

III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

LA TECNOLOGÍA: ARTEFACTO DE CUIDADOS EN LAS UNIDADES DE CRÍTICOS

Autor principal JOSE FERNANDO GOMEZ ALONSO

CoAutor 1

CoAutor 2

Área Temática Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Cuidados Críticos y Urgencias

Palabras clave TECNOLOGÍA CUIDADOS INTEGRALES ENFERMO CRÍTICO UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS

» Resumen

La enfermedad es un hecho que se afronta de muy diversas formas para la sociedad y los distintos grupos sociales. En general, a pesar de ser un proceso más de la propia existencia del ser humano, se advierte un rechazo hacia la misma y hacia la persona que se encuentra sujeta a ella. A través de esta comunicación se pretende contribuir a una reflexión sobre el proceso y el final del paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos (U.C.I.). El objetivo no es demostrar una hipótesis, tampoco lo es establecer una verdad absoluta e indiscutible, ya que el tema se presta a un interminable debate donde las conclusiones en definitiva siempre quedarán en el ámbito de lo personal. Lo que se procura es invitar a la reflexión, tanto personal como colectiva, para fomentar actitudes positivas en los profesionales de enfermería de cara al cuidado integral del enfermo crítico. Traduciéndose en una mejora de la calidad asistencial prestada a los pacientes hospitalizados en unidades de similares características en aras al aumento de calidad de vida durante su estancia o su proceso final.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

El saber médico en cada época ha ido transformándose acorde al desarrollo de la sociedad hasta entender la enfermedad como una alteración biológica del cuerpo, lugar donde la enfermedad cobra sentido.

Para ello, el conocimiento médico representado por la figura individual del profesional ha utilizado dos modelos de trabajo para concebir la enfermedad. El modelo biomédico y el modelo biopsicosocial.

El modelo biomédico sigue una corriente de pensamiento basada en una filosofía mecanicista, conforme a la cual, la atención se centra en el espacio corporal del paciente donde se considera la enfermedad. Observa nada más que el cuerpo, que se equipara a una máquina y en el cual la enfermedad es una incidencia producida por un conjunto de causalidades mecánicas que pueden repararse mediante la aplicación de una técnica médica concreta.

Es un modelo de trabajo que despersonaliza la enfermedad, la aísla y actúa sobre ella de forma anónima. Separa la máquina (el cuerpo) de la biografía y las emociones de la persona, sin establecer relación alguna entre ambas, quedando la persona difuminada ante la presencia de la patología que padece.

Ante los errores cometidos por esta forma de trabajar, nace el modelo biopsicosocial, modelo médico holístico que da respuesta al modelo biomédico. Pretende dar a la persona un papel activo en el proceso, dejarle participar en las decisiones sobre la enfermedad y averiguar las expectativas que tiene. Así mismo, además de valorar al enfermo como un cuerpo biológico que sufre una agresión, tiene en consideración el aspecto social y psicológico incorporando una visión subjetiva de la persona.

Actualmente ambos modelos viajan hacia la obsolescencia puesto que la dirección del saber médico está cambiando. La figura individual que representaba al conocimiento médico se ha transformado en una figura colectiva, más grande e indeterminada.

El responsable en parte es el proceso de globalización. En las últimas décadas se ha desarrollado todo el potencial como consecuencia de la expansión económica a nivel mundial, modificándose a su vez los valores del estado de salud y de enfermedad. Además, ha cambiado incluso el modelo de atención de la persona enferma. La libre circulación de mercancías y personas a través de los distintos países, de distintas culturas, etc, cuestiona el modelo de atención practicado por el saber médico, provocando una reestructuración en su práctica.

Del cuerpo se ha hecho aún más un objeto. No sólo opina de él el conocimiento médico, sino también el económico, político, social y cultural, dándose lugar a una figura colectiva que divide más si cabe el cuerpo en partes y que engloba a este en el mercado económico, representado entre otros por la tecnología informática.

La tecnología informática es sin duda de gran utilidad en este área, del cual se sirve y obtiene muy buenos resultados pero se ha convertido en un nuevo modelo de economía, una nueva política, una conducta social que conduce a una nueva forma de vida, en la cual, la persona deja de luchar contra la enfermedad y se abandona a confiar en los milagros y la comercialización del cuerpo practicado por esta ciencia.

Partiendo desde este punto de vista y en base a las visitas continuas a distintas unidades de cuidados críticos de la ciudad de Valencia, se ha efectuado una reflexión sobre la práctica asistencial de los pacientes adscritos temporalmente a estas unidades. Surge así la idea de un estudio cualitativo, con el objetivo de invitar al debate, individual o colectivo, para fomentar actitudes positivas en los profesionales de enfermería de cara al cuidado integral del enfermo crítico.

