



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Revista de Bioética y Derecho

Perspectivas Bioéticas

www.bioeticayderecho.ub.edu - ISSN 1886-5887

DOSSIER SOBRE BIOÉTICA Y MEDICINA INTENSIVA

Proyecto "Humanizando los Cuidados Intensivos", nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos

Project "Humanizing Intensive Care", new paradigm of guidance in Intensive Care Unit

El projecte "Humanitzant la vigilància intensiva", un nou paradigma d'orientació de la vigilància intensiva

IGNACIO BAEZA GÓMEZ, LINDA CYNTHIA QUISPE HOXSAS *

* Ignacio Baeza Gómez. Facultativo adjunto Servicio de Medicina Intensiva, Hospital de Barcelona (España).
Email: nbaeza.75@gmail.com.

* Linda Cynthia Quispe Hoxsas. Enfermera del Servicio Medicina Intensiva Hospital Barcelona. Máster oficial de investigación clínica, Máster oficial de investigación aplicada a las curas de enfermería, Universidad de Barcelona (España). Email: cyndyhoxsas@hotmail.com.



Copyright (c) 2020 Ignacio Baeza Gómez, Linda Cynthia Quispe Hoxsas
Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.

Resumen

En los últimos 50 años, la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) ha alcanzado las cifras más altas de supervivencia gracias al trabajo de equipos multidisciplinares, al papel de la tecnología en el campo del tratamiento, la enfermedad como centro, el soporte vital y el diagnóstico clínico. Este esfuerzo sumado al uso de la tecnología, el medio que rodea al paciente, centrándose solo en el tratamiento de su enfermedad, había desplazado a las personas y a sus individualidades del centro de cuidado. Esto resultó en la despersonalización de todos los agentes involucrados (pacientes, familias, cuidadores e incluso profesionales). Las investigaciones, han demostrado graves secuelas físicas y psicológicas en nuestros supervivientes, con consecuencias éticas. La despersonalización es uno de los signos del síndrome de *burnout*, un problema grave no resuelto y creciente entre los profesionales, y fue admitido como una enfermedad por la OMS en el 2019. Los grandes principios bioéticos no han sido capaces de responder a las causas del sufrimiento físico-psíquico. Se necesitan nuevas orientaciones éticas que se orienten al individuo y su particularidad, bajo aspectos más emocionales y afectivos, refiriéndonos a la "ética del cuidado" como un núcleo gravitacional donde crece el profesionalismo y la práctica de la resiliencia en el campo de la salud. La importancia de integrar la ética de la atención orientada hacia el binomio paciente-familia, y de combatir el agotamiento mediante la atención a profesionales, es un verdadero desafío dentro de la UCI, dos caras diferentes pero vinculadas que pertenecen a la misma moneda.

Palabras clave: Cuidados intensivos; humanización UCI; proyecto HU-CI; ética del cuidado; profesionalización; desgaste profesional; síndrome burnout; síndrome overlap.

Abstract

In the last 50 years, Intensive Medicine has reached the highest survival figures thanks to the work of highly qualified and trained multi-disciplinary teams, the role of advanced technology in the field of treatment, the disease as a center, life support and clinical diagnosis. The effort involves the use of technology and all the environment surrounding the Intensive Care Unit (ICU), focused on treating patient disease, but had displaced people and their individualities from the care facility. This resulted in the depersonalization of all the agents involved (patients, families, caregivers and even professionals). Research has shown the serious physical and psychological injuries in our survivors, with significant ethical consequences. Depersonalization is one of the signs of burnout syndrome, which is a serious unresolved and growing problem among health professionals that in early 2019 has been admitted as a disease by the WHO. The great bioethical principles have not been able to respond to the causes of physical and psychic suffering. New ethical orientations are needed that are resized to the individual and their particularity, under more emotional and affective aspects, by which we refer to the "ethics of care" as a gravitational nucleus where professionalism and the practice of resilience in the health field are growing. The importance of integrating the ethics of care oriented towards the patient-family binomial, and of combating burnout by performing care for professionals, is a real challenge within the ICU, two different but linked sides that belong to the same currency.

Keywords: Intensive Care; UCI humanization; HU-CI project; care ethics; professionalization; professional exhaust; burnout syndrome; overlap syndrome.

