

HUMANIZACION DE AREAS CRITICAS DE ATENCION MEDICA
SOLUCIONES ESTRUCTURALES POSIBLES

AUTORES: Dr. Horacio H. DONATO
Arq. José María CASTRO VIDELA
Lic. Isabel LOPEZ FRAGA

I- INTRODUCCION

Se considera que el recurso físico está íntimamente vinculado a la actividad que en él se desarrolla, hecho que se verifica con relevancia en los establecimientos de salud.

La planificación, diseño y construcción hospitalaria, han alcanzado altos grados de especialización profesional de las diferentes disciplinas involucradas en ellas, pero reconocemos que no es habitual que se conformen equipos multi e interdisciplinarios para abordar el tema.

En todo caso, creemos que se debe poner énfasis en contemplar aspectos psico-sociales de los usuarios, además de brindarse funcionalmente las condiciones para que el personal especializado cumpla con su cometido.

Queremos señalar en ese sentido, las falencias que presentan, usualmente, las áreas "críticas" de atención médica tanto para los pacientes allí asistidos como para sus familiares y allegados.

Adoptamos la denominación de áreas "críticas" a aquellas en las cuales se internan pacientes en momentos decisivos y graves de su estado de salud: unidades de cuidados intensivos, coronarias, de cuidados intermedios.

Quizás las falencias que señalamos tengan su origen con mayor peso en aspectos funcionales y normativos que estructurales, pero reconociendo el grado de importancia que el recurso físico alcanza en la optimización de resultados, facilitando o limitando la aplicación de adecuadas normas de procedimiento, es que nos permitimos debatirlas en este ámbito.

II- OBJETIVOS

- * IDENTIFICAR LOS PROBLEMAS, OTORGANDOLES PRIORIDADES.
- * CONTRIBUIR EN LA BUSQUEDA DE SOLUCIONES.

III- MATERIAL Y METODO

La información y datos recolectados para la elaboración del presente aporte fueron recabados de las siguientes fuentes:

III-1-1. Fuentes Bibliográficas

- Organización Mundial de la Salud.
- Oficina Sanitaria Panamericana.
- Escuela de Salud Pública - UBA.
- Centro Argentino de Ingenieros.
- Centro Argentino de Arquitectos.

III-1-2. Entrevistas con Profesionales responsables de unidades especiales de internación

III-1-3. Entrevistas a Pacientes

Han sido entrevistados 20 pacientes que en algún momento de su vida han estado internados en una Unidad de Terapia Intensiva y/o Coronaria.

En todos los casos las entrevistas fueron efectuadas por los autores y respondieron al tipo de cuestionario no estructurado.

Se analizaron siguiendo la técnica del análisis de contenidos.

III-1-4. Visitas dirigidas a Unidades de Terapia Intensiva

Fueron visitados servicios de este tipo pertenecientes a los subsectores público y privado.

Durante las mismas se observaron criterios de diseño, instalaciones y equipos.

También se mantuvieron entrevistas en terreno con el personal médico y de enfermería, las que se analizaron con la técnica de análisis de contenidos.

III-1-5. Experiencia profesional de los autores

Participación en proyectos, diseños y construcción de

establecimientos de jurisdicción pública, seguridad social y privada.

Integración de equipos de trabajo para reciclaje de establecimientos sanitarios.

Experiencia profesional asistencial en unidades de cuidados intensivos generando motivación para abordar el tema.

IV- RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

Las observaciones estan dirigidas a la atención horizontal de pacientes adultos ya que los pediátricos gozan, generalmente, de diferentes condiciones de internación privilegiándose la posibilidad de permanencia de sus madres o familiares.

Pasamos a comentar entonces aquellos aspectos que visualizamos:

Desde la tradicional disposición en "espina de pescado" de las camas-camillas de internación de los primeros diseños de unidades de cuidados/terapia intensiva a las comunes separaciones realizadas por medio de mamparas móviles entre camas, se evidencia una tendencia a disponer a los pacientes en ambientes únicos, carentes de toda privacidad, que resulta tan valorable cuando quien está internado se halla consciente. Es frecuente así, la visión de otros pacientes, cuya vida puede estar aún más comprometida que la suya, los casos que llegan al óbito, los diversos procedimientos diagnósticos y/o terapéutico hasta eventuales maniobras de resucitación.

La percepción de ruidos y sonidos que son producidos por aparatos e instrumentos, por otros pacientes y el personal asistiéndolos, constituyen una agresión externa, no necesariamente inevitable.

También la excesiva iluminación ambiental, suele conspirar con el confort, de igual modo que temperaturas y condiciones de humedad inadecuadas.

Analizemos la situación de "confinamiento sanitario" que se impone a estos pacientes:

Las "visitas" son admitidas durante cortos períodos una o dos veces por día.

