

Atención Centrada en el Paciente: la Estrella del Norte para guiarnos durante la incertidumbre hacia un día mejor.

ISQua Editorial

Incluso con las mejores intenciones y cuidado, las respuestas a una pandemia mundial del tamaño y la gravedad de la del COVID-19 han tenido consecuencias no deseadas. Nuestro desafío ahora, a medida que emergemos más plenamente de su sombra, es responder a dos preguntas críticas: ¿qué hemos aprendido de las consecuencias no deseadas de nuestra respuesta a la pandemia? y, ¿cómo podemos usar lo que hemos aprendido para asegurarnos de estar mejor equipados para enfrentar de manera más equilibrada futuras crisis de salud pública?

A principios de 2020, muchos sistemas de salud de todo el mundo entraron rápidamente en modo de crisis para hacer frente a un patógeno desconocido y amenazante, cambiando los recursos para centrarse en gran medida en el control de infecciones. Este enfoque limitado, comprensible desde el principio, persistió durante varios años y se produjo a expensas de otros fundamentos esenciales de seguridad, calidad y atención centrada en la persona. De hecho, las restricciones de presencia familiar en entornos clínicos persisten actualmente, a pesar de una clara comprensión de las medidas preventivas efectivas y las bajas tasas de infección comunitaria. Las tasas de casos y la gravedad de la COVID-19 han caído a niveles similares a los observados con la influenza en muchos entornos. Por ejemplo, la tasa de hospitalización semanal en los Estados Unidos por casos de COVID-19 e influenza (en el momento de escribir este artículo) es generalmente la misma, rondando los 1000 pacientes por semana [1]. Nuestra respuesta actual es a pesar de los ampliamente documentados síntomas clínicos, emocionales y los beneficios psicológicos de las prácticas de inclusión familiar no solo para los pacientes y la familia, sino también para el personal sanitario [2, 3].

De ahí el problema crítico: ¿qué hemos aprendido de las consecuencias no deseadas de nuestra respuesta a la pandemia que podamos aplicar en el futuro para garantizar un enfoque más equilibrado de la seguridad, la calidad y el enfoque en la persona con futuras crisis de salud pública?

Si bien nos hemos centrado estrictamente en un aspecto de la seguridad, estar físicamente seguros a través de la prevención de infecciones y eventos adversos, hemos pasado por alto lo que los pacientes consideran más importante, que es "sentirse seguros". Un componente crítico de esta infraestructura para "sentirse seguro" es la presencia de familiares y seres queridos con el paciente durante la atención para navegar el tratamiento, comprender las decisiones y brindar apoyo [4].

Ahora estamos cosechando lo que hemos sembrado. Están surgiendo datos sobre los efectos negativos del aislamiento social en las tasas globales de ansiedad y depresión [5]. Estos resultados se deben en parte al miedo a la separación de la familia y la falta de confianza en nuestros sistemas de atención y el trauma emocional

para la familia y los profesionales de la salud asociado con la ausencia de la familia en el lecho de muerte de los seres queridos. En los Estados Unidos, las pruebas de detección preventivas del cáncer se desplomaron hasta en un 94 % entre 2020 y 2021 debido al temor de ir a hospitales con altas tasas de infección por COVID y políticas restrictivas de presencia familiar [6]. En entornos de atención a largo plazo, las restricciones a la presencia familiar han sido aún más profundas, con evidencia más amplia que sugiere que el aislamiento social ha producido un impacto emocional devastador en muchos residentes que se ha traducido en un deterioro acelerado de la salud física y mental. [7].

Proponemos tres estrategias basadas en la evidencia para abordar la seguridad del paciente en el futuro.

1—Ampliar nuestra definición de seguridad

Debemos redefinir la seguridad de manera más amplia para abarcar los aspectos más importantes para los pacientes y sus familias, y no exclusivamente para los médicos. Esto requiere pensar de manera más integral sobre la seguridad más allá de nuestra definición biomédica tradicional del concepto para incluir cómo podemos ayudar a los pacientes y sus familias a "sentirse seguros". Además de las medidas comunes de seguridad, como infecciones, caídas y eventos adversos, debemos considerar incluir aspectos que son importantes para los pacientes, como sentirse atendidos, escuchados, apoyados y libres de estigmas, prejuicios y preocupaciones durante su tratamiento. El desafío será pensar más ampliamente más allá de las mediciones cuantitativas y considerar conocimientos cualitativos más profundos sobre la experiencia humana desde la perspectiva del paciente.

