

ADECUACIÓN DEL ENTORNO EN LA FASE FINAL DE LA VIDA

AUTORÍA

Maestre Garrido, Juan José*.
Caro Marín, María de la O*.
López Casanova, Francisco de Borja**.
Calleja Merino, David*.
Martín Romero, M^a del Valle*.

* D.U.E. S.C.C.U. Hospital San Juan de Dios Aljarafe.

**D.U.E. (Master Enfermería U.E.C.A.H).Coordinación de Enfermería S.C.C.U. Hospital San Juan de Dios Aljarafe.

Dirección para correspondencia:

enfermeriadeurgencias@enfermeriadeurgencias.com

RESUMEN

Es paradójico que nosotros como profesionales de Enfermería de Urgencias destinados a Salvar Vidas, dediquemos nuestros esfuerzos en adentrarnos en el concepto de la muerte; pero resulta lógico enfrentarnos a un problema que señalamos como un verdadero dilema y que cada vez es más común en los Servicios de Urgencias.

Para llevar a cabo una estrategia de cuidados individualizados, favorecer el confort y la intimidad de nuestro paciente en Fase Final de la Vida, se hace necesaria la Adecuación del Entorno en nuestro Servicio de Cuidados Críticos de Urgencias.

Después de llevar a cabo nuestro Plan Asistencial de Enfermería en Fase Final de la Vida, teniendo en cuenta la individualización de nuestro paciente y poniendo en marcha el Protocolo de Espera Acompañada, como mecanismo de adecuación, se realizó una valoración satisfactoria de la calidad Asistencial mediante el análisis de historias clínicas.

PALABRAS CLAVE:

Fase Final de la Vida, Adecuación, Individualización, Espera Acompañada.

TITLE

FITNESS OF THE PATIENT ENVIRONMENT AT THE END OF LIFE PHASE.

ABSTRACT

It is ironic that we as professionals of Emergency Nursing for Saving Lives, dedicate our efforts to get into the concept of death, but it makes sense to deal with a problem that we noted as a true dilemma and that is becoming more common in the Services Emergency.

To carry out a strategy of individualized care, promoting comfort and privacy of our patient in Final Phase of Life, it becomes necessary fitness of the patient environment in our Emergency Critical Care.

After conducting our Nursing Care Plan Final Phase of Life, taking into account the identification of our patient and implementing the Protocol Accompanied Waiting as a mechanism of adaptation, there was a satisfactory evaluation of the quality of care by analysis of medical records.

KEY WORDS:

