

# Sobre las necesidades reales de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional

R. ABIZANDA

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General de Castellón. España.

No hace falta recurrir a una cita de Donabedian para dejar por sentado que la calidad asistencial se basa en el análisis de tres componentes del complejo organizativo asistencial: la estructura, el proceso asistencial en sí mismo y la satisfacción del paciente, o de aquellos que actúan en su nombre, sobre dicho procesos asistencial.

En este número de *Medicina Intensiva* se publica el trabajo de Santana et al<sup>1</sup> sobre el análisis de la satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) sobre la calidad de la asistencia recibida. El trabajo, aun recogiendo un aspecto tan importante como el mencionado, plantea dos tipos de cuestiones; la primera es identificar las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en UCI que debemos intentar satisfacer, y la segunda es establecer hacia cuál de los tres componentes básicos de la calidad están dedicados los esfuerzos de los autores.

Analizando el contenido del artículo es posible comprobar que los aspectos analizados hacen referencia a cuestiones tales como el aspecto y aseo: limpieza de las instalaciones, de las camas, del propio paciente y de los medios ofrecidos para su atención.

Quizás vale la pena centrarse de momento en estos últimos. La comparación entre la opinión de los familiares y los profesionales, en este campo, no es comparable ni mucho menos, aun cuando se analice exclusivamente el subgrupo de respuestas procedentes de los familiares de más elevado nivel cultural. Sólo un profesional equiparable en conocimientos a los de aquellos que trabajan en UCI (médicos y enfermeras) estaría en condiciones teóricas de emitir una respuesta válida.

Los demás aspectos mencionados están más en relación con cuestiones pertenecientes al campo de la estructura que al del proceso asistencial en sí mis-

mo. Por lo tanto, de su consideración no puede deducirse una satisfacción sobre el «nivel de asistencia», o mejor sobre el proceso de asistencia.

En la bibliografía se recogen opiniones de autores que, preocupados por estos aspectos, han intentado establecer las causas de satisfacción - insatisfacción de los familiares de los pacientes de UCI<sup>2,3</sup>. Algunas de estas referencias son mencionadas por los autores en su trabajo. Sin embargo, dichas referencias y otras similares inciden más en los aspectos relacionados con la información (su estructura, contenidos, comprensión y aceptación)<sup>4,5</sup> y las reacciones emocionales de los familiares y su satisfacción, que en los físicos formales de la apariencia de las UCI.

Estos aspectos no han sido abordados por los autores del trabajo, perdiendo, a mi juicio, una excelente oportunidad para estudiar el impacto real de lo que representa en el ingreso en un medio como la UCI de un familiar o allegado. Las obligaciones profesionales de los médicos incluyen no sólo la asistencia, investigación y docencia, sino también el subvenir a las necesidades de los implicados (pacientes y familiares - allegados) como única forma de alcanzar los objetivos de beneficencia a que se refiere la bioética médica convencional<sup>6</sup>, es decir, la percepción del receptor de la acción de sentirse beneficiado por ella.

Estas necesidades han sido recogidas igualmente por la literatura<sup>7</sup>, y podrían quedar resumidas en los siguientes aspectos, por orden de prioridad<sup>8</sup>:

1. Información y participación en la toma de decisiones.
2. Proximidad y régimen de contactos.
3. Soporte emocional y psicológico frente al estresante emocional de la situación crítica.

Es hora ya de que nuestros colegas en la asistencia al paciente en grave riesgo asuman que su responsa-

bilidad asistencial va más allá de la mera adecuación científica - técnica de la asistencia proporcionada. Este es un campo que solamente puede ser examinado por el análisis de los resultados (efectividad, eficiencia y adecuación pronóstica) y la crítica *inter pares*, pero que desde luego no sale al paso de esas necesidades percibidas por los pacientes y sus familias que, incapaces de juzgar la calidad profesional de la asistencia recibida, sólo pueden analizar su percepción del bien proporcionado, aunque éste no sea siempre sinónimo de resultado médicamente favorable (sanar, aliviar, consolar, etc.). Éste es un campo que en nuestro país ha sido muy poco tratado por médicos, y mucho más por enfermeras, pero ante el que los profesionales responsables últimos de la atención no pueden quedar indiferentes.

El contraste entre los cambios de políticas de visita, análisis retroalimentado de la información proporcionada y la participación en la toma de decisiones terapéuticas, sobre todo las que hacen referencia a los distintos niveles de asistencia ofertados, incluyendo su limitación, es el campo de estudio que debe enfrentarse de forma decidida porque reforzará, sin duda, el valor de nuestro modelo asistencial (el llamado modelo español de Medicina Intensiva). Si a ello añadimos la posibilidad de ofertar un soporte emocional adecuado y suficiente, es evidente que habremos, por fin, enfrentado las necesidades de los pacientes y sus familiares.

Es una obligación de todos, a nivel individual como profesionales y a nivel colectivo como corporación científica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Santana Cabrera L, Sánchez Palacios M, Hernández Medina E, García Martul M, Eugenio Robaina P, Villanueva Ortiz A. Necesidades de los familiares de pacientes de cuidados intensivos: percepción de los familiares y del profesional. *Med Intensiva*. 2007;31:273-80.
2. Azoulay E, Chevret S, Leleu G, Pochard F, Barbotteau M, Adrie C, et al. Half the families of intensive care patients experience inadequate communication with physicians. *Crit Care Med*. 2000;28:3044-9.
3. Azoulay E, Sprung CL. Family - physician interactions in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2004;32:2323-8.
4. Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Lemaire F, Hubert P, Canoui P, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision - making capacity. *Crit Care Med*, 2001;29:1893-7.
5. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Jourdain M, Bornstain C, Wernet A, et al. Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care patients. A multicenter, prospective, randomized, controlled trial. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002;165:438-42.
6. Beauchamp TL, McCullough LB. Ética médica. Las responsabilidades morales de los médicos. Barcelona: Labor; 1987.
7. Heyland DK, Rocker GM, Dodek PM, Kutsogiannis DJ, Konopad E, Cook DJ, et al. Family satisfaction with care in the intensive care unit. Results of a multiple center study. *Crit Care Med*. 2002;30:1413-28.
8. Álvarez GF, Kirby AS. The perspective of families of the critically ill patients: their needs. *Curr Opin Crit Care*. 2006;12: 614-8.