiares de los pacientes del servicio de UCINT participan activa y voluntariamente en el informe diario del estado de salud de sus familiares. 3. El Personal de Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Regional de Cajamarca participa activamente en las modificaciones ambientales del servicio. 4. Los familiares de los pacientes ingresan con medidas de higiene y materiales de esparcimiento para sus familiares. 5. El personal de dicho servicio permitirá un ingreso liberado en cuanto a número de familiares que ingresa y a personas que deseen ver al paciente hospitalizado;

AV. LARRY JHONSON S/N cuadra 26 Esquina MARTIRES DE UCHURACAY - Barrio Mollepampa
 Teléfonos: 076599030 - 076599037



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN GENERAL



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Que, estando a lo dispuesto por la Dirección General, con las visaciones de la Dirección de la Oficina Ejecutiva de Administración, Jefatura de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Jefatura de la Oficina de Asesoría Jurídica, y Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad; y en aplicación del Principio de Legalidad, previsto en la Ley N° 27444 "Ley de Procedimiento Administrativo General"; y a lo antes expuesto, resulta procedente dictar el acto administrativo correspondiente; y en ejercicio de las atribuciones conferidas mediante Ley N° 27783 "Ley de Bases de la Descentralización", "Ordenanza Regional N° 007-2010-GR-CAJ-CR" que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional de Salud de Cajamarca, "Resolución Sectorial N° 283-2015-GR.CAJ/DRS-OE.GB.RR.HH", de fecha 06 de abril de 2015;

SE RESUELVE:

Artículo Primero: APROBAR, EL "PROTOCOLO DE VISITAS ABIERTAS Y ADECUACIÓN AMBIENTAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA", el mismo que forma parte de la presente resolución en (57) folios.

Artículo Segundo: DISPONER, al Equipo de Gestión del Hospital Regional Docente de Cajamarca, el Monitoreo periódico sobre el cumplimiento de las actividades programadas en el Protocolo.

Artículo Tercero: NOTIFICAR, a través de Secretaría General, la presente Resolución a las instancias correspondientes.

Artículo Cuarto: DISPONER que la Oficina de Comunicación publique la presente Resolución así como el documento normativo aprobado en el Artículo Primero, en el Portal Institucional del Hospital Regional de Cajamarca (<http://www.hrc.gob.pe/>).

Regístrese, Comuníquese y Publíquese.



DTUM/DG.HRC/A/J

Distribución:

- ✓ Dirección.
- ✓ Oficina Administración.
- ✓ Oficina Planeamiento E.
- ✓ Oficina Gestión Calidad.
- ✓ Oficina Asesoría Jurídica.
- ✓ Oficina Comunicación.
- ✓ Secretaría General.
- ✓ Archivo.
- Folios 02



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
 DIRECCIÓN REGIONAL SALUD CAJAMARCA

Dr. Tito Virgilio Melquiades
 Director General
 HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA
 C.M.F. N° 14701 - R.N.E.N° 16820

A.7.- Resolución Directoral de felicitación del protocolo de vista abierta y adecuación ambiental



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN GENERAL



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 272 - 2017-GR-CAJ-DRS/HRDC

Cajamarca, 27 de Junio del 2017.

VISTO:

El Memorándum N° 1003-2017-GR.CAJ.DRS/HRDC-DE, de fecha 19 de junio del 2017, mediante el cual se ordena la proyección de la Resolución Directoral Felicitación, a nombre de la Dra. Bertha Haydeé Torrel Villanueva, por su gran desempeño en la Elaboración y Ejecución del Protocolo de Visitas Abiertas y Adecuación Ambiental en la Unidad de Cuidados Intermedios (UCINT) del HRDC, cuyo protocolo viene siendo aplicado en nuestra Institución a partir del año 2014 a la fecha; Resolución Directoral N° 263-2017-GR-CAJ-DRS/HRDC-DE;

CONSIDERANDO:

Que, el Artículo 140° del Reglamento de la Carrera Administración aprobado por decreto Supremo N° 005-90-PCM, contempla que: "*La Administración Pública a través de sus entidades, deberá diseñar y establecer políticas para implementar, de modo progresivo, programas de bienestar social e incentivos dirigidos a la promoción humana de los servidores y su familia, así como a contribuir al mejor ejercicio de las funciones asignadas. Se programan y ejecutan con la participación directa de representantes elegidos por los trabajadores*", facultando de esta manera a incentivar a los servidores públicos que depende de ella.

Asimismo, en el artículo 146° del cuerpo normativo citado en el considerando anterior, establece que "*Los programas de incentivos laborales sirven de estímulo a los servidores de carrera para un mejor desempeño de sus funciones. Las entidades públicas considerarán obligatoriamente estos programas*", en concordancia con el Artículo 147° de la misma norma, el cual prescribe en su parte in fine, que: "*Los programas de incentivos atenderán los siguientes aspectos: a) Reconocimiento de acciones excepcionales o de calidad extraordinaria relacionadas directamente o no con las funciones desempeñadas, a saber: -En Agradecimiento o felicitación escrita; - Diploma o medalla al mérito; y, - La Orden del Servicio Civil, en sus diferentes grados*" (el énfasis es agregado); por lo que procede emitir acto resolutorio de su propósito a quienes hayan desarrollado una labor destacable en nuestra entidad.

