Programa de certificación de humanización de Unidades de Radiología

Este documento cuenta con el aval institucional del Colegio Interamericano de Radiología (CIR).

Manual de buenas prácticas

de Humanización en las Unidades de Radiología

Revisión de 2024

HURRA Humanizando la Radiología

COLEGIO INTERAMERICANO DE RADIOLOGIA

HUCI Humanizando los Cuidados Intensivos

Manual de buenas prácticas

2024

Como citar este documento:

Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HURRA. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Radiología. Madrid: Proyecto HU-CI; 2024 [acceso 22 de enero de 2024]. Disponible en: https://hsanidad.org/bpradiologia/

Coordinación HURRA:

Eva Alfayate.

Leonardo Romero.

Merche García.

Pilar Manchón.

Coordinación HUCI:

José Manuel Velasco Bueno.

Gabriel Heras La Calle.

1ª Edición. Enero de 2024 **ISBN:** 978-84-09-61727-2

Reconocimiento – NoComercial – CompartirIgual (by-nc-sa):
No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original.

HURRA Humanizando la Radiología

Programa de certificación de humanización en radiología: radiodiagnóstico y medicina nuclear

Quienes somos:

Somos un grupo de profesionales de la radiología que desde hace tiempo nos hemos visto atraídos por el concepto de humanización de la asistencia sanitaria como objetivo de vida profesional.

El ejemplo del Proyecto HU-CI (Humanización en Unidades de Cuidados Intensivos) ha calado entre nosotros haciendo que reflexionemos. En nuestro quehacer diario hemos comprobado la necesidad de re-humanización de la sanidad escuchando a nuestros pacientes. Viendo los resultados en pequeña escala del cuidado de aquellos detalles que más humanizan a nuestra profesión nuestra necesidad ha ido creciendo.

En nuestro equipo hay profesionales de distintas disciplinas como médicos radiólogos y nucleares, técnicos en imagen para el diagnóstico, medicina nuclear y radioterapia, psicólogos, físicos y arquitectos; esperando que al grupo se unan cualquier profesional sensible a la temática que abordamos en el manual. Estamos hermanados con el proyecto HONCOR (Humanización en los Servicios de Oncología Radioterápica) que ya agrupa a los profesionales de la radioterapia pero que en nuestro proyecto también tienen cabida.

En este grupo de personas se unen distintos talentos y capacidades que nos hacen diferentes y complementarios, capaces de discrepar, pero con un único objetivo: la humanización de la Radiología. Cuando hablamos de Radiología incluimos los servicios de Radiodiagnóstico y Medicina Nuclear.

¿Por qué creemos que hace falta la humanización en Radiología?

La medicina actual es la más eficaz y excelente de la historia gracias a los avances de la ciencia de los últimos cincuenta años. Estas cuotas de eficacia tienen su mejor indicador en la tasa de supervivencia actual de nuestra población. Superadas las infecciones en el siglo pasado; la tecnología y la ciencia han permitido avanzar en otros grupos de enfermedades devastadoras para la humanidad como son el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.

Por otro lado, el acceso masivo a los sistemas de salud ha contribuido a distribuir ese conocimiento a toda la población siendo también parte responsable de esas excelentes tasas de supervivencia por encima de la octava década de la vida.

La nueva revolución 4.0 que nos espera con la irrupción de la inteligencia artificial y la robótica en el campo de la salud hace necesario reequilibrar el sistema aportando excelencia en el

cuidado de los aspectos psico-sociales del paciente y sus familiares sin olvidar el cuidado del propio profesional sanitario. El burnout alcanza al 50% de nuestros profesionales siendo este un gran enemigo de la humanización.

La Radiología siempre ha sido parte de la medicina más innovadora aportando gran valor a la mayoría de las especialidades médicas. En nuestros servicios hemos visto nacer y crecer tecnología y hemos visto como el acceso universal y la demanda creciente de la imagen para el diagnóstico ha llegado a masificarse.

En todo este recorrido hemos seguido aportando la calidez humana que nuestra vocación nos ha pedido, pero hay que reconocer que la situación nos ha superado y que hay margen de mejora. Nuestros pacientes y sus familiares nos lo dicen, incluso nosotros mismos como profesionales hacemos esta reflexión.

Nuestra piel pide ahora aunar esfuerzos para alcanzar la excelencia en valores de humanización de igual manera que lo hemos hecho y seguiremos haciendo para alcanzar la excelencia técnica.

El reto de la inteligencia artificial es propicio para cuidar aquellos aspectos profesionales que nos hacen hoy en día insustituibles por la tecnología como son: la compasión, la ética, el sentido común o la creatividad…etc.

Este camino requiere esfuerzo y recursos, pero la recompensa de un sistema de salud sostenible, eficaz y de excelencia completa lo vale.

Nuestros objetivos:

FORMACIÓN

Uno de los objetivos prioritarios del proyecto HURRA es la creación, participación y promoción de espacios formativos. Dichos espacios deben permitir adquirir habilidades y recursos para la transformación de los profesionales de la Radiología a un modelo de asistencia centrada en el paciente. Este es un proyecto para transformar, motivar e ilusionar a las personas.

INVESTIGACIÓN

Queremos que nuestro proyecto tenga sólida base científica basada en la evidencia y para ello dedicaremos esfuerzos en participar en proyectos de investigación al respecto de la Humanización en Radiología.

DIVULGACIÓN

De nada servirían estos conocimientos si no somos capaces de compartirlos. Toda la información generada por nuestro equipo en diferentes grupos de trabajo será compartida utilizando los recursos convencionales y digitales. Colaboraremos con otras entidades profesionales y de pacientes generando sinergias que ayuden a que este conocimiento alcance la mayor difusión posible.

COMPARTIR VIVENCIAS

Este es un proyecto de personas para las personas, donde la experiencia compartida queremos que forme parte del mismo. El autoconocimiento y autocuidado debemos vivirlo en gerundio, siempre en construcción.

Propósito:

Proyecto HURRA se propone, entre sus líneas de trabajo, certificar el cumplimiento de estándares de humanización de las organizaciones sanitarias, así como de sus profesionales y de la formación que estos reciben. Así, el Proyecto HURRA acompaña a las organizaciones y profesionales de la salud en la mejora de la calidad de su trabajo, a través de la certificación y de otros proyectos que impulsan la humanización de los Servicios de Radiodiagnóstico y Medicina Nuclear.

La certificación supone un reconocimiento expreso y público al cumplimiento de los requisitos considerados necesarios para prestar una atención humanizada y de calidad por parte de las unidades que han emprendido un camino de mejora continua.

El programa de certificación de HURRA contiene un total de 142 buenas prácticas distribuidas en 7 líneas estratégicas.

Ámbito:

El Programa de certificación de humanización está dirigido a Unidades de Servicios de Radiodiagnóstico y Medicina Nuclear, pertenecientes a centros hospitalarios del sector público o privado que lo soliciten, tanto a nivel nacional como internacional.

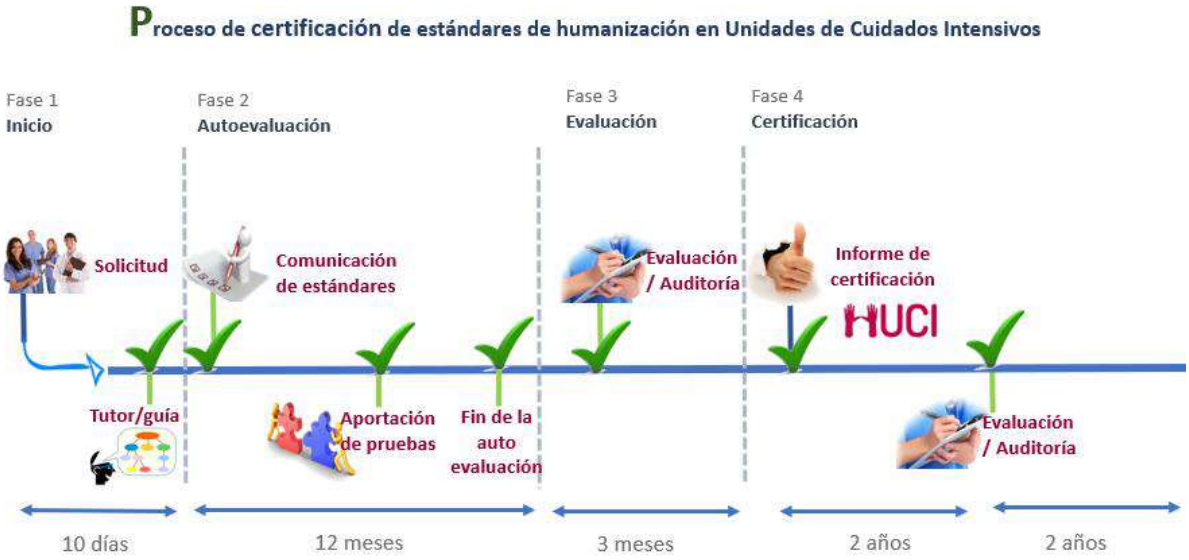
Metodología:

El Proceso de Certificación comienza con la solicitud voluntaria de una unidad de someterse al proceso de revisión que concluirá con la certificación HUCI-AENOR.

Dicha certificación tendrá validez, una vez concedida, de cuatro años. Periodo tras el cual deberá certificarse nuevamente el mantenimiento de las buenas prácticas para conservar el nivel de certificación.

El proceso comprende una serie de fases que pueden resumirse en:

- Solicitud.
- Autoevaluación.
- Evaluación.
- Certificación.



1ª fase: Solicitud.

La solicitud se inicia con una petición formal en la que deberán indicarse todos los datos relativos a la unidad solicitante, así como las personas responsables del proceso.

Tras la solicitud se asignan dos tutores por parte del Proyecto HURRA que serán los encargados del acompañamiento y asesoramiento de la unidad solicitante durante el proceso de certificación.

Los responsables locales recibirán unas claves de acceso al programa de certificación mediante el cual mantendrán el contacto sobre todo lo relativo al proceso. A través de ese medio contarán con los instrumentos necesarios para el envío de la documentación solicitada para la verificación de las buenas prácticas requeridas.

2ª fase: Autoevaluación.

Durante esta fase los responsables locales deberán reunir y aportar las pruebas que verifiquen el cumplimiento de las buenas prácticas requeridas. Dichos requisitos quedan reflejados en este manual de certificación que servirá como documento guía en la preparación de las pruebas de cumplimiento.

Una vez iniciado el proceso, se establece un plazo máximo de doce meses para finalizar esta fase teniendo validez las pruebas aportadas durante ese periodo y debiendo renovarse las mismas si se supera el plazo establecido.