2—Elevar el estatus de cuidador familiar

Debemos elevar a los cuidadores familiares esenciales a un estado igual al de otros miembros del equipo de atención. Debemos reconocer que se ha demostrado que la participación activa de la familia en entornos clínicos mejora los resultados, incluida la disminución de las tasas de reingreso al hospital, la disminución de la ansiedad del paciente y la mejora de las comunicaciones esenciales para las transiciones efectivas de la atención [8, 9].

3—Involucrarse con las partes interesadas

Debemos incluir a todas las partes interesadas en las decisiones que afectan su atención y en última instancia, su salud y bienestar. La participación efectiva del paciente se caracteriza por compartir tanto el poder como la responsabilidad, lo que brinda a los pacientes oportunidades para ser socios activos en la definición de agendas

y la toma de decisiones que afectan la prestación de servicios. Involucrar a los pacientes y a las familias en las decisiones normativas se asocia con una mejor calidad y seguridad de los servicios de atención médica, una mayor rentabilidad y mejores resultados de salud [10].

Llamada a la acción

La pandemia de COVID-19 proporcionó al mundo un experimento sin precedentes sobre lo que sucede cuando enfocamos enormes recursos y atención en el control de un patógeno. Aprovechemos la oportunidad que tenemos ante nosotros para aprender y mejorar la forma en que brindamos atención para guiarnos en el futuro hacia una respuesta más equilibrada, inclusiva y basada en evidencia.

Declaración de disponibilidad de datos

Los datos que respaldan estos hallazgos están disponibles abiertamente en línea en <https://www.cdc.gov/flu/weekly>.

Referencias

- Centers for Disease Control & Prevention. Weekly US Influenza Surveillance Report (21 April 2023) and COVID Data Tracker. 2023.
- Belanger L, Bussières S, Rainville F *et al*. Hospital visiting policies—impacts on patients, families and staff: a review of the literature to inform decision making. *J Hosp Adm* 2017;**6**:51–62. <https://doi.org/10.5430/jha.v6n6p51>.
- Berwick DM, Kotagal M. Restricted visiting hours in ICUs: time to change. *JAMA* 2004;**292**:736–7. <https://doi.org/10.1001/jama.292.6.736>.
- Lyndon A, Davis D, Sharma AE *et al*. Emotional safety is patient safety. *BMJ Qual Saf* 2023;**32**:369–72. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2022-015573>.
- WHO TEAM, Mental Health and Substance Abuse, WHO Headquarters. *COVID-19 Pandemic Triggers 25% Increase in Prevalence of Anxiety and Depression Worldwide: Wake-Up Call to All Countries to Step Up Mental Health Services and Support*. WHO News release Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: WHO Scientific brief. [WHO/2019-nCoV_Sci_Brief/Mental_health/2022.1](https://www.who.int/news-room/briefings/2022/04/11/mental-health) (1 April 2023, date last accessed).
- Eldieb D. *A Crisis of Undiagnosed Cancers Is Emerging in the Pandemic's Second Year*. ProPublica. 2021. <https://www.propublica.org/article/a-crisis-of-undiagnosed-cancers-is-emerging-in-the-pandemic-second-year> (1 April 2023, date last accessed).
- Montgomery A, Slocum S, Stanik S. *Experiences of Nursing Home Residents During the Pandemic – What Have We Learned from Residents about Life Under COVID-19 Restrictions and What We Can Do About It* Altarum Special Report. 2020. https://altarum.org/sites/default/files/uploaded-publication-files/Nursing-Home-Resident-Survey_Altarum-Special-Report_FINAL.pdf (1 April 2023, date last accessed).
- Rodakowski J, Rocco, PB, Ortiz, M *et al*. Caregiver integration during discharge planning for older adults to reduce resource use: a meta-analysis. *J Am Geriatr Soc* 2017;**65**:1748–55. <https://doi.org/10.1111/jgs.14873>.
- Rosa, RG, Falavigna, M, da Silva, DB *et al*. Effect of flexible family visitation on delirium among patients in the intensive care unit: the ICU visits randomized clinical trial. *JAMA* 2019D;**322**:216–28. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.8766>.
- Carmen K, Dardess, P, Maurer, M *et al*. Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Aff* 2013;**32**:223–31. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1133>.

Susan B. Frampton* and Michael Giuliano

Planetree International, Derby, CT, USA

Autora correspondiente. Planetree International, 130 Division Street, Derby, CT 06418, USA. E-mail: sframpton@planetree.org
Editor: Prof. David Greenfield.