

RECOMENDACIÓN ENERO 2019

ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA: HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS

Dra. Daniela García
NOBLE Cía. de Seguros

La relación paciente-médico ha sufrido muchos cambios a lo largo del tiempo. Hasta hace unos años esta relación seguía un modelo paternalista donde las decisiones del médico eran cumplidas por el paciente sin ninguna intervención. Esta relación comenzó hace muchos años a ser cuestionada y tendiente a estimular la participación activa del paciente.

La atención centrada en la persona es la asistencia sanitaria diseñada, organizada y ejercida que sitúa a la persona en el centro de la atención, donde los pacientes son tratados no sólo desde la perspectiva clínica, sino también desde una perspectiva emocional, mental, espiritual y social.

Este modelo de atención fomenta la colaboración activa y la toma de decisiones compartidas entre los pacientes, las familias y los profesionales para diseñar un plan de atención personalizado.

Los 8 Principios de la Atención centrada en el Paciente

1. *Respeto por los valores, preferencias y necesidades expresadas por los pacientes.*
2. *Coordinación e integración de la atención*
3. *Información, comunicación y capacitación*
4. *Confort físico*
5. *Apoyo emocional y alivio de temores y ansiedades.*
6. *Participación de la familia y amigos*
7. *Continuidad de atención en las transiciones asistenciales.*
8. *Acceso a la atención.*

La deshumanización de los cuidados está relacionado con la despersonalización, donde el proceso patológico es el único objetivo de actuación sanitaria.

En 1987, nació en los Estados Unidos The Picker-Commonwealth Program for Patient-Centered Care. El programa puso el énfasis en considerar al paciente como centro y objeto de una forma integrada de prestación de servicios de salud, superadora del movimiento inicial de "atención centrada en el paciente", que había comenzado como un replanteo de la interacción individual médico-paciente.

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) han sido, y lo siguen siendo, testigo de muchos avances tecnológicos y mejora en la supervivencia de enfermedades críticas, sin embargo, estos avances han llevado a una atención más despersonalizada y deshumanizada.

Muchos de los pacientes manifiestan sentir una terrible soledad, pérdida de la noción del tiempo, la molestia de la luz "artificial" permanente, el sonido de los monitores y la angustia de verse rodeado de equipos, experimentando muchos de ellos ansiedad, depresión o trastorno de estrés postraumático.

España se encuentra dentro de los países más avanzados a nivel mundial en la concepción de UCI humanizadas para atender las demandas de los pacientes y sus familiares y desde Febrero de 2014, a través del Proyecto de Investigación Internacional para la Humanización de las Unidades de UCI (Proyecto HU-CI) se ha centrado en la necesidad de rediseñar las UCI en todo el mundo.

Hay ocho componentes fundamentales para la humanización de las UCI:

- 1 • Comunicación
- 2 • Flexibilización de los horarios de visita
- 3 • Bienestar del paciente
- 4 • Participación y presencia de la familia
- 5 • Infraestructura humanizada
- 6 • Cuidados al profesional
- 7 • Síndrome post UCI
- 8 • Cuidados al final de la vida

El objetivo de cada uno estos componentes es mejorar los procesos de atención médica y los resultados clínicos.

1-Comunicación

El trabajo en equipo y la comunicación efectiva es imprescindible en cualquier ámbito sanitario, pero aún más en una UCI. Es recomendable utilizar procedimientos estructurados (como por ejemplo la metodología SBAR) para el traspaso de información en los cambios de turno, cambios de guardia, traslados, etc. A veces puede haber fallas en la comunicación que generan conflictos dentro del equipo de la UCI, estos conflictos influyen directamente en el bienestar del paciente y la familia e impactan de forma negativa en los resultados.

Una de las principales necesidades de los pacientes y familiares es la información. Informar a los familiares requiere habilidades comunicativas, la correcta información genera un clima de respeto y confianza y facilita la toma conjunta de decisiones. Sin embargo, todavía sigue siendo frecuente la información limitada a una o dos veces al día que no contempla las necesidades de los familiares

2-Flexibilización de los horarios de visita

Desde siempre las visitas de familiares a los pacientes internados en las UCI han seguido un modelo restrictivo considerando que de esta forma se favorecía el cuidado y se facilitaba el trabajo de los profesionales. Estas restricciones son cosa del pasado en un modelo de atención centrado en la persona. Las visitas con horario estricto son una de las principales demandas de los pacientes y familiares.

Una política de visitas de puertas abiertas, en contraposición a la UCI con horarios restrictivos le da al paciente la posibilidad de estar acompañado sin que exista una limitación de horarios, alienta a la familia a participar en la atención del paciente y mejora tanto el bienestar del paciente como el de la familia, tal es el caso de las UCI pediátricas y neonatales donde la familia es considerada fundamental en el cuidado integral del paciente.

