

UD 4 EL PACIENTE HOSPITALIZADO

Curso 24-25



HUMANIZACIÓN DE LA
ATENCIÓN SANITARIA

COMPORTAMIENTO EN LA RELACIÓN ASISTENCIAL

		Asume toda la responsabilidad en la relación	Relación bidireccional con responsabilidades diferentes.
		Autocentrado	Heterocentrado
Tipo de relación	Técnica.	Humana.	
Protagonista	El personal sanitario.	El consultante/paciente/usuario.	
Causas de salud o enfermedad	Biológicas.	Biopsicosociales.	
Objetivos asistenciales	Resolver los problemas que el paciente consulta.	<ul style="list-style-type: none">- Mejorar la calidad de vida.- Atender las necesidades globales de salud del individuo.	

LOS MECANISMOS INSTITUCIONALES EN LA ASISTENCIA SANITARIA A PACIENTES HOSPITALIZADOS

Las condiciones laborales y las características del trabajo del hospital (alta presión asistencial, atender a tareas investigadoras, docente...) pueden perjudicar la calidad asistencial, de forma que los profesionales no tengan en cuenta las necesidades emocionales de los pacientes. Se usa mecanismo para **anular el impacto psicológico** que sufre el personal, **proteger frente a la incertidumbre e inseguridad, y controlar la ansiedad.**

Estos mecanismos son:

1. Deshumanización: Se trata a la persona como un objeto cuyo objetivo es que vuelva a funcionar.
2. Despersonalización: Se despoja al paciente de aspectos personales y de sus signos de identidad.
3. Control de información: No proporcionar información detallada sobre los datos que se van recogiendo. Se usa jerga técnica o se habla de ellos como si no estuvieran delante. (se usan excusas como "es para no alarmarles...")
4. Controlar la actividad del paciente: Se le pide una total acomodación al funcionamiento y a las normas y/o peticiones de los profesionales. Por lo que no se tiene en cuenta las necesidades individuales. Es importante una adecuada organización de la asistencia.
5. Burocratización: Las demandas y necesidades del paciente son trasmitidas mediante actos administrativos. Esta excesa burocratización supone una pérdida de contacto interpersonal y por tanto un menor control de la ansiedad del paciente y de sus miedos.

Estos mecanismos son más patentes en la AE que en el AP.

HUMANIZAR LA ASISTENCIA SANITARIA

CAMBIO EN LA ATENCIÓN SANITARIA:

- ✓ Aumento de la esperanza de vida:

- Población anciana.

- Pluripatologías.

- Cronicidad.

- ✓ Tecnificación

- Menor contacto

Atención sociosanitaria: atención simultánea y sinérgica de los servicios sociales con el fin de

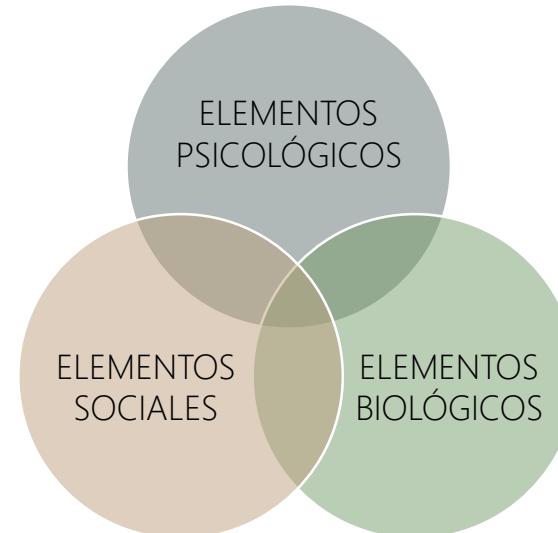
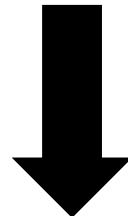
- Aumentar autonomía
- Paliar las limitaciones
- Facilitar la reinserción social

Formación basada en Psicología, filosofía, antropología y educación.

HUMANIZAR LA ASISTENCIA SANITARIA

MODELO ASISTENCIA BIOPSICOSOCIAL

Implicaciones prácticas



Crear un clima emocional terapéutico

Esta relación entre sanitario y paciente supone observar y reconducir las emociones, dar confianza, canalizar la ansiedad del consultante, tratarlo de manera global y ayudarlo a entenderse. Se crea así un contexto propicio para el cambio en el paciente.