La autoevaluación permite a la unidad solicitante identificar su posición actual, determinar a dónde quieren llegar y planificar las actuaciones para conseguirlo.

Esta fase finaliza a petición de la unidad solicitante una vez que considere que reúne los requisitos necesarios para proceder a la evaluación por parte de Proyecto HURRA.

3ª fase: Evaluación.

Una vez finalizada la fase de autoevaluación, y a petición de la unidad solicitante, se procederá a realizar una auditoría externa. Los equipos de evaluadores valorarán las pruebas aportadas durante los procesos de certificación. Esta fase incluye la evaluación de la documentación aportada y la verificación presencial de aquellas buenas prácticas que lo requieran.

4ª fase: Certificación.

En base a los resultados obtenidos en la fase de evaluación se emitirá un informe en el que certificará el cumplimiento de las buenas prácticas propuestas. Dicho informe refleja así mismo los aspectos detectados que puedan suponer opciones de mejora.

El informe certifica un nivel básico, avanzado o excelente de cumplimiento dependiendo del grado de consecución de los estándares propuestos.

Las buenas prácticas se dividen en tres tipos básicamente:

Básicas (B), aquellas que son obligatorias para conseguir un nivel mínimo de humanización.

Avanzadas (A), buenas prácticas consideradas como esenciales, pero no obligatorias para considerar un nivel básico. Su cumplimiento pone de manifiesto un nivel más avanzado de reconocimiento.

Excelentes (E), otras que, si bien no se consideran obligatorias o esenciales, sí serían deseables, aportando un nivel excelente de reconocimiento y certificación.

El presente manual ha sido elaborado por profesionales sanitarios y no sanitarios, contando con la participación y el asesoramiento de otros profesionales de áreas relacionadas con los estándares de certificación, así como de pacientes y familiares.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Línea estratégica 1	**COMUNICACIÓN**	COMUNICACIÓN CON EL EQUIPO
		COMUNICACIÓN/INFORMACIÓN DEL PACIENTE/FAMILIAR
		COMUNICACIÓN DEL PROFESIONAL PRESCRIPTOR
		COMUNICACIÓN DEL PACIENTE CON EL PROFESIONAL

Línea estratégica 2	**BIENESTAR DEL PACIENTE Y FAMILIAR**	BIENESTAR FÍSICO
		BIENESTAR PSICOLÓGICO Y ESPIRITUAL

Línea estratégica 3	**CUIDADOS AL PROFESIONAL**	SENSIBILIDAD SOBRE EL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL Y FACTORES ASOCIADOS
		PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL Y PROMOCIÓN DEL BIENESTAR

Línea estratégica 4	**ATENCIÓN AL PACIENTE VULNERABLE**	CUIDADO DE PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES
		ATENCIÓN EN EMBARAZO Y LACTANCIA
		IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y ABORDAJE DE MALOS TRATOS.

Línea estratégica 5	**RADIOLOGÍA ABIERTA**	SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN DEL EQUIPO ASISTENCIAL
		ACCESIBILIDAD
		PRESENCIA Y PARTICIPACIÓN EN PROCEDIMIENTOS
		SOPORTE A LAS NECESIDADES EMOCIONALES, PSICOLÓGICAS Y ESPIRITUALES DE LOS FAMILIARES.

Línea estratégica 6	**RADIOEMOCIÓN**	RADIOFOBIA DEL PACIENTE
		RADIO-ADICCIÓN DEL PACIENTE

Línea estratégica 7	**INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA/ PRIVACIDAD DEL PACIENTE**	PRIVACIDAD E INTIMIDAD DEL PACIENTE
		UBICACIÓN DEL SERVICIO
		CONFORT EN ÁREA ADMINISTRATIVA
		CONFORT EN EL ÁREA DE ESPERA
		SEÑALIZACIÓN Y ACCESIBILIDAD A LAS ZONAS DE REALIZACIÓN DE PRUEBAS
		CONFORT AMBIENTAL DEL USUARIO/PACIENTE Y FAMILIARES
		CONFORT EN ÁREAS DE PROFESIONAL SANITARIO
		CONFORT EN EL ÁREA DE DESCANSO DEL PERSONAL

BUENAS PRÁCTICAS

Línea estratégica 1

COMUNICACIÓN

El servicio de radiología es uno de los servicios centrales de cualquier hospital lo cual lleva implícito una alta necesidad de comunicación. El servicio de radiología es un verdadero *hub* de comunicación donde conviven cuatro niveles de comunicación constantemente y todos ellos centrados en el paciente. Es por tanto una necesidad imperiosa poner en valor esa comunicación.
Esos cuatro niveles de comunicación serían: la comunicación interna del equipo de profesionales que se coordinan para dar el servicio, la comunicación con el paciente y familiares para la realización del servicio, la comunicación con el médico prescriptor que es quien ha generado la consulta con sus dudas diagnósticas y la comunicación con el paciente respecto al diagnóstico, que es quien accede al servicio en búsqueda de una respuesta a su dolencia que puede cambiar su vida para siempre.

En el interior del servicio de radiología la comunicación respecto al paciente con distintos perfiles profesionales como son el personal administrativo responsable de la citación del paciente y los demás profesionales sanitarios que concurren en el servicio que principalmente son los técnicos en diagnóstico por imagen (TSDI), auxiliares clínicos y enfermería. Estos profesionales se benefician de tener herramientas para un fluido y eficaz trabajo multidisciplinar en equipo que permita mejorar los resultados orientados al paciente, así como el ambiente laboral.

Si algo agradecen los pacientes y sus familiares en el servicio de radiología es la comunicación respecto a la realización del servicio. Reducir la incertidumbre respecto a las pruebas de imágenes y tratamientos, los efectos de la radiación y su operativa reduce la ansiedad que supone a la mayoría de los pacientes el paso por el servicio de radiología.

El paciente accede al servicio de radiología referido por un médico prescriptor que en base a los datos clínicos del paciente solicita una exploración. La relación con el clínico que ha solicitado la exploración se basa en cuatro pilares: la petición del médico, donde aporta datos clínicos y solicita un estudio en base a una sospecha clínica, el informe del radiólogo, las sesiones clínicas o comités de tumores donde se exponen casos y se discuten las mejores opciones para tratar cada caso y la comunicación individual del prescriptor y el radiólogo.

La comunicación principal es el informe médico y ese tiene que ser un ejemplo de buena comunicación, precisa y entendible.

La reciente evolución de la radiología ha posicionado al radiólogo en un ser oculto en los sótanos que pervive en la oscuridad y cuyo nombre escasamente es recordado por los pacientes.

Es hora de cambiar esta realidad por una nueva radiología centrada en el paciente y no en las exploraciones ni en los informes. La comunicación actual se basa en el informe que se genera en código técnico para el médico prescriptor pero la información que contiene es propiedad del paciente y es por eso que el acceso entendible a esa información por parte del paciente debería ser una opción que esté contemplada. Los pacientes actualmente no desean ser un objeto pasivo del servicio sanitario y quieren participar de las decisiones siendo partícipes de la información médica que de ellos disponemos. La figura del radiólogo toma relevancia en este nuevo modelo.

Línea estratégica 1	**COMUNICACIÓN**	COMUNICACIÓN CON EL EQUIPO
		COMUNICACIÓN/INFORMACIÓN DEL PACIENTE/FAMILIAR
		COMUNICACIÓN DEL PROFESIONAL PRESCRIPTOR
		COMUNICACIÓN DEL PACIENTE CON EL PROFESIONAL

Línea estratégica 1	COMUNICACIÓN	COMUNICACIÓN DEL EQUIPO

Se asegura el traspaso correcto de la información relevante del paciente, cuidadores y su familia entre todos los miembros del equipo y se usan herramientas que fomentan el trabajo en equipo

Buena práctica 1.1	Existe un protocolo estructurado (tanto oral como en registro por escrito) de traspaso de información en el cambio de turno: información e incidencias	B A E
Buena práctica 1.2	Se realizan actividades formativas para los profesionales de trabajo en equipo, y comunicación efectiva utilizando herramientas como por ejemplo la CNV (Comunicación No Violenta)	B A E
Buena práctica 1.3	Se realizan sesiones conjuntas entre los diferentes profesionales de una misma área	B A E
Buena práctica 1.4	Están implantadas herramientas específicas para mejorar de la comunicación efectiva: objetivos diarios / listados de verificación / Briefings	B A E
Buena práctica 1.5	Existen herramientas para identificar los conflictos entre los profesionales de radiología (medicina nuclear, radiodiagnóstico y radioterapia) y proponer soluciones a estos	B A E
Buena práctica 1.6	Existen herramientas de comunicación instantánea entre los profesionales del servicio para evitar desplazamientos e interrupciones.	B A E
Buena práctica 1.7	Existe un protocolo de comunicación entre los técnicos que manejan el equipo, el servicio técnico, el de aplicaciones, el informático y el de mantenimiento para comunicar incidencias.	B A E
Buena práctica 1.8	Se comunica el plan estratégico del servicio a los profesionales	B A E
Buena práctica 1.9	Se contempla el acceso a un comité de bioética del centro	B A E

Línea estratégica 1	COMUNICACIÓN	COMUNICACIÓN/INFORMACIÓN DEL PACIENTE/FAMILIAR

Facilitar elementos que ayuden a entablar una comunicación adecuada y empática con el paciente y los familiares por parte de todos los miembros del equipo, para llegar a una satisfactoria relación de ayuda, así como la accesibilidad a la información

Buena práctica 1.10	Existe un protocolo de acogida y despedida al paciente por parte de todos los profesionales del servicio, adaptado a las necesidades del paciente.	**B** A E
Buena práctica 1.11	Existe un protocolo de información conjunta médico-técnico a pacientes y familiares	B **A** E
Buena práctica 1.12	Se realizan actividades formativas en habilidades no técnicas y de relación de ayuda que incluyan comunicación de malas noticias	**B** A E
Buena práctica 1.13	Se facilita información telemática al paciente o familiar previo a la asistencia de la cita, sobre la preparación y duración de la prueba, gestión de la burocracia y demás información que ayude a la tranquilidad del paciente.	B **A** E
Buena práctica 1.14	En pacientes competentes se respetará la autonomía del paciente respecto a la información a compartir con sus familiares.	**B** A E
Buena práctica 1.15	Existe un protocolo que incluye comunicación de hallazgos inesperados y/o malas noticias.	**B** A E
Buena práctica 1.16	Existe un protocolo para favorecer la comunicación con pacientes que presentan necesidades especiales	B **A** E
Buena práctica 1.17	Existe un procedimiento para comunicarse con pacientes, cuidadoras o familiares favoreciendo la comunicación en su lengua nativa o idioma materno para que no exista una barrera idiomática	B **A** E
Buena práctica 1.18	Existen herramientas de traducción virtuales o escritas en diversos idiomas de fácil acceso a usuarios/pacientes, familiares y profesionales	B **A** E
Buena práctica 1.19	Existe un sistema para que los pacientes puedan comunicarse con los profesionales sanitarios cuando los necesiten	B **A** E
Buena práctica 1.20	Existen profesionales de referencia dentro del servicio para situaciones conflictivas, complejas y/o delicadas	B **A** E