Los pacientes tienen que tener la autoridad de identificar quienes pueden visitarlo y cuando, también que puedan formar parte del equipo de atención y participar en la toma de decisiones sobre la atención.

Las investigaciones sugieren que a los pacientes les puede ir mejor si los visitan más frecuentemente y la participación de la familia es fundamental para el control de la ansiedad y el delirio intra-UCI.

En general es una de las barreras más difíciles de romper ya que el personal sanitario considera un estrés añadido el tener cerca a los familiares, no obstante, algunos aceptan ampliar horarios en beneficio del paciente

3-Bienestar del paciente

La valoración y control del dolor, la sedación adecuada a la condición del paciente y la prevención y manejo del delirio son medidas imprescindibles para mejorar el confort de los de los pacientes. Además los pacientes presentan sufrimiento psicológico y emocional con sentimientos de soledad, miedo, pérdida de la identidad, de la intimidad, dignidad y aislamiento. La evaluación y respuesta a esta necesidad es clave para la calidad asistencial para lo cual se requiere una adecuada formación de los profesionales.

4-Participación y presencia de la familia

Aunque la mayoría de los familiares desean participar del cuidado de su ser querido, la presencia y participación de los familiares en la UCI es muy limitada.

Barreras para la participación:

- ✓ Posible trauma psicológico
- ✓ Ansiedad
- ✓ Interferencia en los procedimientos
- ✓ Distracción del equipo sanitario

Si las condiciones clínicas del paciente lo permiten, la familia puede colaborar en algunos cuidados como el aseo, la administración de comida, la movilización del paciente, identificar comportamientos de dolor, síntomas de delirio y ayuda en la rehabilitación con el entrenamiento y la supervisión de los profesionales. Sin duda, esta participación tiene un efecto positivo tanto para el paciente como para la familia.

En general las visitas de los niños han estado más restringidas que las de los adultos por el riesgo de infecciones y traumas psicológicos, sin embargo, en las unidades intensivas pediátricas y neonatales, donde está permitida la presencia de familiares de manera permanente, no se ha notado aumento de las infecciones. La visita de los hijos pequeños son en muchas ocasiones un estímulo para recuperarse para el paciente.

5-Infraestructura humanizada

Por lo general, las Unidades de UCI son espacios muy técnicos, con un ritmo alto de trabajo que provoca ansiedad y estrés en los pacientes, en los profesionales y en las familias. Uno de los limitantes es el edilicio, hay hospitales y sanatorios sin espacio suficiente para la libre circulación de personas.

Una infraestructura humanizada es aquella que proporciona bienestar físico y ambiental óptimo para pacientes, profesionales y familias, espacios funcionales, eficientes, ergonómicos, confortables, cálidos y amables.

Se deberían tener en cuenta los siguientes aspectos:

a) Asegurar la privacidad del paciente:

Disponer de boxes individuales, si no se dispone de ellos se puede recurrir a cortinas o biombos para mantener la privacidad (que sería sólo visual).

b) Asegurar el bienestar ambiental del paciente

Un espacio confortable debería disponer de:

- ✓ Luz natural
- ✓ Mobiliario ergonómico
- ✓ Pintura de colores que influyan positivamente en el estado de ánimo del paciente
- ✓ Box personalizado

c) Fomentar la orientación del paciente

- ✓ Para mantener el ritmo circadiano es necesario que el paciente reciba luz natural, el exceso de luz artificial durante la noche altera el sueño. La mala calidad del sueño es un componente importante relacionado al desarrollo de delirio en la UCI.
- ✓ Situar , en lo posible, frente a una ventana con vista al exterior
- ✓ Colocar relojes y calendarios, con lo que el paciente será consciente del tiempo.

d) Fomentar la comunicación del paciente

- ✓ Disponer de pizarras para aquellos pacientes que no puedan hablar.

e) Fomentar la distracción del paciente

- ✓ Instalación de televisores, música o permitir que los familiares le lleven algún dispositivo de audio.
- ✓ Facilitar la lectura.

f) Habilitar espacios en jardines o patios.

- ✓ El contacto con la naturaleza relaja, en algunas instituciones se están realizando los llamados “paseos que curan” por fuera de las UCI (disponible un video del Hospital San Juan de Dios de Córdoba/ España aquí https://www.youtube.com/watch?v=-JmmEc6C_gA).

g) Garantizar el proceso educativo de los pacientes en edad escolar durante su estancia en la unidad de UCI

- ✓ Mediante escuelas infantiles o aulas hospitalarias.

h) Asegurar el bienestar y la funcionalidad en el área de cuidados, administrativa y de los profesionales.

i) Asegurar el bienestar en el área de familiares y padres (unidad de UCI pediátricos y unidad de UCI neonatales)

- ✓ Las salas de espera de los familiares suelen ser espacios muy fríos, se debe buscar un diseño cálido que mantenga las condiciones de bienestar ambientales como el resto de los espacios de la UCI.