Resum

En els últims 50 anys, la Unitat de Vigilància intensiva (UVI) ha aconseguit les xifres més altes de supervivència gràcies al treball d'equips multidisciplinaris, al paper de la tecnologia en el camp del tractament, la malaltia com a centre, el suport vital i el diagnòstic clínic. Aquest esforç sumat a l'ús de la tecnologia, el mitjà que envolta al pacient, centrant-se només en el tractament de la seva malaltia, havia desplaçat les persones i la seva individualitat del centre de la cura. Això va resultar en la despersonalització de tots els agents involucrats (pacients, famílies, cuidadors i fins i tot professionals). Les últimes recerques han demostrat greus seqüeles físiques i psicològiques en els supervivents, amb conseqüències ètiques. La despersonalització és un dels signes de la síndrome de *burnout*, un problema greu no resolt i creixent entre els professionals, i va ser admès com una malaltia per l'OMS el 2019. Els grans principis bioètics no han estat capaços de respondre a les causes del sofriment físic-psíquic. Es necessiten noves orientacions ètiques dirigides a l'individu i a la seva particularitat, incloent-hi aspectes més emocionals i afectius, referint-nos a l'ètica del curar com un nucli gravitacional on creix el professionalisme i la pràctica de la resiliència en el camp de la salut. La importància d'integrar l'ètica de l'atenció orientada cap al binomi pacient-família, i de combatre l'esgotament mitjançant l'atenció a professionals, és un veritable desafiament dins de l'UVI, dues cares diferents però vinculades que pertanyen a la mateixa moneda.

Paraules clau: Vigilància intensiva, humanització UVI, projecte HU-CI, ètica del curar, professionalització, desgast professional, síndrome burnout, síndrome overlap.

1. Introducción

En los últimos 50 años, la especialidad de Medicina Intensiva ha logrado niveles de éxito en cuanto a supervivencia, rara vez observados en otros ámbitos de la medicina, teniendo en cuenta la corta historia de la propia especialidad (desde 1972 en el estado español) y la severidad de los cuadros que afronta¹. Ello, gracias al trabajo de equipos multi-disciplinarios altamente cualificados y formados, y al concurso de la más avanzada tecnología disponible en las Unidades de Cuidados intensivos (UCI), que han logrado mantener, substituir y soportar sistemas en fallo orgánico (ventiladores con modalidades de adaptación neuromuscular, terapias de reemplazo renal con software adaptados a diferentes escenarios clínicos, sistemas de oxigenación extra corpórea ECMO, sistemas de soporte ventricular externos/internos, avances en radio intervencionismo en neurocríticos, cardiología, hemorragias, etc.). La atención hacia los pacientes está centrada en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Con los años, la especialidad se torna más reflexiva y evalúa sus logros y fracasos, y en esta fase se da cuenta que los logros, en cuanto a supervivencia y curación, los ha conseguido pagando un peaje. En 2008, y de la forma más fortuita y casual, el ámbito de la Medicina Intensiva se vio reflejada ante un espejo en el que no se reconocía. En una entrevista a una famosa presidenta autonómica en la que narraba su experiencia vital en una UCI, se dio un titular que, a la postre, sería el inicio de un necesario cambio de orientación, dando paso a un nuevo paradigma de atención: "La UCI como Sucursal del Infierno"². Centrando toda la atención en superar la enfermedad, nos habíamos olvidado de atender a las personas: Pacientes, Familias, Cuidadores.

En este contexto nace un proyecto que viene a corregir, sin imponer, los aspectos que contribuyen a mejorar aún más los logros ya establecidos: Proyecto HU-CI (Humanizando los Cuidados Intensivos), poniendo a las personas en el centro³. Pero ¿qué ha hecho que se perdiera de vista a las personas en el día a día de nuestras Unidades...? ¿Por qué alguien a quien se le salva la vida tras un terrible accidente, define, tras su paso por una unidad de cuidados intensivos, a la UCI como sucursal del Infierno...? Para contestar a eso deberíamos entender cuáles son los mecanismos externos al paciente, y la situación intrínseca del paciente que conllevan a definir como deshumanizados los cuidados otorgados.

2. ¿Qué lleva a la deshumanización de las UCI?

2.1 La despersonalización

Durante un ingreso en una Unidad de Medicina Intensiva, el paciente y la familia entregan el control de sus vidas, de su identidad, de su privacidad, de su entorno y familia y de su autonomía, a un equipo que está trabajando por su supervivencia. (Tabla 1)

A su vez, el equipo asistencial, favorecido por estados emocionales como el Síndrome de *Burnout* y sobrecargas de trabajo, políticas y culturas restrictivas⁴⁻⁶ que puedan promover la deshumanización/despersonalización, los turnos sin seguimiento que fragmentan la evolución de los pacientes, etc. pueden dificultar el ver a los mismos como personas.⁷

Deshumanización de los pacientes en UCI
1. Pérdida de identidad y apariencia
2. Pérdida de habilidad de comunicación
3. Pérdida de habilidad para auto-representación
4. Pérdida de soporte familiar
5. Pérdida de control
6. Pérdida de respeto
7. Pérdida de privacidad

Tabla 1. Deshumanización de los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos

2.1.1 ¿Qué conlleva la deshumanización?