Que, mediante Resolución Directoral N° 263-2017-GR-CAJ-DRS/HRDC-DE, de fecha 21 de junio del 2017, se aprobó "EL PROTOCOLO DE VISITAS ABIERTAS Y ADECUACIÓN AMBIENTAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA", al solicitar de la Oficina de Gestión de la Calidad, mediante Oficio N° 224-2017-GOB-REG-CAJ.DRS/HRC/GC, protocolo que ha sido elaborado y propuesto para su aprobación por la Dra. Bertha Haydeé Torrel Villanueva, hecho que debe ser reconocido y felicitado por la Dirección de nuestra Institución, ya que ello contribuye a la implementación de políticas para que los familiares de los pacientes del servicio de UCINT participen activa y voluntariamente en el informe diario del estado de salud de sus familiares.

Que, siendo política de Gestión del Hospital Regional Docente de Cajamarca, expresar felicitación y reconocimiento al personal que contribuye con esfuerzo, trabajo, identidad y compromiso al logro de las metas además del desarrollo institucional, la Dirección del Hospital Regional Docente de Cajamarca, considera pertinente extender un especial saludo de Reconocimiento y Felicitación Escrita al personal involucrado;

Que, estando a lo dispuesto por la Dirección General y a lo establecido por la Ley de bases de la Descentralización Ley 27783; con las visaciones del Director de la Oficina de Asesoría Jurídica, Director de la Oficina Ejecutiva de Administración, Jefe de la Oficina de Personal del Hospital Regional Docente de Cajamarca y en uso de las atribuciones conferidas mediante Ordenanza Regional N° 007-2010-GR que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional de Cajamarca, Resolución Sectorial N° 283-2015-GR.CAJ/DRS-OE.GB.RR.HH, de fecha 06 de abril del 2015;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- RECONOCER y FELICITAR a la **DRA. BERTHA HAYDEÉ TORREL VILLANUEVA**, a nombre de la **Dirección General del Hospital Regional Docente de Cajamarca**, por su alto grado de identificación y su gran desempeño en la Elaboración y Ejecución del Protocolo de Visitas Abiertas y Adecuación Ambiental en la Unidad de Cuidados Intermedios (UCINT) del HRDC, cuyo protocolo viene siendo aplicado en nuestra Institución a partir del año 2014 a la fecha.

ARTÍCULO SEGUNDO.- DISPONER que la presente resolución forme parte de su legajo personal a fin de que sea considerado como mérito.

ARTÍCULO TERCERO.- ENCARGAR a la Oficina de Secretaría General la notificación de la presente resolución a los interesados para fines de Ley.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.

TUM-DG-HRC/A.J
JCS/erv
Interesados.
Archivo.



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA

Dr. Tito Urquiza Melquiades
Director General
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA
CAMP. N° 14701 - RAJEN° 10040

A.8.-Resolución Regional de felicitación más mención honrosa del protocolo de visita abierta y adecuación ambiental.



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA



RESOLUCIÓN REGIONAL SECTORIAL N° 1413-2017-GR.CAJ/DRS-OE.GD.RR.HH

Cajamarca, 28 NOV 2017

VISTO:

El Memorándum N° 1245-2017-GR.CAJ-DRSC/DG de fecha 03 de noviembre del 2017;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con el Inciso i) del Artículo 24° del Decreto Legislativo N° 276 Ley de Bases de Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público, así como el Artículo 146°, e Inciso a) del Artículo 147° e inciso d) del Artículo 148° de su Reglamento el Decreto Supremo 005-90-PCM, establecen la atención del Programa de Incentivos en la Administración Pública;

Que, la Política de Incentivos de la Dirección Regional de Salud Cajamarca, es la estimula y promover la participación activa y comprometida de los sectores e instituciones públicas y privadas, así como de la población en general, por lo que se hace necesario reconocer a la Médico Cirujano, Bertha Haydee Torrel Villanueva, por haber ganado el premio a: **La Mejor intervención de Proyecto "Humanizando los Cuidados Intensivos en Unidad de Cuidados Intensivos en UCI" en UCIN de Perú, organizado por la Sociedad Peruana de Medicina Intensiva**, debiéndose emitir la respectiva Resolución de felicitación, dando cumplimiento al contenido del Memorándum N° 1245-2017-GR.CAJ-DRSC/DG ;

Estando a lo dispuesto por la Dirección General y con la visación de la Oficina Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos, Oficina de Asesoría Jurídica de la Dirección Regional de Salud Cajamarca, y;

Con las atribuciones conferidas mediante Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización y a la Ordenanza Regional N° 001-2015-GR.CAJ/CR que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud Cajamarca;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- RECONOCER MENCIÓN HONROSA DE FELICITACIÓN, a la Médico Cirujano doña: **BERTHA HAYDEE TORREL VILLANUEVA**, servidora del Hospital Regional Docente de Cajamarca, con cargo de Médico, Nivel Remunerativo M-2, **Especialista en Medicina Interna**, por haber ganado el premio a la **Mejor Intervención de Proyecto "Humanizando los Cuidados Intensivos en Unidad de Cuidados Intensivos en UCI" en UCIN de Perú**, por las razones expuestas en la parte considerativa de la presente Resolución.-----

ARTÍCULO SEGUNDO.- La presente formará parte de su legajo personal, como mérito.-----

Regístrese y Comuníquese.



M. Carmen Esther Estrella Izarra
Director Regional



A.9.- Fotos de obtención de primer puesto en congreso internacional de Medicina Intensiva - SOPEMI.