Si en el horario de visita se produce una situación de alarma en cualquier paciente internado o ingresante, se posterga la admisión de visitas, cuando no, ya en el recinto, deben abandonarlo.

Si bien hay indicaciones de aislamiento y/o prohibición de visitas para algunos pacientes en particular, otros se ven privados de estar acompañados durante su permanencia en estas areas críticas, por la disposición del recurso físico destinado a ellas, entre otras razones.

La proximidad de afectos, puede asumirse con dudas que contribuya a mejorar la evolución del paciente pero es innegable su positivo aporte a la calidad de vida en esas circunstancias.

Los familiares y/o allegados sufren también el "confinamiento" del enfermo, en salas de espera que no lo son, sin sanitarios próximos y aguardando informes, "partes médicos", que frecuentemente son brindados junto a las puertas de entrada de las unidades de internación, sin la debida privacidad. Por otra parte cuando se desplazan internamente hasta las camas de sus enfermos no pueden evitar ver al resto de los internados.

Hemos incursionado en la observación de los modelos existentes de áreas críticas de atención médica, señalando sus deficiencias.

Sería legítimo que se nos exigiera la propuesta de sus soluciones. Pero reconocemos que ellas pueden ser múltiples y

adecuadas a cada planteo particular.

Nuestro modesto aporte está centrado en focalizar la atención en estas áreas críticas tendiendo a que sus plantas físicas coadyuven a su humanización.

Toda construcción o reforma debe responder a un Programa Médico. Este documento debe ser la base para elaborar el Proyecto Médico Arquitectónico. Dicho proyecto es un listado de los locales y áreas, que han de ser construidos o remodelados, en el que se deberá señalar:

- * Superficie requerida para c/u de ellos.
- * Sus funciones generales.
- * Personas que los ocuparan.
- * Instalaciones, equipamiento y mobiliario de los mismos.
- * Relaciones funcionales y físicas entre ellos.

Ubicación espacial:

Es conveniente que este tipo de servicios esten cerca de uno de baja tecnología, lo que facilita la ampliación del primero.

Se deberá acceder a ellos facilmente desde los quirófanos, salas de recuperación, urgencias. También deberán tener una comunicación fluida con el servicio de Diagnóstico por Imágenes y Laboratorio.

Nos limitaremos a nominar los locales, sus destinos, con algunas consideraciones de orden funcional, normativo, de equipamiento e instalaciones.

SECTORES-LOCALES

Unidad de Internación de Cuidados Intensivos

1. Sala de espera-estar
2. Sanitarios públicos: Ambos sexos.
Discapacitados (silla rueda)
3. Cabinas teléfono público
4. Locutorio-información
5. Acceso familiares - acompañantes.
 - 5.1. Armarios guardarropas.
Lavabo manos.

6. Acceso camillas (transferencia)
7. Acceso personal.
 - 7.1. Vestuario.
 - 7.2. Sanitario/s.
8. Estar profesional.
9. Office enfermería.
 - 9.1. Estación de control de pacientes.
 - 9.2. Depósito material limpio.
 - 9.3. Depósito material usado. Decontaminación
Salida exterior (lavachatas)
10. Office alimentación.
 - 10.1. Acceso directo (contenedor - bandejas).
11. Office limpieza.
12. Depósito-pañol (aparatos/instrumentos).
13. Local internación.
 - 13.1. Para cama camilla.
Espacio apto procedimientos (RX, cardioversión, punciones,
etc.)
 - 13.2. Espacio para acompañante.
 - 13.3. Espacio para lavabo.
14. Estación equipo RX.
15. Local depósito temporario de cadaveres.

- Resaltamos la necesidad de contar con:

- a) **Sala de Espera:** confortable y dimensionada de acuerdo a la dotación de camas de internación de la unidad, con un cálculo mínimo de 1 a 2 personas por internado, disponiendo de asientos como mobiliario básico.
La ubicación de los sanitarios debe ser muy próxima.
También deberá preverse la colocación de cabina/s de teléfonos públicos.
- b) **Locutorio:** donde se brinde la información sobre el estado y evolución del paciente.
- c) **Vestuario para Visitas:** con armario para dejar pertenencias, abrigos y disponer de un lavabo para higiene de manos.

