

Uniendo la práctica interprofesional y la atención centrada en el paciente y la familia

¿Qué encontrarás en este artículo?

Caso de estudio que habla de la importancia de la interacción de los profesionales de la salud, enfermeras, pacientes, familiares y otros colaboradores del hospital para una buena experiencia de salud

¿A quién va dirigido?

Nexa Profesional, Nexa Nightingale, Nexa Organización.

Fecha de publicación:

07 de junio 2022.

Introducción

Los objetivos cuádruples del Instituto para el Mejoramiento de la Salud (IHl) de *mejorar la experiencia de la atención, el costo per cápita de la salud de la población y mejorar la vida laboral de los profesionales de la salud* se han convertido en las medidas de resultado que definen la transformación de los sistemas de atención de la salud. Los componentes de la atención de la salud previstos para facilitar la transformación incluyen la atención en equipo interprofesional, la participación del paciente y la práctica colaborativa como medios para brindar atención relacional.

El aumento de la prevalencia de enfermedades multisistémicas crónicas requiere una transición a la atención de salud como un servicio, no como un producto o una tarea.

En este sentido, la atención en salud está “compuesta por una relación y una acción”, que

incluye las circunstancias y las experiencias vividas.

Para el cuidado de la salud se debe tener presente la relación de trabajo colaborativo entre los profesionales de la salud, los pacientes y cuidadores familiares que “*desarrollan una comprensión compartida del problema y generan una evaluación y un plan de manejo mutuamente aceptables*”. Esta comprensión compartida permite un enfoque en los individuos y sus contextos o circunstancias únicos y no solo en la enfermedad.

La teoría de la acción comunicativa se centra en las distinciones entre acción comunicativa y estratégica, así como la experiencia vivida y el sistema.

La acción comunicativa enfatiza la preparación para armonizar los planes de acción a través del conocimiento común, la comprensión mutua y el respeto por la diferencia. Como lo expresó

Habermas¹, “Los actores buscan llegar a un entendimiento sobre la situación de acción y sus planes para coordinar sus acciones a modo de acuerdo”.

La acción estratégica, por otro lado, enfatiza el efecto. Se hace un reclamo de poder cuando la articulación verbal (discurso) produce un efecto perceptible. Lo que se pretende es “La acción estratégica está orientada al éxito más que a la comprensión”.

Algunos autores definen la atención colaborativa como un objetivo común. Reeves et al². definieron IPP como “un tipo de trabajo que involucra diferentes profesiones sociales y/o de la salud que comparten una identidad de equipo y trabajan en estrecha colaboración de manera integrada e interdependiente para resolver problemas y brindar servicios”.

PFCC se definió como lo siguiente: “Un enfoque de la prestación de cuidados que aboga por que los pacientes y sus familiares se sitúen en el centro del proceso de prestación de cuidados”. Los tres temas centrales de PFCC identificados en la literatura son la participación e implicación del paciente, la relación entre el paciente y el profesional de la salud, y el contexto en el que se brinda la atención médica, con el objetivo de proporcionar una interacción significativa y valiosa para el paciente.

El objetivo de la investigación fue explorar si existe una brecha en la atención coproducida entre la prestación de atención de los profesionales de la salud y las experiencias de atención de los pacientes/familias en un entorno de atención aguda desde la perspectiva teórica de la acción comunicativa de Habermas.

Métodos

Diseño y escenario de la investigación.

Los profesionales de la salud, los pacientes y las familias fueron los dos grupos de participantes de la entrevista. Las guías de entrevista fueron diseñadas estratégicamente para el análisis comparativo. Se requería desentrañar la relación entre tres conceptos importantes en evolución en los sistemas de atención médica: IPP, PFCC y el compromiso del paciente y la familia según lo definido por la coproducción.

La primera mitad de las preguntas se centró en PFCC, mientras que la segunda mitad introdujo el concepto de IPP y exploró cómo se podría facilitar la participación del paciente y la familia para apoyar IPP y PFCC.

El estudio se llevó a cabo en el **Royal University Hospital, Saskatoon, Saskatchewan, Canadá**³, un centro de referencia terciario que incluye medicina interna para adultos y pediatría. Las unidades de medicina de cuidados agudos y

¹ <https://teddykw2.files.wordpress.com/2012/07/jurgen-habermas-theory-of-communicative-action-volume-1.pdf>

² http://tcsc-indonesia.org/wp-content/uploads/2012/11/ebooksclub.org__Interprofessional_Teamwork_in_Health_and_Social_Care__Promoting_Partnership_for_Health_.pdf

³ https://www.saskatoonhealthregion.ca/locations_services/locations/ruh

pediátrica han estado desarrollando de manera proactiva el trabajo en equipo interprofesional con un enfoque en las rondas.

En la unidad de medicina de cuidados agudos, las rondas interprofesionales son rondas diarias con miembros de las profesiones de atención médica que participan en la discusión de los planes de atención en curso.