Buena práctica 1.21	Existe un protocolo para comunicar en caso de incidencia o aumentos en los tiempos de espera	B A E
Buena práctica 1.22	Existe un protocolo para que los usuarios hagan llegar sus dudas y necesidades informativas (servirá para actualizar la información de base que se les ofrece)	B A E

Línea estratégica 1	COMUNICACIÓN	COMUNICACIÓN DEL PROFESIONAL PRESCRIPTOR
Facilitar elementos que ayuden a entablar una comunicación adecuada y empática con el médico prescriptor		
Buena práctica 1.23	Existe un procedimiento que facilita la información telemática sobre los resultados	B A E
Buena práctica 1.24	Existe un procedimiento de comunicación entre médico prescriptor y médico radiólogo	B A E
Buena práctica 1.25	El servicio participa en sesiones conjuntas multidisciplinares con profesionales de otras especialidades	B A E
Buena práctica 1.26	Se facilita una lista de procedimientos a no realizar, consensuada por SERAM, a los médicos prescriptores en relación a la solicitud de pruebas.	B A E

Línea estratégica 1	COMUNICACIÓN	COMUNICACIÓN PACIENTE / PROFESIONAL
Facilitar elementos que ayuden a entablar una comunicación adecuada y empática del paciente y los familiares con los miembros del equipo, así como la accesibilidad a la información		
Buena práctica 1.27	Existe una encuesta de valoración de la atención recibida por parte de los usuarios	B A E
Buena práctica 1.28	Existe la posibilidad de realizar una consulta entre el paciente y el médico especialista	B A E

Buena práctica 1.29	Se incorpora a pacientes en el diseño de circuitos, procedimientos y protocolos	B A E
Buena práctica 1.30	Existe un sistema de comunicación para recoger y canalizar propuestas de mejora del área	B A E

Bibliografía recomendada:

- Aminololama-Shakeri S, Soo MS, Grimm LJ, Watts MR, Poplack SP, Rapelyea J, Saphier N, Stack R, Destounis S. Radiologist-Patient Communication: Current Practices and Barriers to Communication in Breast Imaging. J Am Coll Radiol. 2019 May;16(5):709-716. doi: 10.1016/j.jacr.2018.10.016. Epub 2018 Dec 21. PMID: 30580958.
- Boisserie-Lacroix M, Duguey-Cachet O, Stadelmaier N, Hurtevent-Labrot G, Jouneau J. Establishment of a consultation to announce the results of a breast biopsy. Diagn Interv Imaging. 2014 Jun;95(6):595-9. doi: 10.1016/j.diii.2014.01.006. Epub 2014 Mar 4. PMID: 24618560.
- Brady AP. The vanishing radiologist-an unseen danger, and a danger of being unseen. Eur Radiol. 2021 Aug;31(8):5998-6000. doi: 10.1007/s00330-021-07723-1. Epub 2021 Feb 10. PMID: 33569618.
- Brady, A. Value-Based Radiology: A New Focus to Optimise Impact. Radiology. EMJ Radiol. 2022; DOI/10.33590/emjradiol/22-00090. https://doi.org/10.33590/emjradiol/22-00090.
- Kemp JL, Mahoney MC, Mathews VP, Wintermark M, Yee J, Brown SD. Patient-centered Radiology: Where Are We, Where Do We Want to Be, and How Do We Get There? Radiology. 2017 Nov;285(2):601-608. doi: 10.1148/radiol.2017162056. Epub 2017 Jun 20. PMID: 28631981.
- Colleoni M, Sun Z, Price KN, Karlsson P, Forbes JF, Thürlimann B, Gianni L, Castiglione M, Gelber RD, Coates AS, Goldhirsch A. Annual Hazard Rates of Recurrence for Breast Cancer During 24 Years of Follow-Up: Results From the International Breast Cancer Study Group Trials I to V. J Clin Oncol. 2016 Mar 20;34(9):927-35. doi: 10.1200/JCO.2015.62.3504. Epub 2016 Jan 19. PMID: 26786933; PMCID: PMC4933127.
- Cox J, Graham Y. Radiology and patient communication: if not now, then when? Eur Radiol. 2020 Jan;30(1):501-503. doi: 10.1007/s00330-019-06349-8. Epub 2019 Jul 29. PMID: 31359123.
- Epstein RM, Street RL, Jr. Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering. National Cancer Institute, NIH Publication No. 07-6225. Bethesda, MD, 2007. Disponible en: https://cancercontrol.cancer.gov/brp/docs/pcc_monograph.pdf.
- European Society of Radiology (ESR). Value-based radiology: what is the ESR doing, and what should we do in the future? Insights Imaging. 2021 Jul 27;12(1):108. doi: 10.1186/s13244-021-01056-9. PMID: 34318401; PMCID: PMC8316510.
- R.W. Foley, A. Pollentine, Interdepartmental communication in emergency radiology: documentation of referrer opinion on A&E radiographs, Clinical Radiology, Volume 74, Supplement 2, 2019, Page e26, ISSN 0009-9260, https://doi.org/10.1016/j.crad.2019.09.101. (https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009926019304957)
- García B. Cristián. La medicina defensiva en la práctica de la radiología. Rev. chil. radiol. [Internet]. 2019 Mar [citado 2023 Nov 30] ; 25(1): 2-4. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082019000100002&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-93082019000100002
- Garry K, Blecker S, Saag H, Szerencsy A, Jones SA, Testa P, Kang SK. Patient Experience With Notification of Radiology Results: A Comparison of Direct Communication and Patient Portal Use. J Am Coll Radiol. 2020 Sep;17(9):1130-1138. doi: 10.1016/j.jacr.2020.01.046. Epub 2020 Apr 11. PMID: 32289281.
- Goldberg-Stein S, Chernyak V. Adding Value in Radiology Reporting. J Am Coll Radiol. 2019 Sep;16(9 Pt B):1292-1298. doi: 10.1016/j.jacr.2019.05.042. PMID: 31492407.
- Gutzeit A, Sartoretti E, Reisinger C, Blautzik J, Sartoretti-Schefer S, Kos S, Fischmann A, Donners R, Harder D, Meissnitzer M, Hergan K, Largiadèr S, Forstner R, Froehlich JM, Reischauer C, Matoori S, Koh DM, Sartoretti T. Direct communication between radiologists and patients improves the quality of imaging reports. Eur Radiol. 2021 Nov;31(11):8725-8732. doi: 10.1007/s00330-021-07933-7. Epub 2021 Apr 28. PMID: 33909134.
- Hong MK, Feustel C, Agnihotri M, Silverman M, Simoneaux SF, Wilcox L. Supporting Families in Reviewing and Communicating about Radiology Imaging Studies. Proc SIGCHI Conf Hum Factor Comput Syst. 2017 May 2;2017:5245-5256. doi: 10.1145/3025453.3025754. PMID: 28920107; PMCID: PMC5600522.

- Itri JN. Patient-centered Radiology. Radiographics. 2015 Oct;35(6):1835-46. doi: 10.1148/rg.2015150110. PMID: 26466190.
- Mangano MD, Bennett SE, Gunn AJ, Sahani DV, Choy G. Creating a Patient-Centered Radiology Practice Through the Establishment of a Diagnostic Radiology Consultation Clinic. AJR Am J Roentgenol. 2015 Jul;205(1):95-9. doi: 10.2214/AJR.14.14165. PMID: 26102386.
- Ollivier L, Apiou F, Leclère J, Sévellec M, Asselain B, Brédart A, Neuenschwander S. Patient experiences and preferences: development of practice guidelines in a cancer imaging department. Cancer Imaging. 2009 Oct 2;9 Spec No A(Special issue A):S92-7. doi: 10.1102/1470-7330.2009.9040. PMID: 19965300; PMCID: PMC2797468.
- Pahade J, Couto C, Davis RB, Patel P, Siewert B, Rosen MP. Reviewing imaging examination results with a radiologist immediately after study completion: patient preferences and assessment of feasibility in an academic department. AJR Am J Roentgenol. 2012 Oct;199(4):844-51. doi: 10.2214/AJR.11.8064. PMID: 22997377; PMCID: PMC3786865.
- Porensky EK, Carpenter BD. Breaking bad news: Effects of forecasting diagnosis and framing prognosis. Patient Educ Couns. 2016 Jan;99(1):68-76. doi: 10.1016/j.pec.2015.07.022. Epub 2015 Jul 26. PMID: 26238257.
- Ramaswamy RS, Tiwari T, Ramaswamy HF, Akinwande O. Teamwork and Communication in Interventional Radiology. Journal of Radiology Nursing. 2017 Dec;36(4):261-264. doi: 10.1016/j.jradnu.2017.10.003.
- Rockall AG, Justich C, Helbich T, Vilgrain V. Patient communication in radiology: Moving up the agenda. Eur J Radiol. 2022 Oct;155:110464. doi: 10.1016/j.ejrad.2022.110464. Epub 2022 Aug 12. PMID: 36038410.
- RSNA. Patient-Centered Care. Heal Educ Behav [Internet]. 2012 [cited 2019 Apr 12];39(5):523–5. Disponible en: https://www.rsna.org/practice-tools/patient-centered-care.
- Sacristán J. Medicina basada en la evidencia y medicina centrada en el paciente: algunas reflexiones sobre su integración. 2013 [cited 2019 Apr 14]; Disponible en: www.elsevier.es/rce.
- Schreiber MH, Leonard M Jr, Rieniets CY. Disclosure of imaging findings to patients directly by radiologists: survey of patients' preferences. AJR Am J Roentgenol. 1995 Aug;165(2):467-9. doi: 10.2214/ajr.165.2.7618577. PMID: 7618577.
- Scott A. Improving communication for better patient care. Radiol Technol. 2007 Jan-Feb;78(3):205-18; quiz 219-21. PMID: 17242441.
- Smith JN, Gunderman RB. Should we inform patients of radiology results? Radiology. 2010 May;255(2):317-21. doi: 10.1148/radiol.10091608. PMID: 20413747.
- Mary Scott Soo, Rebecca A Shelby, Karen S Johnson, Optimizing the Patient Experience during Breast Biopsy, Journal of Breast Imaging, Volume 1, Issue 2, June 2019, Pages 131–138, https://doi.org/10.1093/jbi/wbz001
- Vegas-Pardavila E, Carrera-Martínez D, Avanzas-Fernández S, Gracia-Corbato M, Braña-Marcos B, de la Villa-Santoveña M. Análisis de satisfacción en mujeres con reciente diagnóstico de cáncer de mama. Estudio multicéntrico en Servicios de Oncología. Rev Calid Asist. 2011;26(5):306–14.
- Vijayasarathi A, Duszak R Jr. How Radiologists Can Benefit From Direct Communication With Patients. Curr Probl Diagn Radiol. 2020 Jul-Aug;49(4):224-226. doi: 10.1067/j.cpradiol.2019.03.002. Epub 2019 Mar 15. PMID: 30987792.
- Woo S, Andrieu PC, Abu-Rustum NR, Broach V, Zivanovic O, Sonoda Y, Chi DS, Aviki E, Ellis A, Carayon P, Hricak H, Vargas HA. Bridging Communication Gaps Between Radiologists, Referring Physicians, and Patients Through Standardized Structured Cancer Imaging Reporting: The Experience with Female Pelvic MRI Assessment Using O-RADS and a Simulated Cohort Patient Group. Acad Radiol. 2023 Sep 1:S1076-6332(23)00404-X. doi: 10.1016/j.acra.2023.08.005. Epub ahead of print. PMID: 37661555.