- d) **Diseño del Alojamiento de Pacientes:** sugerimos guardar una relación equilibrada entre locales individuales con espacio para acompañante, en los casos en que no esté contraindicado y el local que albergue pacientes en estado de inconsciencia con contraindicación de acompañante.
- e) **Doble circulación:** se recomienda en el sector de locales individuales, para evitar la visualización de otros pacientes que no sea al que acompaña o visita la persona que ingrese para ello al servicio.
- f) **Climatización:** El clima será artificial con aire filtrado no recirculante. La temperatura oscilará entre los 22 y los 24 grados y la humedad relativa no será inferior al 50 %. Un apropiado sistema de climatización y circulación de aire puede convertir a los locales individuales de internación en unidades de aislamiento. Insistimos en disponer de un espacio para lavabo en ellos.
- g) **Central de Monitoreo:** deberá incluir en el equipamiento de la consola, además del control de funciones vitales a distancia, la visualización del paciente en locales individuales mediante circuito cerrado de T.V.. Un sistema de comunicación tipo "sin manos" con idéntica finalidad facilitará la labor de enfermería.
- h) **Dimensiones:** Es recomendable que estén conformados modularmente por no menos de 6 camas ni por más de 12 . Si el número de camas consideradas necesarias superara este número se debería diseñar más de un módulo. Cada cama - camilla debe tener asignada una superficie no menor de 3,50 por 4 mts. Esos pacientes necesitan una superficie mayor que la que requieren el resto de los internados por razones de orden médico, psicológico e higiénico; que pueden necesitar de la atención simultánea de médicos y enfermeras, quienes tendrán que usar muchas veces equipos especiales, que demandan espacio y facilidad de movimientos.
- i) **Colores:** Tienen una marcada influencia sobre las personas. Existiendo una relación estrecha entre ellos y las emociones. Los colores poseen valor psicológico, tienen efectos psicodinámicos, afectan el comportamiento y el bienestar. Lamentablemente existe poca creatividad en estos aspectos donde el uso del verde oscuro, gris, etc, basta para causar efectos perniciosos en los pacientes. El uso de colores vivos puede compensar la falta de luz solar.

- j) **Iluminación:** Debe considerarse el tipo (natural o artificial). La natural da sensación de bienestar y orienta en cuanto a tiempo, es importante tenerla en cuenta en este tipo de locales, donde las ventanas son una referencia con el mundo externo. Por esto es que lo ideal es que cada box cuente con ventana al exterior permitiéndole al paciente ubicarse temporalmente.
Se deberá contar con iluminación: general y móvil (posible de direccionar con suficiente intensidad para realizar procedimientos médicos).
- k) **Accesos:** Deberán estar en lugares señalizados, fácilmente visibles y próximos a los servicios señalados precedentemente.
Las puertas de acceso deberán ser automáticas.
- l) **Materiales:** Es conveniente que las paredes sean lisas y lavables, sin porosidades.
Los pisos deberán ser anacústicos y conductores.
- m) **Box:** Cada uno contará con: lavabo, instalación para aplicación de líquidos, oxígeno, vacío, reloj para orientar al paciente. Control de funciones y parámetros vitales en la cabecera y a distancia (Consola Central). Visualización y comunicación desde la Central de Enfermería.

No se contempló la existencia de dormitorios para profesionales, con el convencimiento que un adecuado "estar" será lo necesario, ya que los turnos de trabajo no deberán exceder las 12 horas continuas. Un lapso mayor resulta desaconsejable tanto por la fatiga laboral que la tarea implica como por la eficiencia que en ella es exigible. Los criterios de "humanización" son exigibles en su aplicación, tanto para los pacientes como para el personal destacado a su atención. Para estos últimos recomendamos, además de las condiciones edilicias de trabajo funcionales y confortables; reducciones horarias de sus jornadas de labor, rotaciones y/o complementaciones con desempeño de labor en otros servicios e implementación de técnicas de apoyo psico-profesionales.

Tampoco fue incluido un local administrativo, secretaria periférica o de estadística. El personal de enfermería con una terminal de computación, comunica altas y bajas, censo diario y demás informaciones que requiera la central.

Estamos persuadidos que las ventajas posibles de tener un laboratorio propio en el área, son ampliamente superadas por las desventajas. Los establecimientos que puedan contar con unidades

críticas de atención médica como las enunciadas, poseen laboratorios de análisis clínicos de alto grado de incorporación tecnológica y con funcionamiento permanente que satisfacen los requerimientos de estas unidades.

Queremos aclarar que las observaciones y las recomendaciones enunciadas acerca de las Unidades de Cuidados Intensivos las hacemos extensivas a las Unidades Coronarias y las de Cuidados Intermedios.

CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que hemos arribado son las siguientes:

- 1- Las recomendaciones son producto de la observación de la realidad que intentamos que se modifique.
- 2- No existe la posibilidad de diseñar un modelo con la versatilidad suficiente que contemple todas las situaciones posibles de implementación.
- 3- Es necesario compatibilizar las exigencias técnicas, tendientes a lograr la recuperación de la salud del ser humano con el mejoramiento, entre otras, de las condiciones ambientales. Esto ayudará a proteger al paciente de eventuales "agresiones" evitables que pueda sufrir el mismo.

Por último, queremos señalar que para lograr los resultados a los que se aspira los establecimientos de salud deberán ser objeto de profundos cambios tanto en el orden conceptual, como en su organización y funcionamiento. Para ello se requerirá de un esfuerzo sistemático de análisis y revisión que deberá abarcar el recurso físico.