La pediatría de cuidados intensivos implementó rondas interprofesionales junto a la cama, incluidos los pacientes y las familias.

Recolección y análisis de datos

El reclutamiento de los profesionales de la salud fue realizado por el investigador principal a través de correo electrónico. **Se entrevistó a veintinueve proveedores de atención médica, catorce de medicina aguda, trece de pediatría aguda y dos que trabajaban en ambas unidades.** Enfermeras registradas, terapia ocupacional, fisioterapia, trabajo social, farmacia, dietistas, patología del habla y lenguaje, coordinadores de atención al cliente, proveedores de atención espiritual y médicos fueron entrevistados.

El reclutamiento de pacientes y familiares fue realizado por las enfermeras coordinadoras de ambas salas. Se entrevistó a **once pacientes y dos familiares sobre medicina de cuidados agudos.** En la sala de pediatría, cuatro padres participaron en las entrevistas en representación de sus hijos que eran pacientes.

Todas las entrevistas se realizaron entre **noviembre de 2015 y julio de 2016.** El número de participantes fue: 29 colaboradores entre Medicina y pediatría. 17 familiares de los pacientes ubicados en Medicina y pediatría

Resultados

Como primer resultado, se comparó la acción comunicativa y estratégica en el cuidado de la salud.

Las rondas interprofesionales proporcionan un mecanismo para la discusión en equipo para los profesionales de la salud. La percepción del equipo de salud en la intención de rondas interprofesionales correspondió a las características de la acción comunicativa. Sin embargo, las vivencias descritas de los pacientes y familiares revelaron que se encontraron con acciones estratégicas durante su estancia hospitalaria.

Los participantes enfatizaron la diferencia entre estar informado y estar comprometido, y los conflictos entre las metas del sistema y las metas de los pacientes y las familias. La coproducción se propuso como un marco para la participación significativa de pacientes y familias.

Las rondas interprofesionales se perciben como un mecanismo valioso no solo para IPP sino también para PFCC porque brindan oportunidades para conversaciones y toma de decisiones entre profesionales de la salud y pacientes. Las rondas rápidas en medicina y las rondas de cabecera en pediatría, según la

mayoría, si no todos los profesionales de la salud podrían mejorar la atención brindada a los pacientes a través de una comunicación enfocada entre los proveedores de atención médica. Según un profesional de la salud:

“Considero que la participación ayuda a reunirse para obtener la mejor atención para el paciente y es bueno poder hablar con todos los miembros del equipo todos los días...” (Profesional de la salud, Medicina)

Algunos pacientes y familias percibieron que podían participar en la elección de su tratamiento:

“Me recetaron diferentes medicamentos y me dieron a elegir, explicándome los pros y los contras. Me dejan pensar en lo que siento que me conviene y me han dado su opinión... Yo puedo tomar la decisión final...” (Paciente, Medicina)

Por otro lado los pacientes y familiares expresaron la misma alguna desconexión del proceso de rondas interprofesionales, durante las cuales los profesionales de la salud **“estamos ahí”** y **“estamos aquí”** y no somos tomados en cuenta en el diálogo, y sobre todo en sus experiencias hospitalarias.

El siguiente ejemplo demuestra que los pacientes y las familias se sentían aislados incluso cuando estaban físicamente rodeados por un grupo de profesionales de la salud que intentaban brindar la mejor atención:

“Puedo ver que están ahí afuera discutiendo todo, pero nosotros estamos aquí. Harán cosas

por ahí y vendrán después y luego todos son como un montón de globos oculares y un médico es el que habla, entonces, ¿cómo es eso ser parte del equipo? Nos hace sentir incómodos, esa parte en la que todos rondan y solo un médico habla”. (Familia, Pediatría)

La mayoría de los profesionales de la salud percibieron que estaban haciendo lo mejor que podían y estaban orientando la atención brindada en la dirección correcta al mantener informados a los pacientes y las familias sobre lo que estaba sucediendo. Sin embargo, el comentario de un paciente – **“No, no siento que mis preocupaciones estén en el centro de lo que me pasa en el hospital”** articuló una experiencia vivida diferente. Al referirse a la participación del paciente, la mayoría de los profesionales de la salud entraron directamente en una discusión sobre el **consentimiento informado** y la **toma de decisiones compartida**. Proporcionar información está orientado a la tarea, y el éxito se define como el suministro de información. Muchos profesionales de la salud perciben que los pacientes están informados como un compromiso del paciente.

Un proveedor de atención médica explicó cómo se proporciona la información en el hospital:

“Se apoya en que las personas, pacientes y familiares, reciben información sobre sus problemas de atención médica y el profesional de la salud brinda respuestas a las preguntas que tienen. Creo que nos ponemos a disposición y respondemos lo mejor que podemos para que

lleguen a la decisión que más les conviene”.
(Profesional de la salud, Hospital)

Sin embargo, todavía existe desacuerdo entre los profesionales con respecto a si los equipos están informando completamente a los pacientes y las familias, y cuál debería ser el resultado: satisfacer las necesidades de los pacientes individuales o lograr los objetivos orientados a tareas del sistema de atención aguda, a saber, el alta. o transferencia a otro centro de atención médica.