Diferenciar demanda del paciente de la necesidad de salud global

Si el paciente nos llama para que le cambiemos el pijama, también nos fijaremos si está preocupado, si está acompañado o de cualquier otra cosa que quizás sea más importante que su necesidad de pijama limpio.

Recordar las dimensiones físicas, psíquicas y sociales de la salud

Una faringitis no solo se tiene inflamada la faringe (problema físico), también nos sentimos molestos y frustrados por no poder hablar (variable emocional) y, además, nos podemos perder una reunión con familiares o amigos (variable social).

EL INGRESO HOSPITALARIO



EL INGRESO HOSPITALARIO

Para la OMS el hospital "*es la parte integrante de la organización médica y social, cuya misión consiste en proporcionar asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, cuyos servicios externos llegan al ámbito familiar*".

Los hospitales se pueden clasificar siguiendo la clasificación *cluster* del 2008. Pero todos tienen una serie de características comunes:

1. Son estructuras complejas, donde la atención son a través de equipos multidisciplinares.
2. Los equipos de trabajo están formados por profesionales con tareas muy diferentes y muy especializadas.
3. La investigación y la formación continuada suele formar parte del trabajo diario en los hospitales y por tanto esto puede influir en la atención al paciente.

EL INGRESO HOSPITALARIO

MOTIVOS DE INGRESO:

1. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades que por su evolución o gravedad requieran ingreso.
2. Intervenciones quirúrgicas.

ENFERMEDADES QUE CAUSAN MÁS INGRESOS HOSPITALARIOS (AÑO 2022)

1. TRASTORNOS MENTALES : 15,76%
2. APARATO CIRCULATORIO: 13,4 %
3. APARATO RESPIRATORIO: 9,11%
4. CÁNCER: 8,98%
5. APARATO DIGESTIVO: 8,44%

EFEKTOS DE LA HOSPITALIZACIÓN: ESTRESANTES

1. Adaptación entorno desconocido: cambio en espacio, normas, modelos de conducta...
2. Abandono de los roles:
 - **Familiar:** cambio en dinámicas, redistribución de tareas, cargas adicionales...
 - **Laboral:** disminución de autoestima, depresión, insomnio, falta de apetito...
 - **Social:** por las normas del funcionamiento de la institución, las visitas tienen que seguir unos horarios. Esto da lugar a sensación de aislamiento.
3. Pérdida de la intimidad, vergüenza e inseguridad: por las exploraciones físicas y aseo, compartir habitación o hablar de aspectos íntimos.

EFEKTOS DE LA HOSPITALIZACIÓN: ESTRESANTES

4. **Desarraigo:** es el «*proceso de alejamiento de las propias raíces, costumbres y lazos sociales*». Dicho proceso tiene consecuencias psicológicas y sociales para el individuo (sentimientos de tristeza, dificultades de interrelación, ansiedad...)
5. **Falta de identidad y despersonalización:** Pérdida de señas de identidad (ropa, rasgos personales, pijama estándar...)
 - Llamar al paciente por su nombre, permitir pijama/ropa personal, objetos personales, protocolos de acogida en planta...
6. **Información deficiente:** falta de explicaciones, uso de lenguaje técnico...
7. **Pérdida de independencia:**

CONDUCTAS PACIENTE HOSPITALIZADO

Expectativas

1. Evacuadores: Cuentan su vida. Buscan ser escuchados. No aconsejar, sobre todo en temas que no sanitarios.
2. Pasivodependientes: Buscan obtener soluciones rápidas. Evitar falsas esperanzas, implicarse en exceso o distanciarse, y favorecer la dependencia.
3. Se quejan reiteradamente: ausencia de responsabilidad. Evitar, culpar, actuar de la misma manera que el paciente.
4. Los que piden información constante: Quieren ser parte activa de sus cuidados. Evitar la hiperprofesionalidad, tener actitudes paternalistas.

Temores

1. Que sea incurable: Bloquea los pensamientos, no quiere ver al médico, irritable. Dar falsas esperanzas, no validar sus sentimientos.
2. Que le hagan daño: No sigue los cuidados o las instrucciones, aumenta sus peticiones. No validar el procedimiento, ser irónicos o ser despectivos.
3. Que le consideren culpable de su enfermedad y le juzguen: A la defensiva, culpabiliza, oculta información, se bloquea emocionalmente. Evitar culpabilizar o juzgar. Discutir la opinión o lo que diga el paciente.
4. Que lo abandonen y no lo aprecien: Intentar aparentar, reclama atenciones. Evitar adoptar actitudes paternalistas, asumir responsabilidad o favorecer la dependencia.