Línea estratégica 2

BIENESTAR DEL PACIENTE Y FAMILIAR

El paciente es el fin último de nuestro hacer, proponemos una radiología más que "por" el paciente, una radiología "con" el paciente. Donde las necesidades del paciente estén como prioridades en las agendas de cualquier servicio de Radiología/Medicina Nuclear.

Los servicios de Radiología son sitios usualmente percibidos muy inhóspitos, hostiles y estresantes, porque, por un lado, el paciente afronta una prueba que ocurrirá dentro de un equipo que le es desconocido, como un TAC o una RM, y, por otro lado, enfrenta la posibilidad de un posible diagnóstico potencialmente desfavorable. Como un día describió un escritor en una novela catalana al servicio de Radiología. "Es un sitio donde se dictan sentencias de muerte, o como mucho, un indulto temporal".

Los estresores más marcados de un ser humano son la falta de información, la incertidumbre y la pérdida del control, todos estos estresores están presentes en un servicio de radiología, por lo que intentar minimizar el impacto de esta realidad, ha de ser protagónico.

Hemos de formar a los profesionales de la radiología para que dispongan de las herramientas necesarias, para poder acompañar y co-regular el gran distrés presente en la mayoría de nuestros pacientes, para ello hemos de comprender cuales son las necesidades físicas, emocionales y singularmente vitales de nuestros pacientes.

El familiar no es un "trasladador" del paciente, es una persona con quien tiene un vínculo afectivo muy cercano, con el paciente. También presenta necesidades particulares, e integrándose dentro del servicio de radiología, podrían minimizar el impacto desagradable de las pruebas radiológicas.

Atender y entender las necesidades físicas, emocionales, estructurales, de movilidad, de diversidad de los familiares, es vital, para poder diseñar un servicio de Radiología, que amortigüe uno de los momentos más determinantes dentro de la historia natural de cualquier enfermedad. El diagnóstico.

El acompañamiento del paciente, durante pruebas diagnósticas e intervencionistas, siempre que sea posible, por un cuidador y/o familiar, ha de ser prioritario. Informar, integrar, acompañar, cuidar, al paciente y al familiar, antes, durante y después de la prueba diagnóstica, e igualmente crear vías de comunicación efectivas, a través de las cuales, ser capaces de poder informar no solo el resultado de la prueba, sino todo el proceso en sí.

Creemos que hemos de ser capaces de disponer de espacios exclusivos (consultorios), diseñados con todas las características arquitectónicas humanizantes, que más adelante detallaremos, donde el profesional de Radiología/Radioterapia/Medicina Nuclear, pueda comunicar de forma cercana, íntima y humana, todas las necesidades y recursos que todos los actores (sanitario-paciente-familiar) puedan compartir. Nosotros como expertos en Radiología/Radioterapia/Medicina Nuclear, ellos como expertos de ellos mismos. Ambos, seres humanos, compartimos lo mejor de nuestros roles en la relación.

Línea estratégica 2	**BIENESTAR DEL PACIENTE Y FAMILIAR**	BIENESTAR FÍSICO
		BIENESTAR PSICOLÓGICO Y ESPIRITUAL

Línea estratégica 2	BIENESTAR DEL PACIENTE	BIENESTAR FÍSICO

Promover medidas que eviten o disminuyan las molestias físicas del paciente al realizarse la prueba o el tratamiento pertinente

Buena práctica 2.1	Existe un protocolo actualizado de la posición correcta del paciente a la hora de realizar la prueba o el tratamiento adaptado a las situaciones específicas del paciente.	**B** A E
Buena práctica 2.2	Se utilizan escalas de dolor para controlar las necesidades de analgesia en procedimientos intervencionistas.	**B** A E
Buena práctica 2.3	Existe un protocolo de información para el paciente respecto a las situaciones dolorosas en procedimientos intervencionistas.	**B** A E
Buena práctica 2.4	Existe un protocolo de evaluación y actuación de riesgo de caídas de pacientes.	**B** A E

Línea estratégica 2	BIENESTAR DEL PACIENTE	BIENESTAR PSICOLÓGICO

Promover actuaciones encaminadas a disminuir el sufrimiento psicológico del paciente.

Buena práctica 2.5	Se facilita el uso de medios de entretenimiento en salas de espera.	B **A** E
Buena práctica 2.6	Se dispone de psicólogos integrados en el equipo asistencial.	B A **E**
Buena práctica 2.7	Existe un protocolo para los pacientes claustrofóbicos al realizarse la resonancia u otros equipos cerrados.	**B** A E
Buena práctica 2.8	Existe un protocolo de acompañamiento emocional en pacientes con altos niveles de ansiedad	**B** A E
Buena práctica 2.9	Se utiliza, además de la analgesia, técnicas de manejo y tolerancia al dolor (respiración, meditación, técnicas de visualización...).	B A **E**

Buena práctica 2.10	Se indagan y detectan las posibles necesidades emocionales, psicológicas, religiosas y/o espirituales del paciente.	B A E
Buena práctica 2.11	Se realiza formación para la atención a la diversidad y la inclusión entre el personal administrativo y sanitario	B A E

Bibliografía recomendada:

- Berlin L. Communicating results of all outpatient radiologic examinations directly to patients: the time has come. Am J Roentgenol. 2009;192:571–573. doi:10.2214/Am J Roentgenol.08.1954.
- European Society of Radiology. Value-based radiology: what is the ESR doing, and what should we do in the future? Insights Imaging. 2021;12:108. doi:10.1186/s13244-021-01056-9.
- Flemming DJ, Gunderman RB. Should We Think of Radiologists as Nonclinicians? J Am Coll Radiol. 2016;13:875–877. doi:10.1016/j.jacr.2016.02.026.
- Itri JN. Patient-centered Radiology. Radiographics. 2015;35:1835–1846. doi:10.1148/rg.2015150110.
- Jensen JD, Allen L, Blasko R, Nagy P. Using Quality Improvement Methods to Improve Patient Experience. J Am Coll Radiol. 2016 Dec;13(12 Pt B):1550-1554. doi:10.1016/j.jacr.2016.09.005. PMID: 27888940 Review.
- Kadom N, Zafar HM, Cook TS, Greene A, Durand DJ. Engaging Patients: Models for Patient- and Family-centered Care in Radiology. Radiographics. 2018 Oct;38(6):1866-1871. doi:10.1148/rg.2018180018. PMID: 30303779 Review.
- Mangano MD, Rahman A, Choy G, et al. Radiologists' role in the communication of imaging examination results to patients: perceptions and preferences of patients. Am J Roentgenol. 2014;203:1034–1039. doi:10.2214/Am J Roentgenol.14.12470.
- Munn Z, Jordan Z. The patient experience of high technology medical imaging: a systematic review of the qualitative evidence. JBI Libr Syst Rev. 2011;9:631–678. doi:10.11124/01938924-201109190-00001.
- Rawson JV, Kitts AB, Carlos RC. Patient- and Family-Centered Care: Why Radiology? J Am Coll Radiol. 2016 Dec;13(12 Pt B):1541-1542. doi:10.1016/j.jacr.2016.09.041. PMID: 27888937.
- Rawson JV, Mitchell L, Golden L, Murdock A, Haines GR. Lessons Learned From Two Decades of Patient- and Family-Centered Care in Radiology, Part 1: Getting Started. J Am Coll Radiol. 2016 Dec;13(12 Pt B):1555-1559. doi:10.1016/j.jacr.2016.09.010. PMID: 27888941 Review.
- Rawson JV, Mitchell L, Golden L, Murdock A, Haines GR. Lessons Learned From Two Decades of Patient- and Family-Centered Care in Radiology, Part 2: Building a Culture. J Am Coll Radiol. 2016 Dec;13(12 Pt B):1560-1565. doi:10.1016/j.jacr.2016.09.011. PMID: 27888942 Review.
- Rosenkrantz AB, Pysarenko K. The service encounter in radiology: acing the "moments of truth" to achieve patient-centered care. Acad Radiol. 2015 Feb;22(2):259-264. doi:10.1016/j.acra.2014.09.009. PMID: 25572928.
- Sze RW, Vera CD, Hogan L, Iyer RS. If Disney ran your pediatric radiology department: a different approach to improving the patient and family experience. Pediatr Radiol. 2019 Apr;49(4):493-499. doi:10.1007/s00247-018-4308-4. Epub 2019 Mar 29. PMID: 30923881 Review.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3

CUIDADOS AL PROFESIONAL

Cuidar al cuidador, cuidar a quien cuida y proveer de herramientas de autocuidado al sanitario, son medidas urgentes, dentro de un sistema que está sumergido en una profunda crisis humana, medida en tasas de desgaste profesional que promedian sobre el 50% de todos los sanitarios, medidas también como pérdida del sentido en el trabajo, aislamiento, distrés, desinterés, depresión, adicciones, e ideación suicida.

Un sistema que está basado en procesos, más no en personas, en volumen más que en valor, le interesa la biología del paciente, con desinterés por su biografía, piensa más en eficacia que en elegancia. Un sistema sanitario basado en el modelo industrial del siglo pasado nos lleva a cifras espectaculares, en cuanto a rendimiento y volumen, sin embargo, extirpamos como consecuencia, al ser humano en su dimensión holística.