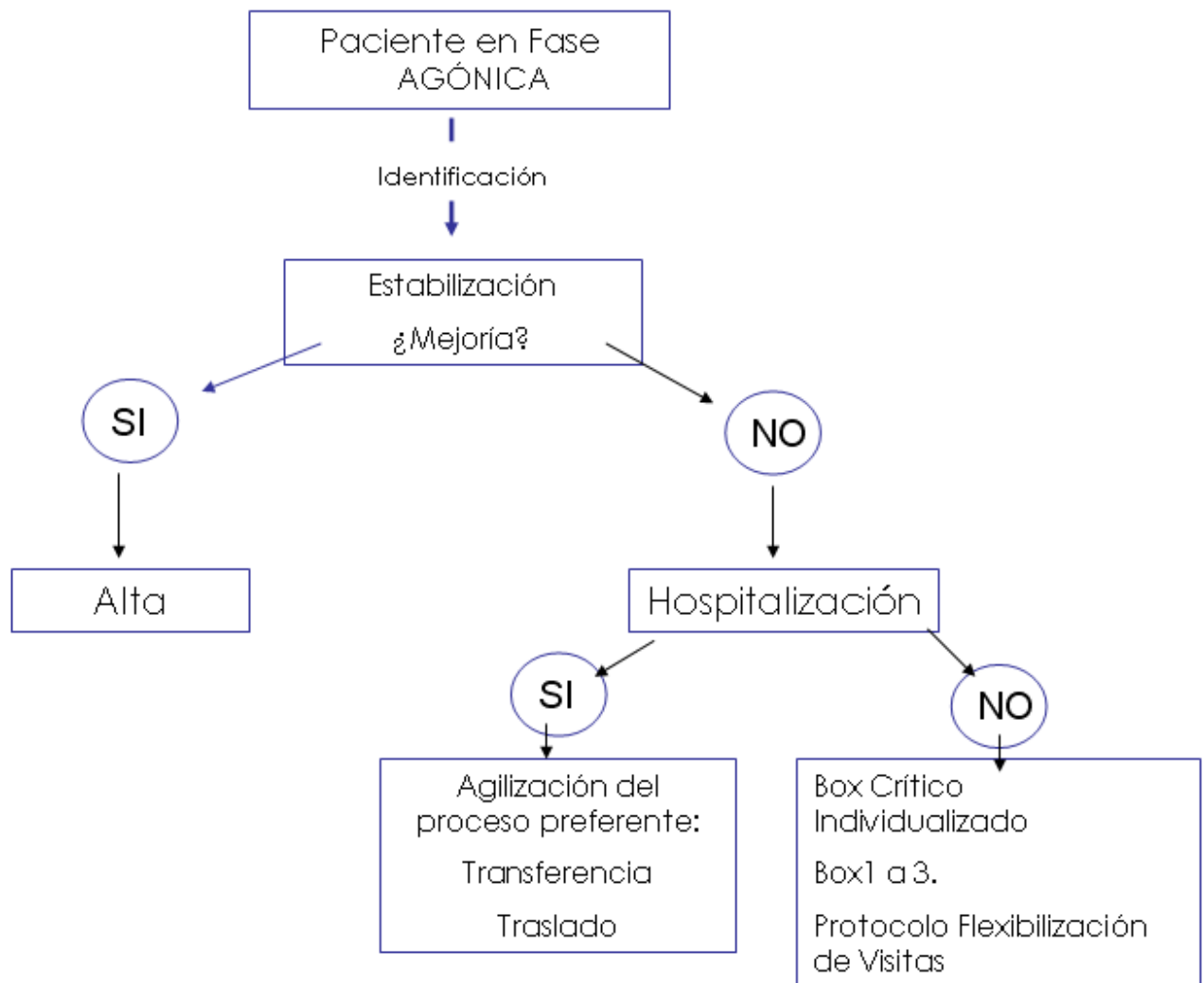
Final Phase of Life, fitness of the patient environment, individualization, Accompanied Waiting.

INTRODUCCIÓN

Un Servicio de Cuidados Críticos de Urgencias es un entorno impersonal y tecnológicamente invasivo. La normativa de la Unidad y la estructura arquitectónica favorecen la pérdida de la intimidad, hecho que resulta inherente a toda hospitalización.

En el Servicio de Cuidados Críticos de Urgencias de nuestro Centro Hospitalario iniciamos el planteamiento, difusión y ejecución de un Plan de Actuación para pacientes en Fase Final de la Vida; justificado por la necesidad existente de proporcionar cuidados destinados a individuos en Estado Terminal o Agónico, para que alcancen su Fase Final en las mejores condiciones, tanto físicas, como psíquicas y espirituales. Por otra parte, apoyar a la familia/seres queridos para que ayude al paciente a conseguir estas condiciones, antes mencionadas, y sea capaz ella misma de superar de forma positiva la situación.

Para el correcto cumplimiento del Plan de Actuación se hace imprescindible Adecuar el Entorno del conjunto llevando a cabo el Algoritmo de Ubicación en nuestro Servicio de Urgencias. Una vez identificado el tipo de paciente ante el que nos encontramos, determinaremos la derivación en caso de los pacientes en Estado Terminal a Planta de Medicina Interna. Si por el contrario, nuestro paciente se encuentra en Situación Agónico seguiremos el siguiente Algoritmo de Actuación:



JUSTIFICACIÓN

1. Objetivo General:

Valorar la Calidad Asistencial derivada de la Adecuación del Entorno integrado en el Plan de Actuación Fase Final de la Vida de nuestro Servicio de Cuidados Críticos de Urgencias del Hospital San Juan de Dios Aljarafe.