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

En cualquier unidad de hospitalización, al igual que en la de cuidados críticos, los profesionales de la salud son los intermediarios entre la ciencia médica y la sociedad; su actividad va a estar influenciada tanto por el modelo de trabajo como por las tendencias sociales. Siendo principalmente la formación académica y la tecnología en el sistema los dos elementos que interaccionan en su actividad laboral.

Con respecto al primero, los planes de estudios aún siguen olvidando la importancia que tiene el aspecto humano en el binomio profesional-paciente, enfocando la atención más a la curación y a un concepto organicista de la enfermedad que a un concepto de cuidado y mejora del bienestar social.

Y respecto al segundo, la tecnología no es un elemento neutral, no sólo el profesional se sirve de ella sino que éste a su vez es usado por ella. Crea su propio ritmo de trabajo, cambia la dirección de la atención del profesional y mina la relación y la comunicación entre el equipo de salud.

Las nuevas y mejoradas técnicas de diagnóstico, monitorización y tratamiento hacen que el profesional centre toda su atención en ellas, haciendo que unidades donde hay una excesiva tecnología, como la de cuidados críticos, se trabaje a expensas de ella, siendo ésta quien organiza la labor del profesional en vez de ser al contrario.

Esto, hace que la actividad del profesional se base en un conjunto de lecturas ofrecidas desde la monitorización del enfermo sin prestar demasiada atención ni a la persona ni a sus sentimientos, como algo exógeno al ámbito de su tarea.

Además, se trata de una relación temporal, entendiéndose que la persona enferma permanecerá en la unidad hasta encontrar o no un puente hacia una solución permanente, definitiva o casi definitiva. Lo implícito de ello lo encontramos en la convivencia diaria con el final de la vida, la fragilidad de ésta y la pérdida de la misma.

Ante el hecho de que los pacientes llegan a fenecer, el profesional opta por un rechazo del mundo que rodea al paciente crítico. Manifiesta la negación implícita de lo que se opone al mundo natural que nos arroja a nuestras tareas, nuestras preocupaciones, nuestra situación, nuestros horizontes familiares y se aísla totalmente del entorno laboral, desviando toda su atención hacia la técnica y la tecnología de la que el sistema le hace responsable, olvidando el proceso de asistencia integral requerido por la persona enferma.

Desde esta experiencia, parte el estudio con el fin de ofrecer una visión de la actividad diaria de una unidad de cuidados críticos (U.C.I.) con la idea final de reflexionar sobre estas actitudes, y potenciar una mejor calidad asistencial para ayudar a optimizar la asistencia prestada a pacientes hospitalizados en unidades de similares características, en orden a un aumento en su calidad de vida durante su estancia o su proceso final.

A través de la utilización de técnicas de investigación de carácter cualitativo nos introducimos en la realidad de las unidades de análisis, para facilitar, una descripción de las mismas, observando las acciones y los comentarios de los distintos actores con el fin de ofrecer una imagen de esta esfera.

Así, mediante la observación sistemática, recogemos datos materiales narrativos y comportamientos de los sujetos de estudio, para destacar aspectos individuales y holistas de la experiencia del profesional en dichas unidades.

A lo largo de 5 semanas y con los datos recogidos en 4 unidades de cuidados críticos se han recabado los siguientes resultados:

- 1.- Se observa un deterioro en la interacción profesional-paciente, ofreciendo la imagen de un paciente, un objeto más, sobre el que se debe poner en práctica un conjunto de actividades tipificadas por la sociedad.
- 2.- Para el profesional de salud, el paciente crítico es etiquetado como una persona que debe de entender y agradecer que tras su estancia en la unidad que la sociedad le ofrece una nueva oportunidad, independientemente de que adopte una conducta más o menos humanizante y se actúe o no en función de los protocolos tipificados por la institución.
- 3.- Aún existe un esfuerzo para canalizar situaciones difíciles de la esfera de la enfermedad, puesto que continuamente el equipo asistencial se enfrentan a debilidades (significado de la muerte, el sentido de la vida) que reproducen miedos y recuerdan la labor desempeñada en la institución.
- 4.- Aunque el modo de trabajo del mundo de la sanidad empuja al profesional hacia una atención biopsicosocial, las connotaciones sociales de la enfermedad, invitan a alejarse de la patología y la persona que la padece, al percibir que introduce grandes modificaciones dentro de la realidad de quien la padece, difíciles de trabajar e imposibles de afrontar, en base a las características de la sociedad actual, donde lo que más se valora es todo aquello que produce placer, así como el culto al cuerpo.