Cuando nos referimos al ser humano, también nos referimos a los sanitarios, pues, detrás de nuestro rol, somos seres humanos, con necesidades básicas comunes. Necesitamos dar y también recibir, necesitamos aprender a pedir y a auto cuidarnos. Según la psicología evolutiva las tres necesidades básicas del ser humano para experimentar felicidad son: 1) Conexión humana, pues somos seres sociales, cableados y programados evolutivamente para cooperar más que para competir 2) Libertad, para poder desplegar nuestros dones y talentos y, 3) Maestría, para después estar capacitados en competencias profesionales, poder aportar nuestra singularidad e individualidad y hacer la diferencia, pues nadie puede ser mejor tú que tú.

Nuestro sistema prioriza: 1) Diagnóstico y tratamiento de enfermedades y órganos, no al ser humano quien la porta 2) Protocolos para objetivar al in-objetivable, pues somos sujetos y no objetos 3) Procesos y estandarización, para homogeneizar un sistema de salud, donde parece que es igual que profesional te atiende, pues la respuesta es única y estandarizada.

El profesional de salud, quien es el ejecutor sumiso, de las políticas sanitarias, afronta una pérdida de sentido y vacío existencial, al ser experto en procedimientos y prescripciones, pero analfabeto de las necesidades humanas propias y del paciente-familiar.

En este sentido es prioritario, formarnos en habilidades humanas, como la comunicación centrada en las personas, empatía, compasión, amabilidad, gentileza, auto cuidado, que nos permitirá unir nuestras competencias profesionales al sentido y propósito humano que tanto necesitamos.

Hemos de crear espacios temporales y físicos donde, como individuos y como grupo, podamos compartir nuestros logros y fracasos, nuestros aciertos y nuestras dudas. Debemos crear un surtidor interno individual e institucional de autocuidado.

Línea estratégica 3	**CUIDADOS AL PROFESIONAL**	SENSIBILIDAD SOBRE EL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL Y FACTORES ASOCIADOS
		PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL Y PROMOCIÓN DEL BIENESTAR

Línea estratégica 3	CUIDADOS AL PROFESIONAL	SENSIBILIDAD SOBRE EL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL Y FACTORES ASOCIADOS
Mejorar el conocimiento sobre el síndrome de desgaste profesional favoreciendo su visibilidad		
Buena práctica 3.1	Se llevan a cabo actividades formativas sobre el conocimiento y gestión del estrés y desgaste profesional, así como de fomento del engagement (o vinculación con el trabajo), competencias emocionales y habilidades psicosociales en el trabajo.	B A E
Buena práctica 3.2	Se evalúa periódicamente el proceso de desgaste profesional y el engagement, usando herramientas validadas.	B A E

Línea estratégica 3	CUIDADOS AL PROFESIONAL	PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL Y PROMOCIÓN DEL BIENESTAR
Prevenir el síndrome de desgaste profesional y promover el engagement		
Buena práctica 3.3	La dotación de plantilla es adecuada cumpliendo con las recomendaciones y normativa vigente.	B A E
Buena práctica 3.4	Existe un documento interno en el que se definen las responsabilidades y competencias de cada uno de los miembros del servicio.	B A E
Buena práctica 3.5	Personal de reciente incorporación: Se ofrece un programa de acogida a todo el personal sanitario de Radiología (para explicación adecuada de la organización, dinámicas internas, ajuste de expectativas de los nuevos profesionales, motivación, difusión de propuestas de humanización, etc.)	B A E
Buena práctica 3.6	Personal mayor de 55 años: se ofrece la posibilidad de reducción/exención de guardias	B A E
Buena práctica 3.7	Se facilita la posibilidad de cambiar turnos de trabajo y adaptar horario a las necesidades particulares de los profesionales sin perjuicio del servicio.	B A E
Buena práctica 3.8	Existen reuniones preestablecidas y periódicas del equipo en las que poder establecer pautas participativas de actuación y	B A E

	organización de trabajo.	
Buena práctica 3.9	Existe un procedimiento específico para facilitar y promover la actividad docente, formativa e investigadora y se contemplan estas actividades como parte de la jornada laboral.	B A E
Buena práctica 3.10	Se promueve el conocimiento de idiomas en el lugar de trabajo promoviendo la existencia de cursos para los profesionales	B A E
Buena práctica 3.11	Se promueve la participación y opinión de los profesionales en la cultura organizacional de la Unidad, en su gestión y en los objetivos de la misma.	B A E
Buena práctica 3.12	Se facilita la información y accesibilidad a las diferentes estrategias de prevención diseñadas para los problemas emocionales y de soporte del profesional, incluyendo la disponibilidad de un psicólogo y/o mediador.	B A E
Buena práctica 3.13	Existe un procedimiento de soporte al equipo asistencial ante incidentes críticos, situaciones difíciles o traumáticas	B A E
Buena práctica 3.14	Se dispone de una zona adecuada de relajación para los profesionales.	B A E
Buena práctica 3.15	Se dispone de material/dispositivos de trabajo para movilizar a los pacientes minimizando el riesgo de lesiones de los profesionales.	B A E
Buena práctica 3.16	Se promueven actividades grupales para promover las relaciones positivas entre miembros del equipo	B A E
Buena práctica 3.17	Se adaptarán los uniformes a las necesidades de cada profesional.	B A E
Buena práctica 3.18	Se dispone de uniformes suficientes para poder cambiarse con frecuencia	B A E
Buena práctica 3.19	Existen protocolos para evitar la interrupción a los facultativos (radiólogos, médicos nucleares, radioterapeutas) durante el proceso del diagnóstico y planificación de los tratamientos.	B A E

Buena práctica 3.20	Se dispone de personas formadas en resolución de conflictos	B A E

Bibliografía recomendada:

- Bundy JJ, Hage AN, Srinivasa RN, et al. Burnout among interventional radiologists. J Vasc Interv Radiol. 2020;31:607–613.e1.
- Chetlen AL, Chan TL, Ballard DH, et al. Addressing Burnout in Radiologists. Acad Radiol. 2019;26(4):526–533.
- Chew FS, Mulcahy MJ, Porrino JA, Mulcahy H, Relyea-Chew A. Prevalence of burnout among musculoskeletal radiologists.
- Dyrbye LN, Varkey P, Boone SL, Satele DV, Sloan JA, Shanafelt TD. Physician satisfaction and burnout at different career stages. Mayo Clin Proc. 2013 Dec;88(12):1358-67. doi: 10.1016/j.mayocp.2013.07.016.
- Ganeshan D, Rosenkrantz AB, Bassett RL Jr, Williams L, Lenchik L, Yang W. Burnout in academic radiologists in the United States. Acad Radiol. 2020;27:1274–128.
- Kruskal JB, Shanafelt T. Radiologist Well-Being and Professional Fulfillment in the COVID-19 Era: Fostering Posttraumatic Growth. J Am Coll Radiol. 2021;18(8):1198–1207.
- McNeeley MF, Perez FA, Chew FS. The Emotional Wellness of Radiology Trainees: Prevalence and Predictors of Burnout.
- Mendoza D, Holbrook A, Bertino F, Theriot D, Ho C. Using Wellness Days to Mitigate Resident Burnout.
- Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, et al. Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Intern Med. 2017;177(2):195–205.
- Parikh JR, Wolfman D, Bender CE, Arleo E. Radiologist burnout according to surveyed radiology practice leaders. J Am Coll Radiol. 2020;17:78–81.
- Siedsma M, Emlet L. Physician burnout: can we make a difference together? Crit Care. 2015 Jul 2;19(1):273. doi: 10.1186/s13054-015-0990-x.
- West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2016;388(10057):2272–2281.
- West CP, Dyrbye LN, Rabatin JT, et al. Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism: a randomized clinical trial. JAMA Intern Med. 2014;174:527–533.
- West CP, Dyrbye LN, Satele DV, Shanafelt TD. Colleagues Meeting to Promote and Sustain Satisfaction (COMPASS) Groups for Physician Well-Being: A Randomized Clinical Trial. Mayo Clin Proc. 2021 Oct;96(10):2606-2614. doi: 10.1016/j.mayocp.2021.02.028.
- Wong TY, Huang JJ, Hoffmann JC, Flug JA, Cooke EA, Donnelly EF. Resident Wellness in Radiology as Portrayed by Departmental Websites.

Línea estratégica 4

ATENCIÓN AL PACIENTE VULNERABLE

A la hora de realizar pruebas radio diagnósticas cualquier tipo de paciente necesita unos mínimos imprescindibles para sentirse seguro y confiado en un espacio que no conoce y en el que en la mayoría de las ocasiones vive en la incertidumbre ya que no sabe que le van a "hacer", que va a ocurrir cuando traspase la puerta en que en la mayoría de las ocasiones pone un símbolo de peligro.

En el caso del paciente con necesidades especiales esta sensación se multiplica, con lo cual también nosotros debemos incrementar nuestro cuidado al tratar al paciente. Para ello necesitamos una formación adecuada tanto para discernir con qué tipo de paciente vulnerable estamos tratando, como para tener conocimientos educacionales de cómo conectar mejor con dicho paciente y su familia.

En este apartado queremos introducir un tema tan importante como complejo a la vez, es la identificación, valoración y abordaje de malos tratos, para conseguir la excelencia debemos tener profesionales de salud que consigan ser referentes en temas tan especiales como este.

Es cierto, que es complicado poder acompañar a todos los pacientes y más cuando tienen un perfil en el que necesitas más habilidades de lo común, en nuestra defensa decir que el simple hecho de hacerlos visibles ya nos permite tener una actitud diferente hacia ellos.