Todo conlleva un elevado riesgo de serias consecuencias en cuanto al estado físico y mental en los pacientes, tanto en su fase de ingreso en UCI, como en la fase de recuperación al alta, definiéndose un nuevo estado que se ha definido como PICS (*Post Intensive Care Syndrome*). Diversos estudios han demostrado las consecuencias del PICS en los pacientes y sus familiares no solo durante su ingreso hospitalario sino incluso tras el alta hospitalaria.⁸⁻¹¹

2.1.2 ¿Qué consecuencias tiene en cuanto a problemas éticos?

Las consecuencias del soporte vital recibido por los supervivientes de una UCI, en cuanto a sus aspectos éticos, invitan a la reflexión. La principal preocupación bioética en las unidades de

intensivos ha sido sobre aspectos que engloban la beneficencia, no maleficencia y la autonomía; aspectos que Beauchamp define como principios bioéticos.¹²

Pero estos principios bioéticos, según encuestas a pacientes supervivientes y sus familiares que estuvieron ingresados UCI, no responden a las causas de sufrimiento que padecen estos durante su ingreso¹³. Hacen falta nuevas visiones éticas para modificar el entorno y los cuidados recibidos, encaminados a reducir en lo posible el miedo, el dolor y el sufrimiento.

La ética del cuidado redimensiona los principios éticos, al estar estos basados en una ética de las relaciones, englobando aspectos emocionales y afectivos, y alejándose de los aspectos más racionales y universales de los principios clásicos. Así, como ejemplo, el principio ético de autonomía se redimensiona en un aspecto relacional de interdependencia.¹⁴ (Tabla 2)

Tabla 2:

La ética del cuidado incorpora aspectos emocionales y afectivos complementando los principios bioéticos más racionales	
Ética principialista	Ética del cuidado
Deontología/teología	Intuicionismo/ética dialógica
Punto de vista moral: el otro universal	Punto de vista moral: el otro concreto
Racionalismo de los principios	Emociones en las decisiones morales
Autonomía	Empoderamiento
Justicia distributiva	Protección, discriminación positiva
No maleficencia	Situación de vulnerabilidad
Beneficencia	Cultivo de buena relación cuidador/paciente
Estándares en las guías	Empatía en lo concreto, sin relativismo

Tabla 2: Comparativa de la ética principialista y la ética del cuidado

Esto influye en la mejora de la experiencia de los pacientes y sus familias, al situarlos directamente en el centro de toda atención de forma casi personalizada e individualizada. El cuidado a las personas exige una relación bidireccional: saber qué hace única a la persona que se cuida (de paciente a cuidador), para saber cuáles son las necesidades reales que precisa (del cuidador al paciente).

Emmanuel Levinas¹⁵ afirma que atender al prójimo es un imperativo moral, y cuando el cuidado se profesionaliza, adquiere una dimensión normativa, con un compromiso para el paciente, pasando a formar parte del núcleo interno en la profesión sanitaria, y entre las cuales no

sólo la compasión o la preocupación por el bien hacer, sino en la acción, la mirada atenta y la aplicación del saber científico. Esto es lo que define la profesionalización.

3. Proyecto HU-CI

Proyecto HU-CI pretende dar una visión integral de la situación actual en las UCIs, a través de un grupo multidisciplinar de profesionales que desarrollan su labor en la atención de unidades de pacientes críticos, poniendo a las personas en el centro de esa atención. Así, profesionales de la salud, familias, pacientes, psicólogos, arquitectos, técnicos de estructuras y espacios etc., aportan una visión integral, para entre todos, mejorar la atención de las UCIs. Este proyecto cuenta con el aval científico de numerosas sociedades científicas tanto nacionales como internacionales.³

Proyecto HU-CI tiene los siguientes objetivos:

- ◆ Humanizar los cuidados intensivos.
- ◆ Servir de foro y punto de encuentro entre pacientes, familiares y profesionales.
- ◆ Difundir los cuidados intensivos y acercarlos a la población general, poniendo énfasis en actividades relacionadas con la humanización de los cuidados.
- ◆ Fomentar la formación en habilidades de humanización: comunicación, relación de ayuda, etc.
- ◆ Orientar hacia la prestación de una atención humanizada mediante el establecimiento de estándares y acreditando su cumplimiento en aquellas unidades que lo soliciten.

3.1 Líneas estratégicas

3.1.1 UCI de puertas abiertas, presencia y participación de los familiares en los cuidados

Históricamente, la política de visitas de familiares a los pacientes ingresados en la UCI sigue un modelo restrictivo, al considerar que así se favorece el cuidado y facilita el trabajo de los profesionales. En realidad, esta restricción se basa más en la costumbre y en la falta de reflexión crítica sobre sus inconvenientes. A su vez, las familias reclaman más tiempo y la posibilidad de compaginar las visitas con sus obligaciones personales y laborales.

