

Is it possible to humanize the Critical Patient Care Service of El Cruce Hospital?

Resumen:

Muchas instituciones sanitarias continúan con un enfoque del modelo biomédico centrando sus acciones en los procedimientos y no en la persona y en su integridad, propiciando la deshumanización de la atención y reduciendo lo humano a lo biológico. Este paradigma ha ido cambiando en el último tiempo. La Organización Mundial de la Salud, OMS define a la salud como: “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (1). La atención humanizada de la salud se centra en la persona, como ser multidisciplinario y único respetando sus valores y su libertad de elección.

Realizamos un estudio descriptivo y observacional basado en el registro de intervenciones del área de cuidados humanizados realizadas en el Servicio de Atención del paciente crítico, APC entre enero y septiembre de 2023. Las mismas fueron realizadas luego de la solicitud de interconsultas realizadas por los médicos tratantes del servicio de APC. Durante el período de estudio, se llevaron a cabo un total de 117 intervenciones que reflejan acciones concretas de cuidados humanizados. Estas incluyeron 34 intervenciones en comunicación efectiva, 29 acompañamientos familiares, 22 sesiones de soporte psicoespiritual, 16 tratamientos para el dolor, 11 adecuaciones del esfuerzo terapéutico, 4 cuidados integrales en etapas terminales de la vida y 1 seguimiento del duelo. Estos indicadores sugieren un avance hacia una atención más humanizada al reconocer y abordar las necesidades de pacientes y familias mediante una comunicación empática, lo cual refleja una búsqueda activa de mejora en la calidad de vida en momentos críticos.

Palabras claves: Cuidados Humanizados, Cuidados Paliativos, Emergencias, Final de vida.

Abstract

Many health institutions continue with an approach to the biomedical model, focusing their actions on procedures and not on the person and their integrity, promoting the dehumanization of care and reducing the human to the biological. This paradigm has been changing in recent times. The World Health Organization defines health as: “a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity.” Humanized health care focuses on the person, as a multidisciplinary and unique being, respecting their values and their freedom of choice.

We carried out a descriptive and observational study based on the record of interventions in the humanized care area carried out in the APC between January and September 2023. They were carried out after the request for interconsultations carried out by the treating physicians of the APC service. During the study period, a total of 117 interventions were carried out that reflect concrete actions of humanized care. These included 34 interventions in effective communication, 29 family accompaniment, 22 psychospiritual support sessions, 16 pain treatments, 11 adaptations of the therapeutic effort, 4 comprehensive care in terminal stages of life and 1 grief follow-up. These indicators suggest progress towards more humanized care by recognizing and addressing the needs of patients and families through empathetic communication, which reflects an active search for improvement in quality of life in critical moments.

Keywords: Humanized Care, Palliative Care, Emergencies, End of Life.

1 Introducción

Muchas instituciones sanitarias continúan con un enfoque del modelo biomédico centrando sus acciones en los procedimientos y no en la persona y en su integridad, propiciando la deshumanización de la atención y reduciendo lo humano a lo biológico. Se suele considerar al cuerpo humano compuesto por partes; la enfermedad es vista como la disfunción de ellas. En dicho caso el papel del médico es intervenir con el fin de reparar el defecto.

Este paradigma ha ido cambiando en el último tiempo. La Organización Mundial de la Salud define a la salud como: “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (2). En línea con esta definición holística surgen los Cuidados Humanizados con la intención de subsanar esta problemática. Según Bermejo (3), “hablar de humanización es afirmar la dignidad intrínseca de todo ser humano y los derechos que de ella se derivan. Y esto lo convierte en una necesidad de vital importancia y trascendencia”. La atención humanizada de la salud se centra en la persona, como ser multidisciplinario y único respetando sus valores y su libertad de elección. Con este fin los Cuidados Humanizados presentan 7 líneas estratégicas (4) (5): Unidad de Cuidados Intermedios (UCI) de puertas abiertas, comunicación, bienestar del paciente, cuidados del profesional, prevención y seguimiento del síndrome Post cuidados intensivos, cuidados de final de vida e infraestructura humanizada, cuidando el confort y privacidad de pacientes y familiares.

Los servicios de urgencias son junto a los servicios de atención primaria y de atención especializada los 3 pilares principales para el acceso a la atención sanitaria. Suelen ser áreas donde se brinda atención a una amplia variedad de pacientes con patologías de diverso grado de gravedad, atendiendo desde patologías leves con rápida resolución, hasta patologías severas o complicaciones severas de patologías crónicas con riesgo de vida.

El Servicio de Admisión de Pacientes Críticos (APC) en nuestro hospital representa un punto crucial para el manejo de patologías complejas y de alta urgencia. Este servicio no solo actúa como la etapa inicial de estabilización para pacientes derivados con patologías críticas, sino que también sirve como puerta de entrada para aquellos con descompensaciones agudas en seguimiento médico. Dadas sus características singulares, con ingresos variados y requerimientos complejos, el APC presenta un desafío específico en la humanización de la atención.

Nuestro objetivo fue describir la implementación de estrategias de cuidados humanizados dentro del Servicio de APC.