1. Objetivos Específico:

- Valorar la situación actual de nuestro Servicio de Cuidados Críticos.
- Identificar el volumen de pacientes Exitus en Fase Final de la Vida registrados en nuestro Servicio de Cuidados Críticos.
- Valorar la relación cronológica con la adhesión al algoritmo de Ubicación.
- Identificar la volumen de pacientes Exitus en FFV Hospitalizados como proceso preferente.
- Identificar el volumen de pacientes Exitus en FFV en los que se lleva a cabo la Individualización como método para Adecuar el Entorno.
- Identificar el volumen de pacientes Exitus en FFV en los que se pone en marcha el Protocolo de Espera Acompañada como método para Adecuar el Entorno.

3. Hipótesis:

Nuestra Unidad no es el lugar más adecuado para el tratamiento de pacientes en su momento final, después de haber hecho reflexionar al Profesional de Enfermería al respecto tras la implantación del Plan de Actuación en Fase Final de la Vida; consideramos una evolución en la Calidad Asistencial proporcionada a través de la Adecuación del Entorno.

METODOLOGÍA

1. Muestra y criterios de Inclusión:

La muestra de estudio consta de 96 pacientes en Estado Terminal/Agónico que fueron Exitus en nuestro Servicio de Cuidados Críticos de Urgencias desde el 1 de Enero de 2010 hasta el 30 de Noviembre de 2011, con las siguientes características:

- Pacientes oncológicos, con patologías no neoplásicas crónicas, progresivas e infecciosas y Pacientes con patologías neurológicas degenerativas.
- Paciente con una situación gradual de muerte.
- Deterioro físico intenso con debilidad extrema y postración.
- Trastornos cognitivos intensos y de la consciencia.

- Pronóstico de vida inferior a 6 meses en el caso de paciente Terminales y de horas o días, en el caso de paciente en estado Agónico.

2. Instrumento:

Nuestro instrumento de trabajo para la recogida de información se denominará: Garantía de Cumplimiento del Plan Asistencial Fase Final de la Vida. La Herramienta utilizada es de elaboración propia y cubre las necesidades específicas para la valoración y análisis de las Historias Clínicas de los pacientes susceptibles de obtener beneficios propios del Plan Asistencial de Pacientes en Fase Final.

3. Procedimiento:

Nuestra metodología se basa en el estudio de seguimiento de casos que fueron observados de manera retrospectiva a partir del momento de su muerte. Fueron revisadas todas las Historias Clínicas de los Exitus acontecidos en el Servicio de Urgencias, específicamente en el Área de Observación y Sala de Tratamientos Cortos.

1. Variables:

- Variables Descriptivas: Número de historia clínica, edad, sexo y mes de ingreso.
- Variables Relacionadas con el Ingreso: Identificación de la Situación del paciente, hora de ingreso y hora de Exitus.
- Variables relacionadas con la Calidad Asistencial: Proceso preferente de Hospitalización, Individualización del paciente en Box de Críticos, Protocolo de Espera acompañada (identificaremos si se ha puesto en marcha la flexibilidad de las visitas al paciente en situación de Fase Final).

5. Limitaciones:

El hecho de recoger información de la Historia Clínica del paciente tiene la limitación de que, probablemente, no queden perfectamente documentadas todas las actividades relacionadas con el paciente en nuestro Servicio de Urgencias. Dicha limitación viene derivada del tiempo y la carga asistencial presente en nuestra Unidad.

RESULTADOS

1. Características del paciente a estudio:

Se ha registrado un 61,70% de pacientes identificados como Agónicos donde la Adecuación del Entorno se tuvo que habilitar dentro de nuestro Área, probablemente por la inminencia de la situación. Es un dato positivo teniendo en cuenta que en la mayoría de los pacientes no se pudo establecer un traslado a Hospitalización para proporcionarle una habitación individual, donde se pueda favorecer la tramitación del duelo y se establezca un Plan de Cuidados Completo dirigido al paciente y sus familiares.

Existen datos relevantes que nos pueden hacer reflexionar en relación con áreas de mejoras en lo que respecta a la derivación de pacientes, así el 37,23% del total de los pacientes que ingresaron en nuestro Servicio que fueron Exitus, se identificaron en Estado Terminal.