TIPOS DE AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMDAD EN PACIENTE HOSPITALIZADO

ADAPTATIVO

Aceptación y convencimiento que el paciente tienen el control de la situación. Participará de forma adecuada en su recuperación, interviniendo en cada uno de los procesos de la enfermedad.

NO ADAPTATIVO

Intervienen en la recuperación de la enfermedad.

1. Rechazo del rol de enfermo: actitud agresiva o de negación.
2. Sumisión excesiva: conformismo, pasividad...
3. Retraimiento o retirada: frente a una situación que les supera. Suelen tener una recuperación más tardía r/c depresión reactiva.
4. Integración: hospitalización larga. Les cuesta abandonar el hospital.
5. Agresividad: Presenta ira y hostilidad hacia las personas que lo rodean.



PACIENTE AGUDO



CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PACIENTE AGUDO

Suelen ser de comienzo repentino, de duración breve e intenso, desagradable y estresante.

Dentro de este tipo de pacientes podemos englobar: el paciente quirúrgico, el paciente ingresado en la Unidad de cuidados intensivos (UCI)



UCI



QUIRÓFANO

PACIENTE EN UCI

Las unidades de vigilancia o cuidados intensivos son lugares donde se atiende a personas con alto riesgo vital. Poseen equipos altamente sofisticados para mantener el funcionamiento orgánico de las personas o para monitorizar las constantes vitales.

Las condiciones de asepsia y de organización restringen el contacto con los allegados del paciente, por ello, los pacientes pueden sentirse muy limitados y frustrados en su capacidad de comunicación.

El ambiente altamente tecnificado puede producir en el paciente: Sensación de frialdad, Temor a lo desconocido y Miedo a un fallo de los equipos

El personal sanitario:

- ✓ Estrés por la gravedad de las situaciones
- ✓ Centrarse únicamente en el bienestar físico de los pacientes

Los pacientes debido a la presencia constante e intenso de estímulos extraños:

- ✓ Desorientación espacio-temporal
- ✓ Alucinaciones
- ✓ Trastornos de la afectividad

EL PACIENTE EN LA UCI

LA OBSERVACIÓN DEL PACIENTE

El TCAE colabora y complementa al equipo de enfermería observando y comunicando incidencias, cambios o irregularidades.

Debe mantenerse atento a:

1. Las expresiones: temor angustia, dolor, hostilidad, desesperación..
2. Funciones psíquicas del paciente: memoria, percepción, nivel de conciencia, psicomotricidad...
3. Capacidad de comunicación: cantidad y calidad (verbal y no verbal) tanto con el equipo como con la familia y amigos.
4. Posibles sentimientos de culpa de la familia: por asumir el cuidado, consecuencias de la enfermedad y su capacidad de adaptarse a ellas.
5. Otros aspectos que puedan ser relevantes para el diagnóstico y/o tratamiento

Además el TCAE debe:

1. Informar al paciente y familia sobre formas de comunicación alternativas (pizarra, material escrito, colores...) cuando existe alguna limitación en los elementos de la comunicación analógica.
2. Proporcionar apoyo al paciente y su familia.
3. Hablar al paciente y enseñarle ejercicios simples para relajarse.
4. Favorecer que exprese sus sentimientos y emociones y ayudarle a afrontar la inseguridad que suponga la salida de la UCI.



EL PACIENTE QUIRÚRGICO

EL PACIENTE QUIRÚRGICO

LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS tienen una importante repercusión emocional en la persona que las sufre:

El objetivo puede ser: TERAPÉUTICO (Extirpar o reparar), PALIATIVO (limitar el avance de una enfermedad) o ESTÉTICO.

En las intervenciones quirúrgicas hay que considerar:

- Si es voluntaria o necesaria: por ejemplo intervenciones estéticas o para reparar el funcionamiento de algún órgano.
- Si existe riesgo vital o de alteraciones discapacitantes: El miedo a la muerte o a la angustia antes la intervención estarán incrementadas y por tanto el impacto psicológico será mayor.
- Si va a haber una mutilación real: El impacto psicológico también dependerá del valor que la parte perdida tiene para la persona. Esta situación obliga a la persona a cambiar su esquema corporal.