La experiencia de algunas unidades, sobre todo pediátricas y neonatales¹⁶, donde la familia se considera fundamental en el cuidado integral del paciente, ha propiciado la necesidad de considerar otros modelos. En la actualidad la flexibilización de horarios o la instauración de "puertas abiertas" en la UCI es posible y beneficioso para pacientes, familiares y profesionales. Existe evidencia suficiente como para argumentar y promover un cambio en esta política.¹⁷⁻²⁰

La extensión de este modelo requiere el aprendizaje de las experiencias positivas de algunas unidades, participación de los profesionales, la formación y los cambios en actitudes y hábitos que permitan una apertura de la política de visitas, adaptada a la idiosincrasia de cada unidad. Las barreras para una mayor flexibilización de horarios se relacionan con hábitos fundados en la costumbre, por parte de todos los profesionales de la salud y gestores, y la falta de reflexión crítica sobre sus inconvenientes. Esas barreras se propician por problemas estructurales físicos de las unidades, pero también por hábitos previos adquiridos por los profesionales. La figura de "cuidador principal" puede favorecer la presencia de los familiares, adaptada a las necesidades individuales de cada paciente y de su entorno.

Aunque en general los familiares desean participar en el cuidado, y muchos considerarían permanecer junto a sus seres queridos, especialmente en momentos de alta vulnerabilidad, la presencia y participación de los familiares en la UCI es muy limitada^{21,22}. Las barreras se han centrado en el posible trauma psicológico y ansiedad que la interferencia en los procedimientos puede generar a la familia, además de la distracción y el posible impacto sobre el equipo sanitario.¹¹

Si las condiciones clínicas lo permiten, las familias que lo desean podrían colaborar en algunos cuidados (higiene, alimentación, movilización, etc.)²³, bajo el entrenamiento y la supervisión de los profesionales sanitarios. Dar a la familia la oportunidad de participar en la toma de decisiones y de contribuir en la recuperación del paciente puede tener efectos positivos sobre el paciente, la familia y el profesional, al reducir el estrés emocional y facilitar la cercanía y comunicación de las partes implicadas²⁴. Aunque los estudios no son concluyentes, la presencia de los familiares también durante determinados procedimientos no se ha relacionado con consecuencias negativas, y se acompaña de cambios de actitud de los profesionales, como una mayor preocupación de éstos en relación con la privacidad, dignidad y manejo del dolor durante los procedimientos presenciados, así como una mayor satisfacción de las familias y una mayor aceptación de la situación, favoreciendo el proceso del duelo.

La participación de los familiares en las rondas diarias también contribuye a la mejora de la comunicación y favorece la oportunidad de hacer preguntas y clarificar la información, incrementando la satisfacción de la familia.

3.1.2 Comunicación

El trabajo en equipo en la UCI, imprescindible en cualquier ámbito sanitario, requiere, entre otros elementos, de una comunicación efectiva (completa, clara, oportuna, concisa) para evitar errores y consensuar tratamientos y cuidados al paciente. El traspaso de información (cambios de turno, cambios de guardia, traslado de pacientes a otras unidades o servicios, etc.), en los que no sólo se intercambia información sino también responsabilidad, son frecuentes y exigen procedimientos estructurados que los hagan más efectivos y seguros. Dar relevancia a este proceso, un liderazgo adecuado y el uso de herramientas que faciliten la participación multidisciplinar son elementos clave en la mejora de la comunicación.

Los conflictos entre los profesionales que integran los equipos de UCI son frecuentes, causados en muchas ocasiones y entre otros factores por fallos en la comunicación. Estos conflictos amenazan el concepto de trabajo en equipo e influyen directamente en el bienestar del paciente y la familia, generan desgaste profesional e impactan de forma negativa en los resultados. El entrenamiento en habilidades no técnicas y las estrategias de soporte pueden favorecer la cohesión de los equipos.

La información es una de las principales necesidades expresadas por pacientes y familiares en las UCI. En el paciente crítico, muchas veces inhabilitado por diversas razones (la mayoría como consecuencia de su tratamiento: desorientación, sedación, etc.), el derecho a la información se transfiere con frecuencia a sus familiares. Informar de forma adecuada en situaciones de gran carga emocional requiere habilidades comunicativas, para las que muchos profesionales no han recibido formación específica.

Una correcta comunicación con pacientes y familiares favorece un clima de confianza y respeto, y facilita la toma conjunta de decisiones. En general, no existen unas políticas específicas de cómo debe llevarse a cabo el proceso informativo en la UCI, siendo todavía frecuente la información limitada a una vez al día, sin adaptarse a las necesidades específicas de pacientes y familiares, y todavía en muy pocas ocasiones se contempla la información conjunta medicina-enfermería. La participación de enfermería en la información reglada es, en general, insuficiente y no claramente definida, a pesar del papel fundamental que desarrollan en los cuidados del paciente crítico y sus familiares.