2. Relación Hora de Ingreso / Hora de Exitus:

La cronología juega un papel fundamental entre las condiciones de pacientes Exitus en Área de Observación. Así, el 37,5% de los pacientes ingresados fueron registrados Exitus dentro de las cuatro primeras horas y el 29,16 de Exitus registrados se produjeron entre las 4 y las 12 primeras horas. La carga asistencial hospitalaria global, en muchas ocasiones hace imposible la disponibilidad de una habitación individual en planta de Medicina Interna de forma inmediata cuando el desenlace final es inminente. Así pues, se optará por individualizar en un Box disponible de nuestro Área de Cuidados Críticos y realizar los cuidados referentes a nuestro Plan Asistencial en la medida de lo posible.

3. Hospitalización del paciente:

Como acción preferente se llevará a cabo la Hospitalización del paciente subsidiario, tras realizar una transferencia al Equipo de Medicina Interna.

Las posibilidades del Servicio cumplen un papel fundamental en la variable Hospitalización, así la opción de Hospitalización por debajo de las 4 horas, donde se producen más desenlaces, es casi nula. Hemos relacionado las variables de tiempo por encima de las 12 horas del Exitus, donde se prevea un desenlace a largo plazo, con el planteamiento de Hospitalización del paciente y su familia recogido en Historia Clínica.

Podemos decir que hay un aumento más que significativo en el planteamiento de Hospitalización en la comparativa anual, consiguiendo cifras del 41,17% en el año 2011. Cabe la posibilidad que el Equipo Multidisciplinar este tomando cada vez más consciencia de la Ubicación preferente del paciente detectado en Fase Final.

4. Individualización del paciente:

Ante la imposibilidad de Hospitalización en Planta de Medicina Interna, la siguiente opción preferente en el Algoritmo de Actuación sería el ingreso en Box de Críticos individualizados de nuestro Área de Observación para llevar a cabo el protocolo de Espera Acompañada y proporcionar al paciente en Fase Final y a su familia la intimidad adecuada para el afrontamiento de Duelo y establecer un Plan de Cuidados individualizado.

Existe un incremento relevante en la comparativa anual, un 27,78% más que el año pasado, evolucionando y apostando por la individualización como método fundamental para abarcar la Terminalidad y la Agonía del paciente y, por otra parte, ayudar a la familia al afrontamiento de la situación para que participe de forma activa y que el paciente alcance su Fase Final en las mejores condiciones.

5. Aplicación del Protocolo de Espera Acompañada:

Una vez individualizado en un Box de Críticos de nuestra Unidad para satisfacer el confort del paciente, proporcionar intimidad y cuidados propios de nuestro Plan Asistencial; lo ideal sería que se llevará a cabo el Protocolo de Espera Acompañada, siempre y cuando el Servicio lo permita. Este protocolo consiste en el acompañamiento familiar hasta que el paciente pueda ser hospitalizado en planta de Medicina Interna o hasta que se produzca el desenlace final, favoreciendo en la medida de lo posible el afrontamiento del duelo relacionado con la pérdida de un ser querido.

Como hemos comentado en apartados anteriores, el tiempo influye en los resultados de Adecuación. Inicialmente dentro de las 4 primeras horas, las condiciones del Servicio posiblemente no permiten la flexibilización de las visitas y, por otra parte, la localización de la familia en ocasiones retrasa el proceso, por ejemplo en pacientes institucionalizados. Se obtienen resultados más significativos a partir de las 12 primeras horas, donde el Plan de Cuidados se asentará definitivamente en nuestra Unidad.