2 Materiales y métodos

Realizamos un estudio descriptivo y observacional basado en el registro de intervenciones del área de cuidados humanizados realizadas en el APC entre enero y septiembre de 2023. Las mismas fueron realizadas luego de la solicitud de interconsultas realizadas por los médicos tratantes del servicio de APC. Las intervenciones se categorizaron en 6 tipos: comunicación efectiva, adecuación del esfuerzo terapéutico, control del dolor, soporte psicoespiritual, planificación integral del final de vida y seguimiento del duelo, acompañamiento familiar e intervención socio-familiar.

3 Resultados

Se llevaron a cabo un total de 117 intervenciones desde el 1 de enero de 2023 hasta el 30 de septiembre de 2023 en pacientes internados en el área de APC.

El 73.5% de las mismas fueron dirigidas a aspectos psicosociales tanto del paciente como de su entorno familiar. Estas incluyeron 34 (29.5%) intervenciones en comunicación efectiva de información sobre la enfermedad como del pronóstico de la misma. Se brindó también acompañamiento a familiares de pacientes en etapas finales de la vida en 29 ocasiones, correspondiendo al 25% del total de las intervenciones. A su vez en conjunto con el servicio de salud mental se realizaron 22 (19%) sesiones de soporte psicoespiritual de pacientes.

De manera conjunta con el equipo de cuidados paliativos se realizaron ajustes en el tratamiento del dolor en 16 ocasiones (13.6%), se intervino en la adecuación del esfuerzo terapéutico en 11 pacientes (9 %) y 4 cuidados integrales en etapas terminales de la vida (3.5%), los cuales incluyeron medidas de confort, control de síntomas y control de una adecuada sedo analgesia. También se realizó el seguimiento durante el duelo en 1 familia de un paciente fallecido en el servicio.

4 Discusión

El sufrimiento y el “disconfort” de los pacientes críticos pueden ser causados por múltiples factores. El daño psicológico y emocional puede ser muy elevado, asociado a que durante las internaciones los pacientes suelen sufrir de soledad, aislamiento y miedo. En relación a esto y a la definición actual de salud de la OMS la mayor parte de nuestras intervenciones fueron dirigidas a aspectos psicosociales de la evolución de las etapas finales de la enfermedad de los pacientes. La información de calidad es una de las necesidades principales sobre todo más importantes en pacientes gravemente enfermos y que se encuentran cursando el final de sus vidas, como lo son muchos de los pacientes con los que trabajamos a diario, ya que permite al paciente y familiares la toma de decisiones en situaciones de final de vida.

La atención en los servicios de emergencias muchas veces suele ser orientada más hacia el modelo biomédico, realizándose intervenciones que intentan restituir el equilibrio biológico del organismo que lleva al paciente a la consulta. Sin embargo, en ocasiones, ya sea por la gravedad de la descompensación aguda o por el devenir de una patología crónica en su estadio terminal, este equilibrio no es posible de alcanzar, llevando al equipo médico a realizar medidas terapéuticas fútiles que no hacen otra cosa más que prolongar el estado de sufrimiento del paciente. En nuestro trabajo observamos que aproximadamente un 26% de nuestras intervenciones fueron dirigidas hacia este tipo de situaciones, con el objetivo de humanizar la etapa final de la vida que presupone ser la muerte, buscando brindar un “buen morir” como parte del tratamiento que como equipo de salud debemos ofrecer a nuestros pacientes.

Como limitaciones principalmente queremos remarcar que Cuidados Humanizados es un área recientemente incorporada al hospital, por lo que el número de intervenciones esperamos que aumente en el futuro próximo. Sin embargo, este estudio sienta un precedente, mostrando un cambio de paradigma en la atención médica en el servicio de APC.

5 Conclusión

La humanización de los cuidados, especialmente en entornos de emergencia, destaca desafíos significativos, dado que muchos profesionales en este campo se enfocan predominantemente en lo biológico. En el APC, la implementación de acciones concretas de cuidados humanizados se ha centrado en la comunicación efectiva en equipos multidisciplinarios para brindar diagnósticos y pronósticos en situaciones extremadamente graves, el acompañamiento a las familias, la gestión óptima del dolor y la implementación de ajustes terapéuticos basados en protocolos interdisciplinarios. Estos indicadores sugieren un avance hacia una atención más humanizada al reconocer y abordar las necesidades de pacientes y familias mediante una comunicación empática, lo cual refleja una búsqueda activa de mejora en la calidad de vida en momentos críticos.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Preguntas más frecuentes. ¿Cómo define la OMS la salud? [Citado 11 Oct 2018] . Disponible en: Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> [Links]
2. CONSTITUCION DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD; Suscrita en Nueva York, el 22 de julio de 1946. Aprobada: Decreto legislativo número 639, de 29 de junio de 1949. Ratificada: 22 de julio de 1949; Publicada: Diario Oficial, tomo LVI, número 32, de 9 de septiembre de 1949.
3. Bermejo JC. Humanizar la asistencia sanitaria. Ed. Descleé De Brouwer. Bilbao; 2014.
4. Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI; 2019 [acceso 22 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://proyctohuci.com/es/buenas-practicas/>
5. Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI; 2019 [acceso 22 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://proyctohuci.com/es/buenas-practicas/>