Línea estratégica 4	**ATENCIÓN AL PACIENTE VULNERABLE**	CUIDADO DE PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES
		ATENCIÓN EN EMBARAZO Y LACTANCIA
		IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y ABORDAJE DE MALOS TRATOS

Línea estratégica 4	ATENCIÓN AL PACIENTE VULNERABLE	CUIDADO DE PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES
Promover medidas para la ayuda a los pacientes vulnerables o con necesidades especiales		
Buena práctica 4.1	Existe un procedimiento que incluye la identificación y manejo del usuario / paciente con necesidades especiales.	**B** A E
Buena práctica 4.2	La programación tiene en cuenta las necesidades especiales del paciente para adaptar el tiempo que requiere en cada caso.	B **A** E
Buena práctica 4.3	Existe un protocolo de cuidados de las necesidades básicas: comida, bebida, confort mientras el usuario/paciente permanece en el servicio.	B A **E**
Buena práctica 4.4	Existe un procedimiento actualizado para incluir a los familiares de pacientes con necesidades especiales para información y en el acompañamiento a la realización de pruebas radiológicas o sus tratamientos.	**B** A E
Buena práctica 4.5	Se favorece el contacto con asociaciones, grupos de apoyo u otros recursos no sanitarios.	B A **E**
Buena práctica 4.6	Se realizan actividades formativas en el manejo físico y emocional de los pacientes, con especial atención en los usuarios/pacientes más vulnerables.	B **A** E

Línea estratégica 4	ATENCIÓN AL PACIENTE VULNERABLE	ATENCIÓN EN EMBARAZO Y LACTANCIA
Promover el confort de la paciente embarazada o en periodo de lactancia y el del bebe		
Buena práctica 4.7	Existe un protocolo actualizado para conocer qué pruebas se pueden o no realizar según el estado de gestación en que se encuentre la paciente embarazada.	**B** A E
Buena práctica 4.8	Existen documentos informativos acerca de los cuidados y consideraciones especiales en pacientes embarazadas en función del momento de gestación y de la prueba a realizar.	**B** A E

Buena práctica 4.9	Existe un protocolo actualizado en radiología para las mujeres en periodo de lactancia, que incluya según la exploración y/o tratamiento las consideraciones al respecto.	B A E
Buena práctica 4.10	Existe un protocolo específico para la mujer embarazada encaminado a reducir el estrés en su paso por el servicio	B A E

Línea estratégica 4	**ATENCIÓN AL PACIENTE VULNERABLE**	**IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y ABORDAJE DE MALOS TRATOS.**
Identificación y abordaje ante sospecha de abuso, abandono, negligencia o víctimas de malos tratos		
Buena práctica 4.11	Existe un procedimiento de detección de abusos, abandono, negligencia o malos tratos a cualquier persona.	B A E
Buena práctica 4.12	Se realizan actividades formativas para el manejo de situaciones de abuso, abandono, negligencia o malos tratos.	B A E

Bibliografía recomendada:

- Aponte Barrios WO. Correlación clínica y radiológica en casos de maltrato infantil. Departamento de Imágenes Diagnósticas. 2017.
- Asociación Española de Pediatría. 2014. Lactancia Materna y Contrastes Radiológicos. Comité de Lactancia Materna
- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia materna y contrastes radiológicos. 2014.
- Corraliza ES, et al. El radiodiagnóstico ante la violencia de género: un tema de actualidad a tener en cuenta. Radiología. 2014;56(4):365-369.
- Delgado IA, Barber MT, Vázquez E. El papel del radiólogo ante el niño maltratado. Protocolo de imagen y diagnóstico diferencial. Radiología (Madr., Ed. impr.). 2016;119-128.
- Englander MJ, Ghatan C. Radiation and the pregnant IR: myth versus fact. Cardiovasc Intervent Radiol. 2021;44:877-882.
- Hames K, Patlas MN. Emergency Imaging of At-Risk Patients: General Principles. Emergency Imaging of At-Risk Patients-E-Book: General Principles. 2022;10:1.
- Lendoiro S, et al. Occupational radiation and pregnancy: reality or disinformation? A review of the literature and summary of current clinical guidelines. Radiologia. 2022;64(2):128-135.

- Mathur S, et al. Emergency imaging in pregnancy and lactation. Can Assoc Radiol J. 2020;71(3):396-402.
- Monfardini L, Vecchi V. Limitations of diagnostic radiology for frail and vulnerable elderly cancer patients. Aging Health. 2013;9(3):283-285.
- Perry H, et al. Improving imaging care for diverse, marginalized, and vulnerable patient populations. Radiographics. 2018;38(6):1833-1844.
- Sáenz JA, et al. Neuroimagen en maltrato infantil: detectarlo salva vidas. Seram. 2021;1(1).
- Stogiannos N, et al. Autism-friendly MRI: Improving radiography practice in the UK, a survey of radiographer practitioners. Radiography. 2022;28(1):133-141.
- Tirada N, et al. Imaging pregnant and lactating patients. Radiographics. 2015;35(6):1751-1765.
- Wieseler KM, et al. Imaging in pregnant patients: examination appropriateness. Radiographics. 2010;30(5):1215-1229.

Línea estratégica 5

RADIOLOGÍA ABIERTA

En muchas ocasiones los pacientes acuden a los servicios de Radiología y Medicina Nuclear acompañados, nos gustaría trabajar este aspecto tan importante. Proponemos revisar la accesibilidad de los acompañantes de usuarios/pacientes a las salas de Radiología y Medicina Nuclear, sensibilizar y formar al equipo asistencial, aceptar la presencia y participación del cuidador o familiar en los procedimientos. Hemos englobado estos aspectos en la Línea 5 denominándose como "Radiología Abierta"

A través de actividades de sensibilización y formación del equipo sobre los beneficios de la implantación del modelo de Radiología Abierta.

Poder dar soporte a las necesidades emocionales y psicológicas de los familiares en la medida de nuestras posibilidades y por último conocer dónde fallamos y dónde y cómo podemos mejorar.

"Quizá deberíamos empezar a preguntarnos qué ocurre con nosotros los profesionales, que nos cuesta que familiares y pacientes ocupen nuestro espacio y, sin embargo, nos encanta acompañar en todo momento a los nuestros".

Línea estratégica 5	**RADIOLOGÍA ABIERTA**	SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN DEL EQUIPO ASISTENCIAL
		ACCESIBILIDAD
		PRESENCIA Y PARTICIPACIÓN EN PROCEDIMIENTOS
		SOPORTE A LAS NECESIDADES EMOCIONALES, PSICOLÓGICAS Y ESPIRITUALES DE LOS FAMILIARES.

Línea estratégica 5	RADIOLOGÍA ABIERTA	SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN DEL EQUIPO ASISTENCIAL
Puesta en marcha de actividades de sensibilización y formación al equipo sobre los beneficios de la implantación del modelo de Radiología Abierta.		
Buena práctica 5.1	Se realizan actividades reflexivas /sesiones multidisciplinares relacionadas con la flexibilización del acompañamiento.	B A **E**
Buena práctica 5.2	Se realiza formación continuada en habilidades no técnicas dirigidas al equipo para facilitar la presencia y colaboración de la familia en algunos procedimientos.	B **A** E

Línea estratégica 5	RADIOLOGÍA ABIERTA	ACCESIBILIDAD
Puesta en marcha de medidas para favorecer el acompañamiento de familiares con el usuario/paciente durante la realización de las pruebas y en determinados procedimientos.		
Buena práctica 5.3	Se reconoce y respeta la figura del cuidador principal / acompañante con acceso preferente para el acompañamiento.	**B** A E
Buena práctica 5.4	Existe una guía, folleto y/o cartel informativo de recomendación a familiares y pacientes que recoge las indicaciones de acompañamiento en las salas y acerca de la protección radiológica.	**B** A E

Línea estratégica 5	RADIOLOGÍA ABIERTA	PRESENCIA Y PARTICIPACIÓN EN PROCEDIMIENTOS
Puesta en marcha de medidas para favorecer el acompañamiento de familiares con el paciente durante la realización de las pruebas y en determinados procedimientos		
Buena práctica 5.5	No se aplican barreras innecesarias (calzas, batas, guantes y mascarillas) salvo en casos especiales en los que estén indicados.	**B** A E
Buena práctica 5.6	Se facilita información y medidas de protección radiológica a los acompañantes.	**B** A E
Buena práctica 5.7	Se contempla y facilita a los familiares acompañar al paciente en determinados procedimientos cuando es solicitado.	B **A** E

Buena práctica 5.8	Se registra el consentimiento del paciente para ser acompañado, si procediera.	B A E

Línea estratégica 5	RADIOLOGÍA ABIERTA	**SOPORTE A LAS NECESIDADES EMOCIONALES, PSICOLÓGICAS Y ESPIRITUALES DE LOS FAMILIARES.**
Detectar y dar soporte a las necesidades emocionales, psicológicas y espirituales de la familia.		
Buena práctica 5.9	Se indagan y detectan las posibles necesidades emocionales, psicológicas, religiosas y/o espirituales de los familiares.	B A E

Bibliografía consultada:

- Barner J, Hromadik LK. Palliative care and interventional radiology interface to improve patient outcomes. J Radiol Nurs. 2020;39(2):103-105.
- Brook OR, et al. Measuring and improving the patient experience in radiology. Abdom Radiol (NY). 2017;42:1259-1267.
- Cook TS. Patient-centered radiology: overview and opportunities in cardiothoracic imaging. J Thorac Imaging. 2020;35(2):79-84.
- Karantanas AH, Efremidis S. The concept of the invisible radiologist in the era of artificial intelligence. Eur J Radiol. 2022;155:110147.
- Rawson JV, et al. Patient- and Family-Centered Care: Why Radiology? J Am Coll Radiol. 2016;13(12):1541-1542.
- Rawson JV, Mitchell L, Golden L, Murdock A, Haines GR. Lessons Learned From Two Decades of Patient- and Family-Centered Care in Radiology, Part 1: Getting Started. J Am Coll Radiol. 2016;13(12 Pt B):1555-1559. doi:10.1016/j.jacr.2016.09.010. PMID: 27888941.
- Rawson JV, Moretz J. Patient- and family-centered care: a primer. J Am Coll Radiol. 2016;13(12):1544-1549.
- Rockall AG, et al. Patient communication in radiology: Moving up the agenda. Eur J Radiol. 2022;155:110464.
- Smith M. Parent's perception of paediatric care in a radiology department within Gauteng. University of Johannesburg; [Tesis].
- White HD. Policy development plan for the concept of family presence in the Johns Hopkins Department of Radiology: a patient safety initiative. J Radiol Nurs. 2006;25(1):16-18.

Línea estratégica 6

RADIOEMOCIÓN

En el servicio de Radiología y Medicina Nuclear se viven situaciones en las que los pacientes llevados por un impulso más ligado a la emoción rechazan los estudios de imagen o tratamientos que pueden ayudar a recuperar su salud. Por otro lado, este impulso puede ser el contrario en base a una necesidad de calmar la ansiedad de la incertidumbre por la salud y eso lleve a una demanda excesiva de pruebas de imagen impulsada por los pacientes.

El impulso negativo a rechazar las pruebas de imagen o tratamientos ligados al uso de los RX es lo que denominamos radiofobia, pero se podría extender a otras técnicas. Dotar a los pacientes de conocimientos sobre las radiaciones ionizantes y su uso es prioritario. Para ello van a ser necesarias herramientas de información y comunicación adaptadas a los pacientes sobre temas de radiación y radio protección con especial dedicación a la información para las embarazadas.