Muchos de los pacientes que fallecen en una UCI lo hacen sin poder comunicar sus necesidades y deseos al final de la vida, o dar mensajes a sus seres queridos. Todo ello hace imprescindible que se mejoren los intentos de comunicación con el paciente con dificultades o limitaciones para expresarse, promoviendo el uso de sistemas aumentativos de comunicación

(que complementan el lenguaje oral cuando éste no es suficiente para una comunicación efectiva) y de sistemas alternativos de comunicación (que sustituyen al lenguaje oral cuando éste no es comprensible o está ausente).

3.1.3 Bienestar del paciente

Pretender el bienestar del paciente debería ser actualmente un objetivo tan primordial como el pretender su curación, y más importante si esto último no es posible. La propia enfermedad genera malestar y dolor en los pacientes, y si a ello sumamos las intervenciones que realizamos sobre ellos, muchas dolorosas, las técnicas, la implantación de dispositivos, la inmovilidad, etc., es evidente que ese malestar se incrementa.

Son muchos los factores que causan sufrimiento y discomfort a los pacientes críticos. Los pacientes sufren dolor, sed, frío y calor, dificultad para descansar por exceso de ruido o iluminación y se ven limitados en la movilización, muchas veces por el uso de contenciones innecesarias, o por dificultades en la comunicación. La valoración y control del dolor, la sedación dinámica adecuada a la condición del paciente y la prevención y el manejo del delirium agudo son piezas imprescindibles para mejorar el confort de los pacientes.

Además de las causas físicas, el sufrimiento psicológico y emocional puede ser muy elevado. Los pacientes experimentan sentimientos de soledad, aislamiento, miedo, pérdida de identidad, intimidad y dignidad, sensación de dependencia, incertidumbre por falta de información, e incompreensión, entre otras²⁵. La evaluación y soporte a estas necesidades debe contemplarse como un elemento clave de la calidad asistencial. Asegurar una adecuada formación de los profesionales y promover medidas encaminadas a tratar o mitigar estos síntomas asegurando el bienestar de los pacientes constituye un objetivo principal en la atención del paciente crítico.

En muchas ocasiones las condiciones de trabajo en nuestras UCI no favorecen que podamos primar el manejo de estos aspectos, aunque se está abordando de forma significativa en los últimos años.

3.1.4 Síndrome post cuidados intensivos

El síndrome post-cuidados intensivos (PICS)²⁶ afecta a un número importante de pacientes después de la enfermedad crítica (30 al 50%). Se caracteriza por síntomas físicos (el dolor persistente, la debilidad adquirida en UCI, la malnutrición, las úlceras por presión, alteraciones del sueño, necesidad de uso de dispositivos), neuropsicológicos (déficits cognitivos, como alteraciones de la memoria, atención, velocidad del proceso mental) o emocionales (ansiedad,

depresión o estrés post- traumático) y pueden afectar también a sus familias, pudiendo ocasionar problemas sociales. Estos problemas empiezan a aparecer cuando el paciente está en la UCI y pueden persistir después de su vuelta a casa. Sus consecuencias a medio y largo plazo impactan en la calidad de vida de los pacientes y las familias. Los equipos multidisciplinares, con especialistas en medicina intensiva, rehabilitación, fisioterapia, enfermería, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, foniatras, deben facilitar la atención continuada necesaria para dar soporte a estas necesidades. También las familias son parte fundamental para minimizar el PICS participando en el cuidado del paciente, ayudándole a permanecer orientado y reduciendo así el estrés de ambos.

La enfermedad en el paciente crítico produce una crisis familiar, y esos sentimientos de preocupación (la toma de decisiones, la evolución de la enfermedad) y confusión pueden llevar a los familiares a descuidar su propia salud. Es por ello por lo que el equipo sanitario debe apoyar también a los familiares que lo precisen.

3.1.5 Cuidados al final de la vida

Los cuidados paliativos e intensivos no son opciones mutuamente excluyentes, sino que debieran coexistir durante todo el proceso de atención al paciente crítico. Aunque el objetivo fundamental de los cuidados intensivos es restituir la situación previa al ingreso del paciente, en ocasiones esto no es posible y debe modificarse de forma dinámica y orientarse a reducir el sufrimiento y ofrecer los mejores cuidados, especialmente al final de la vida. La atención paliativa busca proporcionar un cuidado integral al paciente y su entorno, con intención de permitir una muerte libre de malestar y sufrimiento para el paciente y familiares de acuerdo con sus deseos y estándares clínicos, culturales y éticos. La limitación de soporte vital, frecuente en el paciente crítico, debe realizarse siguiendo las guías y recomendaciones establecidas por las sociedades científicas.²⁷

Los cuidados al final de la vida deben aplicarse integrados en un plan de cuidados paliativos global, de forma multidisciplinar con el objetivo de cubrir las necesidades de los pacientes y familiares tanto físicas, psicosociales, emocionales y espirituales. La existencia de protocolos específicos y la evaluación periódica de la atención ofrecida constituyen requisitos básicos. Las complejas decisiones que se toman en torno a los pacientes críticos al final de la vida pueden producir discrepancias entre los profesionales sanitarios y entre estos y los familiares. Los profesionales deben disponer de las competencias y herramientas necesarias para la resolución de estos conflictos incorporando la discusión abierta y constructiva en estas situaciones como estrategias de afrontamiento para reducir la carga emocional derivada de las mismas.