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

El estudio pretende constituir una referencia para la planificación y mejora de los cuidados integrales del paciente en las unidades de cuidados críticos.

Compartir estas experiencias puede impulsar el aprendizaje colectivo e incentivar la implementación de cambios proactivos en la práctica clínica. De tal modo que bajo nuestro punto de vista, la solución de este suceso la encontramos si introducimos un modelo de trabajo un modus operandi donde el profesional tenga un concepto y atienda al enfermo como ser humano en su totalidad (cuerpo, mente/alma y producto social), encauce y guíe la vida del paciente antes, durante y después de su paso por la unidad, en lugar de enfocar su atención en resolver el problema etiológico del trastorno y valorar el estado biológico y fisiológico del enfermo.

Y como principales actuaciones podemos destacar:

- 1.- Asumir que la profesión de Enfermería brinda a sus profesionales la oportunidad especial de ayudar y confortar al paciente crítico, así como de proporcionar consuelo y comprensión a sus familiares, en un momento muy difícil y de acuciante necesidad de apoyo humano.
- 2.- Que el Equipo de Salud se proporcione respaldo y comprensión mutuamente, ya que el asumir los profesionales de la salud (y especialmente los de Enfermería) la responsabilidad de un proceso crítico y/o final puede resultar sumamente estresante. Esta unión de equipo incidirá directamente en la calidad de los cuidados, optimizando por ello la satisfacción de sus necesidades.
- 3.- Animar al Equipo de Salud a escuchar (y a parecer siempre dispuesto a hacerlo) a los pacientes y/o familiares que deseen hablar de sus miedos y temores. Procurar una relación franca y sincera entre el Equipo de Salud y el paciente y sus familiares.
- 4.- No incidir en la rigidez de las normas y protocolos de la unidad a la hora de aplicarlos, sino más bien adaptarlos a las necesidades de cada enfermo. Así se podrá evitar la pérdida de autocontrol en el paciente y los consiguientes efectos estresantes, depresivos y de indefensión.
- 5.- No extremar las medidas terapéuticas para alargar la vida a costa de aumentar el sufrimiento del paciente o alejarlo del contacto humano. Quizá, así, en lugar de alargar la vida se está alargando la muerte.
- 6.- Tener unos criterios útiles para el uso de la tecnología, a fin de adecuarlos a la situación de enfermedad y a su objetivo de confort, teniendo en cuenta la dificultad de la atención de estos pacientes.
- 7.- Trabajar con profesionalidad: si personalmente no se desea plantear el tema, al menos como algo cotidiano en el ámbito de trabajo debe aceptarse el proceso final. Esto, por supuesto, sin llegar a la frivolidad que puede observarse en algún profesional por parecer estar tan acostumbrado o ser parte de su rutina diaria, no personalizando la situación y comprendiendo y respetando el sufrimiento tanto del enfermo como de la familia.
- 8.- Por último, debe contemplarse la asistencia a la familia en aquello que sea necesario, intentando en la medida de lo posible aliviar sus sentimientos.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

El sistema sanitario hace del enfermo crítico un objeto en el que poner en práctica un conjunto de actividades protocolizadas en relación a la patología, las tendencias y las novedades tecnológicas. En términos generales entendemos que no se da una respuesta adecuada en la mejora del cuidado integral. Dos son las barreras encontradas durante el desarrollo del estudio que originan este hecho: Primero, las tendencias sociales que guían el mundo de la sanidad y el equipo sanitario. Segundo, la mínima preparación con la que cuenta el profesional para enfrentarse de cara a sus miedos en torno a la enfermedad.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

En cualquier esfera de la enfermedad, la familia tiene un papel relevante en conjunto con la red social puesto que hace de confidente para ayudar a comprender el proceso que vive el paciente con la enfermedad, es en este sentido donde se debe de colaborar con la familia para recuperar a la persona atrapada en ese proceso crítico y/o final, así que hay que darle la oportunidad de participar de forma activa durante el trascurso de las visitas a la unidad.

» **Propuestas de líneas de investigación.**

Promover estudios para conocer mejor la realidad de las unidades de cuidados críticos con el objetivo de concienciar sobre la labor primordial e imprescindible que realiza cada día enfermería en la recuperación de la persona enferma.

Realizar un estudio de análisis para comprobar si se deben efectuar cambios en los protocolos de actuación, y valorar si las medidas propuestas son extrapolables a las unidades de cuidados críticos en general.