EL PACIENTE QUIRÚRGICO

LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS poseen una serie de factores propios:

1. Implican un daño corporal: el cuerpo necesariamente va a ser dañado.
2. Generalmente se acompañan de dolor: como efecto del daño recibido.
3. Suelen ser cruechas: la presencia de sangre es una fuente de angustia.
4. Se acompañan de la sensación de pérdida (sea real o no). Por lo que suele ir acompañada de proceso de duelo.
5. La angustia a la muerte: suele ser mayor porque las complicaciones suelen ser mayores.
6. La anestesia general: al relacionarse con la pérdida de conciencia, de funcionalidad corporal y de desconexión se relaciona con la muerte. Por supuesto, también con las sensaciones desagradables que supone o el propio riesgo de la anestesia.
7. Temor al fallo o error humano, ya que podría ser irreversible.

EL PACIENTE QUIRÚRGICO

Factores que generan ansiedad

1. La magnitud del hecho: r/c la realidad de la enfermedad, los efectos del tratamiento ...
2. Duración del periodo preoperatorio: cuanto menos tiempo hay de preoperatorio más nivel de ansiedad por la incapacidad de prepararse y controlar los temores.
3. Los antecedentes personales y familiares: El enfermo puede temer que se repitan historias previas negativas, y este temor se convierte en fuente de ansiedad.
4. Capacidad del paciente para hacer frente a la ansiedad: Características predisponentes del paciente, o las circunstancias que lo hagan vulnerable.
5. Forma de percibir la intervención: Muchos pacientes tienen miedo a la anestesia y otros temen un fallo técnico o humano.

EL PACIENTE QUIRÚRGICO

El papel del TCAE en las intervenciones quirúrgicas:

- ✓ Conocer el grado de información sobre la enfermedad, el tratamiento y/o intervención al que va a ser sometido y sus expectativas. Sobre todo si hay información errónea se debe comunicar al equipo médico para ser aclaradas.
- ✓ Estado anímico y físico del paciente. Vivencia del paciente respecto a la enfermedad y a la intervención y el significado que tiene para él/ella. Conocer sus temores irrationales y justificados (anestesia, dolor, consecuencias posteriores...).
- ✓ Las implicaciones laborales y familiares y el nivel de independencia/dependencia que supone el tratamiento.

EL PACIENTE QUIRÚRGICO

Funciones del TCAE en las intervenciones quirúrgicas:

- ✓ Llamarle por su nombre e interesarse por sus circunstancias personales.
- ✓ Ayudar al paciente y familia a obtener información (proporcionar la información necesaria dentro de sus competencias) y brindar apoyo psicológico que le permitan controlar la situación ante lo desconocido.
- ✓ Enseñar medidas básicas de autocuidado al paciente y su familia a fin de aumentar su autonomía.
- ✓ Informar sobre recursos comunitarios de apoyo disponibles y animar a su uso.
- ✓ Proporcionar disponibilidad y aceptación que permita al paciente la expresión de sus sentimientos.

LOS PACIENTES TRASPLANTADOS

Desde el momento en que son introducidos en la lista de espera hay que prepararles:

- ✓ Su vida va a cambiar positivamente pero es proceso laborioso y lento y exige su participación activa, asumiendo responsabilidades.
- ✓ El hecho de trasplantar un órgano de otra persona, hay que tener en cuenta la creencia religiosa y cultura del paciente y de su familia.

Un paciente que va a ser trasplantado, suele tener mucha experiencia hospitalaria y en ocasiones son reacios a nuevas experiencias. Es conveniente que tanto él/ella como su familia exprese su miedo.

Tras unos días después del trasplante, el paciente puede mostrar apatía, falta de apetito... por ello es muy importante el apoyo de familiares o amigos cercanos

EJERCICIO

De las siguientes intervenciones quirúrgicas clasifícalas según el riesgo de padecer alguna consecuencia psicológica (alto, moderado, bajo) y comenta los motivos y la intervención que podríamos hacer:

Bajo: Mínima ansiedad, procedimientos rutinarios.

Moderado: Ansiedad moderada, intervenciones más complejas.

Alto: Alta ansiedad, procedimientos invasivos o que implican riesgos significativos.