3.1.6 Infraestructura humanizada

El entorno físico de las UCI debe permitir que el proceso asistencial se realice en un ambiente saludable, que ayude a la mejora del estado físico y psicológico de pacientes, profesionales y familiares. En 1984, Ulrich²⁸ mencionaba la posible influencia positiva de una ventana en la recuperación de los pacientes. Largo ha sido el camino para que las nuevas recomendaciones como la guía basada en evidencia publicada por *Critical Care Medicine*²⁹ tengan como objetivos reducir el estrés y promover el confort centrándose en las mejoras arquitectónicas y estructurales de las UCI. Las recomendaciones consideran una ubicación apropiada, una adecuación a los usuarios y a los flujos de trabajo por proceso, en sus condiciones ambientales de luz, temperatura, acústica, materiales y acabados, mobiliario y decoración. Esta línea promueve la creación de espacios donde la eficacia técnica vaya unida a la calidad de atención y a la comodidad de todos los usuarios, teniendo en cuenta que un diseño adecuado puede ayudar a reducir los errores de los profesionales, mejorar los resultados de los pacientes, como la reducción de estancia media, y jugar un posible papel en el control de costes.

Estas modificaciones pueden influir positivamente en los sentimientos y en las emociones, favoreciendo espacios humanos adaptados a la funcionalidad de las unidades. Espacios acordes a los procesos que ocurren en ellos, con la máxima funcionalidad posible, teniendo en cuenta las necesidades de todos los usuarios implicados. Este concepto es aplicable también a las salas de espera que deben rediseñarse de manera que se conviertan en "salas de estar" y ofrezcan un mayor confort y funcionalidad a las familias.

3.1.7 Cuidados al profesional

Los profesionales sanitarios desarrollan su trabajo la mayoría de las veces desde una perspectiva profundamente vocacional. La entrega diaria hacia la unidad y la ayuda al paciente crítico exige un gran compromiso e implicación, que proporciona una enorme satisfacción profesional cuando las expectativas se cumplen, el trabajo se desarrolla con calidad, los pacientes mejoran, se evita el sufrimiento, se goza del reconocimiento merecido, etc. Sin embargo, cuando las cosas no van bien, el desgaste emocional es considerable. Cuando este desgaste confluye con una ausencia de cuidado de la propia salud y bienestar aparece el llamado el síndrome de desgaste profesional o más conocido como *Burnout Syndrome* (BOS), que es un tema que está tomando especial relevancia en los últimos años. Las tasas de *burnout*, depresión, ansiedad, trastornos del sueño, fatiga, incluido el riesgo de suicidio, aparecen tras un estrés continuo entre los profesionales sanitarios, quienes experimentan un agotamiento, con un mayor riesgo en la toma decisiones; un

aumento de errores y un deterioro de las relaciones interprofesionales³⁰⁻³³. Existe un consenso en considerarlo como una respuesta al estrés laboral crónico con connotaciones negativas debido a que implica consecuencias nocivas para el individuo y para la organización. Entre los factores contribuyentes destacan las características personales individuales, los factores ambientales y los organizacionales. Estos, de forma directa o a través de síndromes intermedios, como el "distrés moral", la percepción de ofrecer cuidados inapropiados o la "fatiga por compasión" pueden derivar en un síndrome de desgaste profesional.

Las fuentes de estrés en la práctica médica pueden ir desde las emociones que surgen en el contexto de la atención al paciente (por ejemplo, el afrontamiento a la muerte), en el exceso de trabajo con amplios horarios y guardia continuas, o el insuficiente tiempo asignado por las instituciones sanitarias hacia los pacientes, que no permiten una correcta integración y seguimiento de su salud.³⁴

El "llamado urgente" que han realizado diferentes colectivos médicos, entre ellos las asociaciones de cuidados intensivos³⁵⁻³⁷, tienen como objetivo mejorar el interés de la comunidad científica en reducir la prevalencia del BOS. Además, la organización mundial de la salud (OMS) ha incluido al *burnout* en la lista de enfermedades mentales desde mayo del 2019, y que entrará en vigor en el año 2022.³⁸

Si bien es cierto, hay continuas investigaciones en intentar prevenir o disminuir los síntomas del burnout³⁹⁻⁴¹, con el objetivo de mejorar la situación que rodea al profesional. Pero la evidencia científica concluye que los profesionales no están protegidos frente a este síndrome, tan evidente en la práctica clínica pero tan silencioso, demostrándose que los porcentajes de profesionales que se ven afectados por dicho síndrome sigue en aumento.