Existe un fenómeno que hemos denominado radio-adicción que describimos como la necesidad excesiva de pruebas de imagen, incluyendo a todas las pruebas de imagen incluso las que no tienen al fenómeno de la radiación en su técnica, para calmar la ansiedad centrada en conocer el estado de salud por encima de la prescripción médica. Este es un proceso que viene ahondado por una sociedad de consumo rápido de productos, siendo las pruebas de imagen un producto más.
Para paliar este fenómeno se hace necesario poder compartir con pacientes y prescriptores aquellas prácticas carentes de valor para el paciente evitando el uso indiscriminado de pruebas innecesarias en base a guías clínicas con el respaldo de la evidencia científica como las de NO hacer de SERAM. Para esto es importante que los profesionales de la radióloga colaboren directamente en la comunicación de esta información, así como en la divulgación ciudadana de estas buenas prácticas y evitar bulos al respecto.

Línea estratégica 6	**RADIOEMOCIÓN**	RADIOFOBIA DEL PACIENTE
		RADIO-ADICCIÓN DEL PACIENTE

Línea estratégica 6	RADIOEMOCIÓN	RADIOFOBIA DEL PACIENTE
Disponer de medidas para dotar a los pacientes de conocimientos para evitar el miedo irracional a las radiaciones ionizantes y su rechazo.		
Buena práctica 6.1	Existe información con un lenguaje adaptado para pacientes sobre la radiación de los estudios /tratamientos para que se pueda consultar previamente a la visita del paciente.	B **A** E
Buena práctica 6.2	Se realizan acciones formativas para los profesionales sobre comunicación a los pacientes, acerca de temas de radiación y radioprotección.	**B** A E
Buena práctica 6.3	Existe información para pacientes sobre dosis de radiación y radioprotección en las salas y cabinas.	**B** A E
Buena práctica 6.4	Existe un protocolo actualizado de radioprotección para personas embarazadas.	**B** A E

Línea estratégica 6	RADIOEMOCIÓN	RADIO-ADICCIÓN DEL PACIENTE
Promover medidas que eviten los estudios de imagen innecesarios entre la población y en los clínicos prescriptores.		
Buena práctica 6.5	El servicio dispone de información pública para pacientes y médicos prescriptores sobre las pruebas a no hacer siguiendo las recomendaciones de SERAM.	**B** A E
Buena práctica 6.6	Se realiza cribado de peticiones previamente a la citación de los pacientes rechazando aquellas solicitudes que no generen valor y proporcionando información adecuada para pacientes y clínicos del porqué del rechazo del estudio.	**B** A E
Buena práctica 6.7	Los profesionales del servicio participan en foros de pacientes para contribuir a la educación radiológica de la población respecto al abuso de las pruebas diagnósticas.	B A **E**
Buena práctica 6.8	El servicio dispone de un programa de gestión de dosis que involucra a los profesionales para garantizar que se cumplan criterios ALARA.	**B** A E

Buena práctica 6.9	Se realizan actividades divulgativas por parte de las profesionales encaminadas a formación e información mediante la participación de la ciudadanía.	BAE

Bibliografía recomendada:

- Brambilla M, Vassileva J, Kuchcinska A, Rehani MM. Multinational data on cumulative radiation exposure of patients from recurrent radiological procedures: call for action. European radiology. 2020 May;30:2493-501.
- BOE BOE-A-2019-15604 Real Decreto 601/2019, de 18 de octubre, sobre justificación y optimización del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas.
- Carvajal MC, Vallejo R, Bazaes R, Varela C, Zavala, A, Álvarez D. Percepción de la población respecto a los riesgos asociados a los estudios de imágenes. Rev chil radiol. 2012;18(2):80-84.
- Comisión sustos profesionales SERAM Documentos SERAM. Acceso 29 Oct 2023. Recomendaciones de "no hacer" | SEGECA.
- Consejo de Seguridad Nuclear, CSN (2015). Dosis de Radiación. Disponible en: CSN - Dosis de Radiación.
- Consejo de Seguridad Nuclear, CSN (2015). El uso de radiaciones en medicina. Disponible en: CSN - El uso de radiaciones en medicina.
- Consejo de Seguridad Nuclear, CSN (2015). La protección radiológica en el medio sanitario. Disponible en: CSN - La protección radiológica en el medio sanitario.
- Consejo de Seguridad Nuclear, CSN (2015). Las radiaciones en la vida diaria. Disponible en: CSN - Las radiaciones en la vida diaria.
- Consejo de Seguridad Nuclear, CSN (2015). Protección de las trabajadoras gestantes expuestas a radiaciones ionizantes. Disponible en: CSN - Protección de las trabajadoras gestantes.
- Hall EJ, Brenner DJ. Cancer risks from diagnostic radiology. Br J Radiol. 2008;81(965): 362- 378. Disponible en: Cancer risks from diagnostic radiology.
- Image Wisely Resources for patients and referring practitioners. Acceso 29-10-2023. Image Wisely Resources.
- Levin DC, Rao VM. Reducing inappropriate use of diagnostic imaging through the choosing wisely initiative. Journal of the American College of Radiology. 2017 Sep 1;14(9):1245-52.
- Ludwig RL, Turner LW. Effective patient education in medical imaging: public perceptions of radiation exposure risk. J Allied Health. 2002;31(3):159-164.
- Organización Mundial de la Salud. Radiaciones ionizantes: efectos en la salud y medidas de protección. Disponible en: Radiaciones ionizantes.
- Perko T. Radiation risk perception: a discrepancy between the experts and the general population. J Environ Radioact. 2014;-(133):86-91. Disponible en: Radiation risk perception.
- Perry Undem Research/Communication. Unnecessary tests and procedures in the health care system: what physicians say about the problem, the causes, and the solutions: results from a national survey of physicians. ABIM Foundation. 2014 May 1.
- Slovic, P., Finucane, M. L., Peters, E., y MacGregor, D. G. (2004). Riesgo como análisis y riesgo como sentimientos: Algunos pensamientos sobre afecto, razón, riesgo y racionalidad. Análisis de riesgo, 24(2), 311-322.
- Smith, E. M. (2001). Percepciones de riesgos por radiación. Lancet Oncology, 2(7), 391-395.

Línea estratégica 7

INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA/PRIVACIDAD DEL PACIENTE

La infraestructura en nuestros servicios es muy tecnológica, con lo cual la propuesta es intentar humanizarla para que los pacientes al entrar en ellas no perciban la frialdad de las salas, que junto con los nervios de realizar la prueba y del posible diagnóstico, no ayudan a relajar el ambiente. En nuestra mano está estudiar los diferentes cambios para conseguir un ambiente más confortable para usuarios, familiares y profesionales, tengamos en cuenta que todos pasaremos por uno de estos servicios en alguna ocasión en nuestras vidas, ¿cómo nos gustaría sentirnos?

Hay muchas y variadas propuestas para la mejora de nuestros servicios: la privacidad, el ruido, la iluminación, la estética, el mobiliario, el acceso a las diferentes salas, la temperatura, la señalización, ubicación de los servicios, la música, etc. Incluso, en ocasiones dependiendo del usuario podemos personalizar la sala a gusto del paciente en cuestiones como la intensidad de la iluminación, el color de esta, las imágenes si hay una TV en la sala durante la prueba o la música.

La idea es transportar al paciente a un lugar más agradable del que físicamente se encuentra, para reducir el estrés y poder mejorar el acto diagnóstico a realizar.

En referencia a los espacios de los profesionales, deben estar adecuados para el descanso, alejados de la zona de trabajo para poder desconectar completamente.

Y como dicen nuestros compañeros y pioneros de HUCI convirtamos las salas de espera en "salas de estar" que ofrezcan un mayor confort y funcionalidad a las familias.

Línea estratégica 7	**INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA/ PRIVACIDAD DEL PACIENTE**	PRIVACIDAD E INTIMIDAD DEL PACIENTE
		UBICACIÓN DEL SERVICIO
		CONFORT EN ÁREA ADMINISTRATIVA
		CONFORT EN EL ÁREA DE ESPERA
		SEÑALIZACIÓN Y ACCESIBILIDAD A LAS ZONAS DE REALIZACIÓN DE PRUEBAS
		CONFORT AMBIENTAL DEL USUARIO/PACIENTE Y FAMILIARES
		CONFORT EN ÁREAS DE PROFESIONAL SANITARIO
		CONFORT EN EL ÁREA DE DESCANSO DEL PERSONAL

Línea estratégica 7	INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA /PRIVACIDAD DEL PACIENTE	PRIVACIDAD E INTIMIDAD DEL PACIENTE
Garantizar la seguridad y privacidad del usuario/paciente		
Buena práctica 7.1	Se dispone de vestuarios/cabinas, y en caso necesario se dispondrá de caja de seguridad para guardar efectos personales.	B A E
Buena práctica 7.2	Existen biombos, cortinas y demás elementos separadores, de material antibacteriano y fácil limpieza, que hacen posible la privacidad.	B A E
Buena práctica 7.3	Existe un baño accesible a los usuarios/pacientes próximos o en las salas de exploración sin tener que salir al espacio público.	B A E
Buena práctica 7.4	Se preserva la intimidad del usuario/paciente en caso de pasar de una sala de exploración a otra.	B A E
Buena práctica 7.5	Existen diferentes circuitos de circulación: - Interno: hospitalizados, urgencias y personal - Externo: consultas externas - Paciente/ usuario - Tipo de prueba a realizar	B A E

Línea estratégica 7	INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA /PRIVACIDAD DEL PACIENTE	UBICACIÓN DEL SERVICIO
Asegurar el confort por ubicación en la infraestructura hospitalaria o centro de atención.		
Buena práctica 7.6	Se favorece la accesibilidad y señalización desde el exterior del servicio	B A E
Buena práctica 7.7	Se favorece la proximidad física entre los tres servicios (MN,RT,RX): Medicina Nuclear, Radioterapia y Radiodiagnóstico.	B A E
Buena práctica 7.8	Se favorece que el Servicio de Radiodiagnóstico esté cerca de Urgencias y de la entrada del centro sanitario.	B A E

Buena práctica 7.9	Se favorece que las salas de exploración de corta duración estén más cercanas a la salida.	B A **E**

Línea estratégica 7	**INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA /PRIVACIDAD DEL PACIENTE**	**CONFORT EN ÁREA ADMINISTRATIVA**
Asegurar el confort ambiental durante la estancia del usuario/paciente y/o el familiar en las áreas administrativas		
Buena práctica 7.10	Existe una correcta identificación del área de recepción, así como de su personal.	**B** A E
Buena práctica 7.11	Existen sistemas que cumplen con la RGPD (Reglamento General de Protección de Datos), para la identificación y llamado de usuario/pacientes en las diferentes salas de espera (incluyendo los pacientes con dificultades de comunicación y comprensión).	**B** A E
Buena práctica 7.12	Los sistemas están adaptados para facilitar la accesibilidad a personas con necesidades especiales.	**B** A E
Buena práctica 7.13	Existe luz natural siempre que sea posible.	B A **E**

