



EDITORIAL

HUCI se escribe con H de HUMANO

HUCI is written with H as in HUMAN

G. Heras La Calle^{a,c,*} y C. Zaforteza Lallemand^{b,c}



^a Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz, España

^b Departament d'Infermeria i Fisioteràpia, Universitat de les Illes Balears, Palma, España

^c Miembros del Grupo de Investigación HI-CI por la Humanización de los Cuidados Intensivos

En los últimos 20 años, el desarrollo tecnológico en las unidades de cuidados intensivos (UCI) ha servido para mejorar la supervivencia, de tal manera que las cifras de mortalidad de los pacientes que atendemos se ha reducido a menos del 10%¹. Pero, por otro lado, cada vez somos más conscientes del hecho de que esta tecnificación ha relegado a un segundo plano a la persona. No solo pacientes y familiares, también a los profesionales. La palabra «humano» se ha ido haciendo atronadoramente muda, como la H.

El hecho de relegar lo genuinamente humano a un segundo plano no es un asunto de poco impacto. Al contrario, sus consecuencias son de radical importancia. Hablemos en términos de resultados en salud. Al retirar la «H» de (h)umano, pongamos por ejemplo, de la atención a pacientes y familiares, convertimos nuestras UCI en búnkeres. Privamos a la persona en situación crítica y a sus familiares de permanecer en contacto mutuo. Algunos autores apuntan a que es esta falta de contacto lo que provoca estrés al usuario², precisamente este contacto es lo que ayuda a los pacientes críticos a gestionar el estrés³; y que es un perfil de hormonas de estrés más favorable lo que permite que un paciente coronario crítico, con régimen de visitas abierto, experimente menor incidencia de edema agudo de pulmón y shock cardiogénico⁴.

Hablemos en términos de calidad en la provisión de servicios de salud. Aquí la situación actual de crisis no nos ayuda en absoluto. Relegar la «H» de (h)umano de la gestión

de recursos humanos se materializa en ratios desorbitadas, turnos imposibles, entornos de trabajo poco ergonómicos, condiciones laborales precarias o sueldos no dignos. Esto merma la capacidad de los profesionales, entre otras cosas, para el trabajo en equipo o la toma de decisiones compartida; favorece el burnout y el cambio de puesto de trabajo. Se sabe que estas dinámicas afectan a la seguridad del usuario⁵⁻⁷. Realmente, ¿podemos permitirnos trabajar con equipos de salud mermados? ¿Se lo puede permitir el usuario? Esta situación, ¿resiste un análisis desde el punto de vista de la bioética?

Sin embargo, algo está cambiando en las UCI. Es visible que existe una masa crítica que desea un cambio en esta situación humanamente enmudecida. Basta de quejas, pasemos a la acción.

En esta línea se encuentra el proyecto de investigación HU-CI (Humanizando los Cuidados Intensivos) que surge en la UCI del Hospital Universitario de Torrejón, en Madrid en febrero de 2014. El objetivo es recuperar la visión integral sobre el usuario que jamás debimos relegar. Dignificar nuestro trabajo con el fin de no perder ni un solo profesional válido más. Necesitamos comprender que los cuidados intensivos están integrados por muchas personas (profesionales diferentes, usuarios y familias), todas ellas con conocimientos válidos e importantes para dar respuesta a la complejidad de la atención a la que nos enfrentamos día a día.

Parte de este proyecto lo constituye el blog www.humanizandoloscuidadosintensivos.com, cuyo objetivo es ser un megáfono que da visibilidad al proyecto, a la vez que sirve de espacio abierto y punto de encuentro para todos los que estamos comprometidos con esta tarea. Y, sin duda, somos muchas las personas apasionadas por la humanización

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gabihache@hotmail.com
(G. Heras La Calle).

de la atención en las UCI. Basta ver el número de visitas que ha recibido el blog: 115.000 desde su creación en febrero de 2014 hasta finales de octubre de 2014. En los tiempos que vivimos el 2.0 es fundamental para interactuar no solo con profesionales, sino también con paciente y familiares.

En este sentido, nuestra propuesta básica es establecer una hoja de ruta para mejorar el soporte psicológico y social a los usuarios de las UCI. Con implicación primordial de pacientes y familiares, así como el compromiso de profesionales de reconocido prestigio de la medicina, la enfermería y la psicología, y el apoyo de nuestras sociedades científicas de referencia: la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC) y la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC).

Esto implica buscar la mejor evidencia disponible para la provisión de esta atención. Implica dotar a los profesionales con herramientas para la gestión de las emociones y las inseguridades que nos provocan el dolor ajeno. Implica aceptar equilibrar las relaciones entre los protagonistas: reconocer que no somos ni dioses ni padres, que nos equivocamos, que sufrimos y que podemos aprender del contacto con cada uno de nuestros usuarios. Implica descubrir que el trabajo en equipo es una posición privilegiada para aprender, también, los unos de los otros.

No nos queda otra. Nuestro valor es nuestra profesión y solo nosotros sabemos cómo hacerla. Estamos obligados a recuperar la pasión por ella, la pasión por lo humano, la pasión por la salud como valor compartido. Somos los motores del cambio: nadie más que cada uno de nosotros puede

pararse a reflexionar y atisbar cómo puede cambiar su realidad, su ambiente, su UCI. Recordemos que las HUCI del siglo XXI se escribirán con H de Humano. Depende de nosotros.

Bibliografía

1. Abella A, Torrejón I, Enciso V, Hermosa C, Sicilia JJ, Ruiz M<ET AL>. Proyecto UCI sin paredes. Efecto de la detección precoz de los pacientes de riesgo. *Med Intensiva*. 2013;37:12-8.
2. Ayllón N, Álvarez M, González M. Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2007;18:156-67.
3. Martínez AA, Rodríguez A, Rodríguez C, Rodríguez A. Percepción de las estrategias de afrontamiento ante el estrés en pacientes ingresados en una unidad de coronarias. *Enfermería en cardiología*. 2005;34:15-21.
4. Fumagalli S, Boncinelli L, lo Nostro A, Valoti P, Baldereschi G, di Bari M<ET AL>. Reduced cardiocirculatory complications with unrestricted visiting policy in an intensive care unit: Results from a pilot, randomized trial. *Circulation*. 2006;113:946-52.
5. Curtis JR, Cook DJ, Wall RJ, Angus DK, Bion J, Kacmarek R<ET AL>. Intensive care unit quality improvement: A «how-to» guide for the interdisciplinary team. *Crit Care Med*. 2006;34:211-8.
6. Hills M, Mullett J, Carroll S. Community-based participatory action research: Transforming multidisciplinary practice in primary health care. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21:125-35.
7. Puntillo K, McAdam JL. Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: Challenges and opportunities for moving forward. *Crit Care Med*. 2006;34:S332-40.