El "síndrome de burnout" o "síndrome del desgaste profesional" es un trastorno de origen psicosocial caracterizado por tres dimensiones básicas: agotamiento emocional, despersonalización y sentimientos de baja autoestima profesional. Este síndrome impacta a nivel personal y profesional, pudiendo derivar a un síndrome de estrés postraumático y a otros trastornos psicológicos graves, e incluso al suicidio. Además, influye en la calidad de los cuidados, los resultados sobre el paciente, y su satisfacción, y se relaciona con el recambio de profesionales en las organizaciones.

Hoy admitimos que la sociedad y las organizaciones tienen el deber moral, el imperativo ético y la obligación legal de "cuidar a sus cuidadores". Para cumplir con esta obligación, se deben marcar una serie de objetivos básicos y prioritarios que nos orienten hacia la ejecución de acciones preventivas y terapéuticas. El aprendizaje y uso de la resiliencia se está desarrollando

como alternativa en hacer frente a este problema actual pero aún queda mucho camino por recorrer en futuras investigaciones.^{41,42}

Bibliografía

1. Garnacho Montero J, Lerma FÁ, Galleymore PR, et al. Combatting resistance in intensive care: The multimodal approach of the Spanish ICU "Zero Resistance" program. *Crit Care*. 2015. doi:10.1186/s13054-015-0800-5
2. Alonso-Ovies Á, Heras la Calle G. ICU: a branch of hell? *Intensive Care Med*. 2016. doi:10.1007/s00134-015-4023-7
3. Intensivos C. *Grupo de Trabajo de Certificación de Proyecto HU-CI. Manual de Buenas Prácticas de Humanización En Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI; 2017* [Acceso 5 de noviembre de 2017]. Disponible en: <Http://Humanizandoloscuidadosintensivos.Com/Es>. <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/wp-content/uploads/2017/11/Manual-Buenas-Practicas-HUCI.pdf>.
4. Berti D, Ferdinande P, Moons P. Beliefs and attitudes of intensive care nurses toward visits and open visiting policy. *Intensive Care Med*. 2007;33(6):1060-1065. doi:10.1007/s00134-007-0599-x
5. Baharoon S, Al Yafi W, Al Qurashi A, et al. Family satisfaction in critical care units: Does an open visiting hours policy have an impact? *J Patient Saf*. 2017;13(3):169-174. doi:10.1097/PTS.0000000000000140
6. Liu V, Read JL, Scruth E, Cheng E. Visitation policies and practices in US ICUs. *Crit Care*. 2013;17(2). doi:10.1186/cc12677
7. Wilson ME, Beesley S, Grow A, et al. Humanizing the intensive care unit. *Crit Care*. 2019. doi:10.1186/s13054-019-2327-7
8. Petrinec AB, Martin BR. Post-intensive care syndrome symptoms and health-related quality of life in family decision-makers of critically ill patients. *Palliative and Supportive Care*. 2017:1-6.
9. Dziadzko V, Dziadzko MA, Johnson MM, Gajic O, Karnatovskaia L V. Acute psychological trauma in the critically ill: Patient and family perspectives. *Gen Hosp Psychiatry*. 2017;47:68-74. doi:10.1016/j.genhosppsych.2017.04.009

10. Jezierska N, Borkowski B, Gaszynski W. Psychological reactions in family members of patients hospitalised in intensive care units. *Anaesthesiol Intensive Ther.* 2014;46(1):42-45. doi:10.5603/ait.2014.0009
11. Olesen TSW, Kruse M, Pawlowicz-Dworzanska M, Klostergaard K, Leutscher PDC. [Post intensive care syndrome]. *Ugeskr Laeger.* 2017;179(45):2-6.
12. María Casado (Coord.). No Title. "Sobre la Dignidad y los principios. Análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO", Ed Civitas, 2009, 600 pp, ISBN 978-84-4703-261-7.
13. Cabré Pericas LL, Abizanda Campos R, Baigorri González F, et al. Código ético de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). *Med Intensiva.* 2006. doi:10.1016/S0210-5691(06)74471-0
14. Torralba i Roselló F, MAPFRE Medicina F. Ética del cuidar : fundamentos, contextos y problemas. January 2002.
15. Lévinas, Emmanuel. Descubriendo la existencia con Husserl y Heidegger. *Pensamiento Rev Investig e Inf Filosófica.* 2016.
16. Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med.* 2007;35(2):605-622. doi:10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB
17. Tovar S, Westemeyer W, Foltz L, et al. Open the doors! Visiting hours revisited. *Crit Care Nurse.* 2006;26(2):S24-S24.
18. Ayllón Garrido N, Montero Rus P, Acebes Fernández MI, Sánchez Zugazua J. Open door intensive care unit: View of the professionals. *Enfermería Intensiva.* 2014;25(2):72-77. doi:10.1016/j.enfi.2013.11.007
19. Spreen AE, Schuurmans MJ. Visiting policies in the adult intensive care units: A complete survey of Dutch ICUs. *Intensive Crit Care Nurs.* 2011;27(1):27-30. doi:10.1016/j.iccn.2010.10.002
20. Giannini A, Miccinesi G, Prandi E, Buzzoni C, Borreani C. Partial liberalization of visiting policies and ICU staff: A before-and-after study. *Intensive Care Med.* 2013;39(12):2180-2187. doi:10.1007/s00134-013-3087-5