Línea estratégica 7	**INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA /PRIVACIDAD DEL PACIENTE**	**CONFORT EN EL ÁREA DE ESPERA**
Asegurar el confort, privacidad y accesibilidad de usuario/paciente y familiares en las salas de espera		
Buena práctica 7.14	Se dispone suficiente espacio en las salas para personas en silla de ruedas.	**B** A E
Buena práctica 7.15	Existen salas de espera independientes para usuarios/pacientes ingresados, pediátricos, de urgencias o con necesidades especiales.	B **A** E

Buena práctica 7.16	Existen aseos accesibles y adaptados en las salas de espera, con las características específicas de cada especialidad (Medicina nuclear: Baño y sala caliente)	B A E
Buena práctica 7.17	Existen paneles informativos para el llamado e identificación de forma anónima de los usuarios/pacientes, que sean accesibles para pacientes con deficiencias (visuales y auditivas, así como cognitivas).	B A E
Buena práctica 7.18	En las salas especiales para pediatría y lactancia, se dispone de ambientación alegre y materiales para entretener a los niños.	B A E
Buena práctica 7.19	La sala de espera dispone de un sistema de climatización que permite mantener una temperatura adecuada.	B A E
Buena práctica 7.20	La sala de espera dispone de un sistema de llamada de emergencia si no están supervisadas por personal administrativo o sanitario.	B A E
Buena práctica 7.21	La sala de espera dispone de una buena acústica que evita los ruidos y permite la privacidad de las conversaciones.	B A E
Buena práctica 7.22	La sala de espera dispone de pantallas de tv con la finalidad de entretener y/o promover hábitos saludables.	B A E

Línea estratégica 7	INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA /PRIVACIDAD DEL PACIENTE	SEÑALIZACIÓN Y ACCESIBILIDAD A LAS ZONAS DE REALIZACIÓN DE PRUEBAS
Facilitar el acceso en el centro		
Buena práctica 7.23	Existen señalizaciones claras y no repetitivas para pacientes de los circuitos de acceso a las salas.	B A E
Buena práctica 7.24	El diseño del servicio permite establecer un circuito limpio y sucio para la atención de pacientes infecciosos.	B A E

Buena práctica 7.25	Existe acceso y mobiliario adaptado a la realización de pruebas o tratamientos, sin barreras arquitectónicas.	B A E
Buena práctica 7.26	Existe un fácil y rápido acceso del técnico a la sala de examen desde el puesto de control.	B A E
Buena práctica 7.27	Existe una correcta identificación de las salas de exploración, así como de su personal.	B A E

Línea estratégica 7	INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA /PRIVACIDAD DEL PACIENTE	CONFORT AMBIENTAL DEL USUARIO/PACIENTE Y FAMILIARES
Asegurar el confort ambiental durante la estancia del paciente en las salas		
Buena práctica 7.28	Se dispone de luz natural en la medida de lo posible en las salas de exploración.	B A E
Buena práctica 7.29	Se incorporan colores o imágenes, así como música, para los usuarios/pacientes en las salas de exploración.	B A E
Buena práctica 7.30	Existe un sistema de regulación de luz, adaptable a la necesidad de luminosidad de todas las salas de diagnóstico y tratamiento, teniendo en cuenta la confortabilidad del usuario/paciente y del profesional en el momento del diagnóstico o planificación del tratamiento.	B A E
Buena práctica 7.31	Las dimensiones son adecuadas para facilitar la movilidad del profesional y el usuario/paciente.	B A E
Buena práctica 7.32	Existen tomas eléctricas a disposición del usuario / paciente en las zonas de espera.	B A E
Buena práctica 7.33	Se definen y promueven medidas de control del ruido ambiental.	B A E
Buena práctica 7.34	Se cuenta con sistemas de ventilación (específicos para cada tipo de especialidad, tanto temperatura como extracción forzada propia) de algunas salas de exploración, así como	B A E

	ventilación en las salas de espera.	
Buena práctica 7.35	Existen sistemas de visualización y comunicación adecuada entre el usuario/paciente y el profesional.	**B** A E
Buena práctica 7.36	Se define y promueve la música ambiental en el centro, o en las salas de Radiología y Medicina Nuclear.	B A **E**
Buena práctica 7.37	Se controla las condiciones de temperatura de la sala para evitar disconfort del usuario/paciente. Se dispone de ropa adecuada necesaria para tal fin.	**B** A E
Buena práctica 7.38	Se dispone de una sala para atención personalizada del usuario/paciente en caso de incidencias.	B **A** E
Buena práctica 7.39	Existen espacios físicos adecuados para la información a usuario/pacientes y familiares.	**B** A E

Línea estratégica 7	**INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA /PRIVACIDAD DEL PACIENTE**	**CONFORT EN ÁREAS DE PROFESIONAL SANITARIO**
Asegurar el confort para las zonas de trabajo del personal sanitario		
Buena práctica 7.40	Se dispone de mobiliario adaptado a los requerimientos ergonómicos de cada puesto de trabajo.	**B** A E
Buena práctica 7.41	Se favorecerá la iluminación natural siempre que sea posible.	B **A** E
Buena práctica 7.42	Se disponen de dispositivos de regulación de la luz ambiental para la adaptación personalizada.	B **A** E
Buena práctica 7.43	Existen sistemas para controlar el ruido ambiental.	B **A** E

Buena práctica 7.44	Se dispone de un espacio independiente para las zonas de trabajo exclusivas de sanitarios.	**B** A E
Buena práctica 7.45	Existe un sistema de climatización eficiente que permite mantener una temperatura adecuada.	**B** A E
Buena práctica 7.46	Se favorece la ventilación natural, siempre que sea posible.	B **A** E
Buena práctica 7.47	Se dispone de suficientes puestos con ordenador que permite agilizar el flujo de trabajo.	B **A** E

Línea estratégica 7	INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA /PRIVACIDAD DEL PACIENTE	CONFORT EN EL ÁREA DE DESCANSO DEL PERSONAL
Asegurar el confort en áreas de descanso del personal		
Buena práctica 7.48	Existe una sala de estar, que incorpora nevera, microondas y fregadero	**B** A E
Buena práctica 7.49	Se dispone de zona de descanso para guardias y personal en jornada de noche.	**B** A E
Buena práctica 7.50	La sala de descanso del personal estará alejada de las zonas de exploración.	B A **E**
Buena práctica 7.51	Existe un sistema de ventilación adecuado (COVID-19 y otras enfermedades infecciosas).	**B** A E

Bibliografía recomendada:

- Abujudeh HH, Danielson A, Bruno MA. A patient-centered radiology quality process map: opportunities and solutions. Am J Roentgenol. 2016;207(5):940-946.
- Díaz Marín R, Óscar Esteban G. Calidad percibida por el paciente en el servicio de radiología. Estudio comparativo entre hospitales. Tiempos de enfermería y salud. 2020;2(8):28-33.
- de la Fuente-Martos C, Rojas-Amezcua M, Gómez-Espejo MR, Lara-Aguayo P, Morán-Fernandez E, Aguilar-Alonso E. Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados

Intensivos. Med Intensiva. 2018;42(2):99-109.
- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Plan persona: centrando la asistencia sanitaria en ti. Valladolid; 2021.
- Itri JN. Radiología centrada en el paciente. Radiographics. 2015;35(6):1835-1846.
- Lawson B. El Diseño y la Evidencia. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2013;105:30-37.

Buenas prácticas en Humanización en las Unidades de Radiología

Manual de evaluación

2024

Miembros del grupo de trabajo de certificación:

- Almudena Calleja, Clinical Education Specialist Rx & Mamo"- GE Healthcare)
- Angela E. Müller, , Arquitecta "Arquitectura de Maternidades" (Madrid)
- Artur Román, TSIDMN, Mediador y Trabajador Social -Hospital Universitario Parc Taulí (Barcelona)
- Belén Colomina, Psicóloga sanitaria, Centro de psicología y ciencias contemplativas Elephant Plena (Valencia).
- Belén Jiménez, Licenciada de medicina y cirugía, especialista en Psiquiatría Clínica privada (www.integramente.es) (Madrid)
- Cecilia Aynes. TSIDMN - Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell (Barcelona)
- Cesar Arroyo, TSIDMN-Hospital Clínico Universitario de Valladolid Docente en Ecografía y Radiología en el Centro de FP Rafaela María (Valladolid)
- Daniel Fontes, TSIDMN-Affidea Grup Manchón (Barcelona)
- Eva Alfayate. TSIDMN-Fundación CIEN (Madrid)
- Javier Guerrero, Coordinador de Calidad TSIDMN- Hospital Costa del Sol (Málaga)
- Jorge Arellano, TSIDMN-Hospital Universitario Severo Ochoa (Madrid)
- Leonardo Romero. Radiologo- Affidea Grup Manchón (Barcelona)
- Luis Rincón, TSIDMN - Hospital Univ. Miguel Servet (Zaragoza)
- M José León, TSIDMN - TSRTD Hospital Quirónsalud (Málaga)
- Manel Artigues, Radiofísico Jefe de protección radiológica y física médica y Psicólogo Clínico - Hospital Sant Joan de Reus (Tarragona)
- María Leal, TSIDMN - Hospital Universitario General de Villalba (Madrid)
- Mariana Rovira, Radióloga - IMI/dibi Hospital del Mar (Barcelona)
- Merche García. TSIDMN y Coach (Barcelona)
- Miguel Ángel de la Cámara, TSIDMN-Hospital Universitario de Jaén (Jaén)
- Miriam del Río, TSIDMN y Enfermera - ICS (Barcelona)
- Mónica Danús, Médico Nuclear-Hospital Sant Joan de Reus (Tarragona)
- Nicolás Vega, TSIDMN-Hospital de Palamós (Girona)
- Paloma Pifarre, Médico Nuclear Hospital Quirón Salud (Barcelona)
- Pía Post, Arquitecta de Interiores- (Madrid)
- Pilar Manchón. Radióloga - Affidea Grup Manchón (Barcelona)
- Raquel Diaz, TSIDMN-Hospital Santiago Apóstol de Miranda de Ebro (Burgos)
- Rodrigo García, TSIDMN-Hospital Universitari Parc Tauli (Barcelona)
- Virginia Ruiz, Radioncóloga - Hospital Universitario (Burgos)
- Xavier Serret. Radiólogo - Hospital Vall d'Hebron (Barcelona)

Avalado por:

Sociedad Española de Graduados y Técnicos en Radiología

Manual de buenas prácticas de Humanización en las Unidades de Radiología

HURRA Humanizando la Radiología

2024