- Cirugía cardíaca
- Apendicectomía
- Cirugía bariátrica
- Cirugía de cataratas
- Cirugía ortopédica (reemplazo de rodilla)

EJERCICIO: SOLUCIÓN

De las siguientes intervenciones quirúrgicas clasifícalas según el riesgo de padecer alguna consecuencia psicológica (alto, moderado, bajo) y comenta los motivos y la intervención que podríamos hacer:

Intervención	Ansiedad	Solución
Cataratas	Bajo	Información clara
Apendicectomía	Moderado	Información clara
Ortopédica	Moderado	Talleres de manejo del estrés
Bariatrítica	Alto	Programa de preparación preoperatoria
Cardíaca	Alto	Técnicas de relajación y acompañamiento

LA FAMILIA



A lo largo de la vida se van a producir crisis en las familias que pueden ser evolutivas (adolescencia, emancipación, fallecimientos...) o crisis negativas e inesperadas (divorcios, paro, enfermedad, fallecimiento inesperado de algún miembro de la familia...). Las relaciones familiares (emocionales) repercuten en los demás. La enfermedad de uno de los miembros, de forma general, supone una crisis que puede generar sorpresa, frustración e ira, negación. Tiene en cuenta el tipo de patología, y el miembro de la familia o las relaciones que establece.

LA FAMILIA, LA ENFERMEDAD Y EL ENFERMO

Estresantes en las relaciones familiares:

- Tipo de enfermedad: aguda, crónica o terminal.
- La hospitalización: padres-hijos, reajuste de roles familiares...

Fases	Reacciones	Actitud del personal sanitario
Sorpresa y negación	Ante la enfermedad de uno de los miembros de la familia, frecuentemente se reacciona con incredulidad como mecanismo de defensa; quita importancia a los síntomas o piensa que el diagnóstico es un error médico.	<ul style="list-style-type: none">- Tiene que proporcionar a la familia información clara y comprensible.- Mantendrá una actitud de empatía.- Mostrará una postura abierta para que la familia pueda expresar sus emociones y aclarar sus dudas.- Prestará apoyo emocional en todo momento.
Frustración e ira	La enfermedad de un miembro de la familia implica una serie de cambios en la vida diaria. Si los familiares no están preparados para enfrentarse a la nueva situación pueden adoptar conductas inapropiadas de agresividad, ira, cólera o sentimientos de culpabilidad como manera de descargar su frustración.	<ul style="list-style-type: none">- Intentará mantener un ambiente relajado y tranquilo.- Mostrará una actitud paciente.- Al igual que en todo el proceso, tendrá una postura empática y aportará apoyo emocional.
Negociación y depresión	Igual que el enfermo, la familia también trata de llegar a "pactos" y hace promesas para intentar resolver la situación, pero pasará por una fase de depresión si no tiene éxito.	<ul style="list-style-type: none">- Tiene que tratar de crear un clima de comprensión y amabilidad que favorezca y consolide la relación sanitario-familia, pero a la vez, deberá mantener una actitud firme cuando la conducta no beneficie al enfermo.
Resignación	Aceptación de la situación, asimilación de la situación de enfermedad.	<ul style="list-style-type: none">- Aportará información adecuada y mantendrá una relación cálida y de apoyo.

LA FAMILIA EN FUNCIÓN DE LA ENFERMEDAD

PACIENTE AGUDO Y DE URGENCIAS

TCAE función informativa (ubicación, servicios, trámites, objetos de uso personal...); también solicitar información para el cuidado del paciente. Puede haber demanda continua de inf e incluso conductas agresivas

PACIENTE CRÓNICO

Estancias prolongadas o reiterados por lo que el TCAE se centrará en explicar el cuidado del paciente: curas, ejercicios, dietas...* y obtener inf sobre hábitos y costumbres, esto también le da inf de la cooperación familiar.

PACIENTE INFECCIOSO

Los familiares debn ser informados sobre vías de transmisión de la enfermedad y medidas a tomar frente a un posible contacto. Es importante no alarmarles o asustarles, pero si que sean conscientes del peligro.

PACIENTE TERMINAL

La muerte de una persona cercana es un acontecimiento de gran emotividad, y por ello el personal sanitario intentará, en la medida de lo posible proporcionar los medios y atenciones que necesiten.

SEGÚN EL PACIENTE

- Cabeza de familia: preocupaciones económicas. Servicios de trabajo social.
- Ama/o de casa: reorg de las actividades cotidianas.
- Hijo/a: sensación de culpabilidad. Mostrarse comprensivos y aconsejar.
- Anciano: suelen evitar que el anciano tome sus propias decisiones en la atención.

*Recordad que el TCAE NO DEBE proporcionar información médica a la familia, sino informar sobre aspectos generales que dependan de él/ella (alimentos, actividad o estado de ánimo) y debe remitir al personal de enfermería o medico para información concreta de la enfermedad.

Conductas paciente hospitalizado



Ejercicio: «El chico de la 208»