Así pues, los resultados obtenidos son favorables, obteniendo un 47,05% de los pacientes Exitus en la Unidad a los que se le Flexibilizo las visitas y tuvieron un desenlace junto con su familia y seres queridos en 2011; un 39,91% más en la comparativa anual.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Estudios referidos al manejo del paciente Terminal/Agónico que va a fallecer en urgencias avalan la utilización de "herramientas suficientes para afrontar, según la organización y las posibilidades de cada hospital, la llegada de los pacientes en situación de últimos días. Es primordial proporcionar un entorno profesional, técnico y humano basado en conceptos, actitudes y habilidades que permitan afrontar la demanda de confort y los requerimientos emocionales y psicosociales que generan estas situaciones"

Teniendo en cuenta que nos situamos en un medio hostil para favorecer la intimidad, el confort del paciente y el planteamiento de estrategias encaminadas a favorecer las condiciones referidas; creemos conveniente la Adecuación del Entorno del paciente con la individualización en la medida de lo posible y el acompañamiento familiar.

Destacaremos el cumplimiento de la hipótesis inicial tras la aplicación de los objetivos marcados. Después de la implantación y difusión del Plan Asistencial Fase Final de la Vida y hacer verdadero hincapié en la importancia de una identificación correcta del paciente y una ubicación adecuada; el profesional de Enfermería, como parte fundamental del Equipo Interdisciplinario, toma consciencia de la importancia de la Individualización como método para alcanzar en las mejores condiciones del paciente en Fase Final y sus familiares/seres queridos.

La Adecuación del Entorno relacionada con la Calidad Asistencial a pacientes en Fase Final de la Vida, viene determinada por la hospitalización como proceso totalmente preferente para establecer una estrategia de cuidados, si no es posible se determinará la individualización y posterior flexibilización de visitas.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta Glez. M. Reflexión de una Enfermera sobre "El paciente con enfermedad terminal". Revista Cubana de Enfermería. 2011; Vol.27 (nº3). ISSN 0864-0319.
- S.M. Amorós Cerdá, J. Arévalo Rubert, M. Maqueda Palau, E. Pérez, J. Percepción de la intimidad en pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*. 2009; Vol. nº19: 193-203.
- J.L. Monzón Marín; I. Saralegui Reta; R. Abizanda i Campos; L. Cabré Pericas; S. Iribarren Diarasarri; M.C. Martín Delgado; K. Martínez Urionabarrenetxea y Grupo de Bioética de la SEMICYUC. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Med Intensiva*. 2008; Vol. 32 (n.3): ISSN 0210-5691.
- P.Loncán, A. Gisbert, C. Fernandez, R. Valentín, A. Teixido, R. Vidaurreta, I. Saralegut. Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vida del siglo XXI. *An.Sist.Sanit.Navar*. 2007; 30 (Supl. 3): 113-128.
- Benayas M, Ayerra I, Montoya J, Beranguel A, Cervantes R, Martínez JM. Urgencias hospitalarias: las cifras de abuso. *Emergencias*. 1995;7:133-140.
- Tudela, P. Módol, JM. Urgencias hospitalarias. *Med Clin (Barc)* 2003;120(18):711-716.
- Iglesias, ML, Lafuente, A. Asistencia a paciente agónico que va a fallecer en urgencias. *Anales Sis San Navarra*. 2010; Vol. 33 Supl.1.
- Sánchez M, Salgado E, Miró O. Mecanismos organizativos de adaptación y supervivencia de los servicios de urgencias. *Emergencias*. 2008; 20: 48-53.
- García García J, Díaz González E, Luaces Cubells C, Pou Fernández J. Aplicación de criterios de atención preferente (triage) en un servicio de urgencias. *Anales Españoles de Pediatría* 2001;54(3):233-237.
- Gómez Sancho M, Altisent R, Bátis J, Ciprés L, Corral P, González Fernández J, et al. Atención médica al final de la vida. *Conceptos*. Revista de la Sociedad Española del Dolor 2010;17(3):177-179.
- Martín Arribas M, Arias Díaz J. Biobancos y utilización de muestras de origen humano en investigación quirúrgica. *Marco normativo actual*. *Cirugía Española* 2011;89(4):207-212.
- Reche Molina A, Gómez Jiménez F, Parejo Sánchez M, Miras Parra F, Espinar Larios M, Macías Rodríguez M, et al. Pacientes en fase terminal, ¿qué piensa la familia? *Investigación Clínica* 2006;9(4):312-314.
- Torrubia Atienza M, Ruiz Bueno M. Atención en la agonía. *Atención Primaria* 2006;38:72-78.