21. Black P, Boore JRP, Parahoo K. The effect of nurse-facilitated family participation in the psychological care of the critically ill patient. *J Adv Nurs*. 2011;67(5):1091-1101. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05558.x
22. Quinn S, Redmond K, Begley C. The needs of relatives visiting adult critical care units as perceived by relatives and nurses. Part 2. *Intensive Crit Care Nurs*. 1996;12(4):239-245. doi:10.1016/S0964-3397(96)80148-0
23. Hupcey JE. Looking out for the patient and ourselves - The process of family integration into the ICU. *J Clin Nurs*. 1999;8(3):253-262. doi:10.1046/j.1365-2702.1999.00244.x
24. Ely EW. The ABCDEF bundle: Science and philosophy of how ICU liberation serves patients and families. *Crit Care Med*. 2017;45(2):321-330. doi:10.1097/CCM.0000000000002175
25. Rotondi AJ, Chelluri L, Sirio C, et al. Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. *Crit Care Med*. 2002;30(4):746-752. doi:10.1097/00003246-200204000-00004
26. Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, et al. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Crit Care Med*. 2018. doi:10.1097/CCM.0000000000003299
27. Downar J, Delaney JW, Hawryluck L, Kenny L. Guidelines for the withdrawal of life-sustaining measures. *Intensive Care Med*. 2016. doi:10.1007/s00134-016-4330-7
28. Ulrich RS. View through a window may influence recovery from surgery. *Science (80-)*. 1984. doi:10.1126/science.6143402
29. Thompson DR, Hamilton DK, Cadenhead CD, et al. Guidelines for intensive care unit design. *Crit Care Med*. 2012. doi:10.1097/CCM.0b013e3182413bb2
30. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann Intern Med*. 2008.
31. Chen KY, Yang CM, Lien CH, et al. Burnout, job satisfaction, and medical malpractice among physicians. *Int J Med Sci*. 2013. doi:10.7150/ijms.6743
32. Elshaer NSM, Moustafa MSA, Aiad MW, Ramadan MIE. Job Stress and Burnout Syndrome among Critical Care Healthcare Workers. *Alexandria J Med*. 2018. doi:10.1016/j.ajme.2017.06.004
33. Regan A, Howard RA, Oyebode JR. Emotional exhaustion and defense mechanisms in intensive therapy unit nurses. *J Nerv Ment Dis*. 2009. doi:10.1097/NMD.0b013e3181a20807

34. Seguí Diaz M, Linares Pou L, Blanco López W, Ramos Aleixades J, Torrent Quetglas M. Tiempos durante la visita médica en atención primaria. *Aten Primaria*. 2004. doi:10.1157/13061607
35. Jha, A; Iliff A. A CRISIS IN HEALTH CARE : A CALL TO ACTION ON physician burnout. *Massachusetts Med Soc*. 2019.
36. Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. An Official Critical Care Societies Collaborative Statement—Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals: A Call for Action. *Chest*. 2016. doi:10.1016/j.chest.2016.02.649
37. Lumb PD. Burnout in critical care healthcare professionals: Responding to the call for action. *Crit Care Med*. 2016. doi:10.1097/CCM.0000000000001944
38. World Health Organization. Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases. MAY 2019. https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out.
39. El Khamali R, Mouaci A, Valera S, et al. Effects of a multimodal program including simulation on job strain among nurses working in intensive care units a randomized clinical trial. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2018. doi:10.1001/jama.2018.14284
40. Onge SC. Creating a Healthy Work Environment with Collaborative Team Meetings Triad of Communication-Patient, Physician, Nurse—Improving the Physician Nurse-Physician Collaboration. *CRITICALCARENURSE*. 2006;26(2). <http://ccn.aacnjournals.org>.
41. Dzau VJ, Kirch DG, Nasca TJ. To Care Is Human — Collectively Confronting the Clinician-Burnout Crisis. *N Engl J Med*. 2018. doi:10.1056/nejmp1715127
42. Mealer M, Jones J, Newman J, McFann KK, Rothbaum B, Moss M. The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: Results of a national survey. *Int J Nurs Stud*. 2012. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.09.015

Fecha de recepción: 26 de agosto de 2019

Fecha de aceptación: 25 de septiembre de 2019