6-Cuidados al profesional

El síndrome de burn out es una enfermedad que sufren los profesionales y se caracteriza por el agotamiento emocional, la despersonalización y los sentimientos de baja autoestima profesional, pudiendo derivar a un síndrome de estrés postraumático e incluso el suicidio. La aparición de este síndrome influye en la calidad de los cuidados del paciente.

Factores contribuyentes:

- ✓ Características individuales
- ✓ Factores ambientales
- ✓ Factores organizacionales

7-Síndrome post UCI

El síndrome post-cuidados intensivos afecta a muchos de los pacientes (30-50%) que sobreviven a la internación en las UCI.

Se caracteriza por síntomas físicos (respiratorios, neuromusculares, dolor persistente, debilidad, úlceras por presión, alteraciones del sueño), cognitiva (alteración de la memoria y/o alteraciones de la atención) y psíquicas /emocionales (depresión, ansiedad, estrés y/o estrés postraumático que impactan en su calidad de vida y pueden perdurar luego de 5 años de alta de la UCI).

Este síndrome también afecta a los familiares, en muchos casos olvidados, y por las que se deteriora su propia calidad de vida. Los familiares sufren con frecuencia: ansiedad, depresión, estrés postraumático que puede durar años y síntomas físicos (fatiga, alteraciones del sueño, descanso insuficiente, alimentación desequilibrada, etc).

8-Cuidados al final de la vida

Aunque el objetivo de los cuidados intensivos sea restituir la situación previa al ingreso del paciente, en muchas ocasiones esto no es posible y se debe reorientar el tratamiento a reducir el sufrimiento para el paciente y ofrecer los mejores cuidados al final de la vida. Los cuidados paliativos e intensivos no son mutuamente excluyentes y deberían coexistir durante el tratamiento de un enfermo crítico, especialmente al final de la vida, permitiendo al paciente y su familia una muerte libre de malestar y sufrimiento. En estos casos los profesionales deben disponer de las competencias y herramientas necesarias para la resolución de posibles conflictos y para reducir la carga emocional derivada de las mismas.

Son muchas y variadas las estrategias que se pueden adoptar para humanizar las UCI, sin duda lo más importante es el cambio de actitud y compromiso, colocando siempre a la persona como centro de la atención sanitaria.

Bibliografía

1. Gabriel Heras La Calle, Mari Cruz Martin y Nicolas Nin. Buscando humanizar los UCI. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017;29(1):9-13.
2. Adriano Machado Facioli, PhD; Fábio Ferreira Amorim, MD, PhD; Karlo Jozefo Quadros de Almeida, MD. A Model for Humanization in Critical Care. *Perm J* 2012 Fall;16(4):75-77.
3. Bauman KA, Hyzy RC. ICU 2020: five interventions to revolutionize quality of care in the ICU. *J Intensive Care Med*. 2014 Jan-Feb;29(1):13-21.
4. Escudero D, Viña L, Calleja C. For an open-door, more comfortable and humane intensive care unit. It is time for change. *Med Intensiva*. 2014 Aug-Sep;38(6):371-5.
5. Margarita Poblete Troncoso M, Sandra Valenzuela Suazo S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm* 2007;20(4):499-503.
6. Gálvez Herrer y col. Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: Implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del Proyecto HU-CI. *Med Segur Trab (Internet)*. 2017;63(247):103-19.
7. Zaforteza Cet al. Transforming a conservative clinical setting: ICU nurses' strategies to improve care for patients' relatives through a participatory action research. *Nurs Inq*. 2015 Dec;22(4):336-47.
8. Sancho y col. [Perception of UCI nurses in relation with satisfactory care: convergences and divergences with the perception of critical patients. *Enferm Intensiva*. 2015 Jan-Mar;26(1):3-14.
9. What Is Patient-Centered Care? Article · January 1, 2017. *NEJM Catalyst*.
10. EDITORIAL. Infraestructura humanizada en las UCI. Un reto a nuestro alcance. *Enferm Intensiva*. 2016;27(4):135-137.
11. C. de la Fuente-Martos y col. Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de UCI. *Med Intensiva*. 2018;42 (2):99-109.
12. Delgado y col. Sobrevivir a las unidades de UCI mirando a través de los ojos de la familia. *Med Intensiva*. 2017;41(8):451-453.
13. N. Ayllón Garrido, P. Montero Rus, M.I. Acebes Fernández y J. Sánchez Zugazua. Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales. *Enferm Intensiva*. 2014;25(2):72-77.