Un paciente se hizo eco de este sentimiento de frustración:

“No me están mostrando una imagen, me están haciendo pintar por número, así es como lo veo y no tengo los colores para pintarlo, así que no lo veo, es solo una página en blanco”. (Paciente, Medicina)

Nuestros datos revelaron que, para los pacientes y sus familias, existe una gran diferencia entre estar informado y participar. Parece que el sistema de atención médica y los profesionales están mejorando en informar a los pacientes y sus familias, e incluirlos en la toma de decisiones; sin embargo, el paso más relacional, en el que los pacientes participan activamente, todavía falta en la práctica actual.

Los profesionales de la salud dominan la comunicación: el lenguaje, los conceptos, lo que se discute, cuándo sucede y cuánto dura. El foco de la conversación está en **“nosotros” y “ellos”, pero no en un “todos juntos”,** lo que demuestra una comunicación estratégica. El lenguaje de

acción utilizado por los profesionales de la salud es unidireccional, ya que brindan información y educan, pero no hay una retroalimentación de lo que se dice por aparte del paciente o familiar.

Los profesionales de la salud describen cuál **“debería”** ser su enfoque para involucrar a los pacientes, pero describen la acción estratégica en su enfoque real de la atención.

Los pacientes y las familias describieron una falta de respeto en su interacción con los profesionales de la salud, que fue un tema repetido en sus entrevistas:

“A los pacientes no les gusta el hospital porque sienten que nadie los respeta. Son solo otro número en una hoja de cálculo”. (Paciente, Medicina)

La jerarquía da como resultado miedo e incertidumbre para hablar, disminuyendo la satisfacción con la experiencia del cuidado de la salud.

El compromiso ocurre cuando los pacientes en medicina o las familias (padres) en pediatría buscan activamente oportunidades, a menudo con la necesidad sentida de un enfoque de confrontación para participar en la atención médica coproducida.

Dos padres en pediatría atribuyeron la recuperación oportuna de su hijo en parte al hecho de que pudieron expresar de manera persistente sus deseos de ser parte de las rondas y en las tomas de decisiones en cada paso del camino:

“Hemos sido muy asertivos al decirle a nuestros médicos que queremos ser parte de las rondas...” No sé cuáles son los procedimientos para incluirnos o preguntarles si nos permiten ser parte, o simplemente nos insertamos en la visita. (Familia, Pediatría)

Los profesionales de la salud tienden a enfatizar los factores sistémicos cuando identifican desafíos y obstáculos para la IPP, PFCC y la participación del paciente. Las limitaciones de tiempo y la falta de personal son dos factores sistémicos interrelacionados y más discutidos. Algunos profesionales de la salud abogaron por tener protocolos (ya sea un líder que esté a cargo de las rondas o una lista de verificación) para asegurarse de que cada profesión y proveedor de atención estén en sintonía con las expectativas de que las rondas estén integradas en el entorno hospitalario como un factor sistémico para apoyar la atención al paciente.

Los protocolos, sin embargo, enfatizarían el enfoque basado en tareas de las rondas, lo que se sumaría al desafío de la acción comunicativa como un mecanismo de método para la participación del paciente.

Sin embargo, la percepción de una dotación de personal suficiente no necesariamente resultará en la participación del paciente a menos que haya un cambio en la comunicación de la acción estratégica (orientada a la tarea) a la acción comunicativa (orientada a la comprensión mutua).

Por otro lado, en el tema del sistema, se necesita flexibilidad para acomodar la diversidad en la experiencia del paciente, lo que requiere una acción comunicativa desde el comienzo de su estadía en el hospital. La incorporación de los contextos individuales tanto de los profesionales de la salud como de los pacientes y las familias en conversaciones de comprensión mutua es necesaria para la atención coproducida.

La coproducción es un enfoque relacional para brindar atención, que depende de la acción comunicativa, es decir, un diálogo o intercambio de información entre profesionales de la salud, pacientes y familias con el objetivo de la comprensión mutua y planes de atención compartidos.

Se reconoce el dominio de las presiones del sistema por parte de los profesionales de la salud y las barreras que esto crea para el diálogo y la toma de decisiones compartida.

El respeto y la igualdad de voz de los participantes involucrados son componentes necesarios de la interacción para que se produzca un compromiso de ambas partes, al igual que el sistema que reconoce el papel de los pacientes y las familias y los involucra activamente.

Discusión

Involucrar a los pacientes y sus familias para que formen parte del equipo de atención médica a través de la unión de los propósitos de IPP y PFCC y la transición a la atención coproducida,

define el objetivo que los profesionales de atención médica aspiran lograr.

La realidad experimentada no sólo por los profesionales, sino también por los pacientes y familiares en un entorno de cuidados intensivos tiene destellos de estos ideales, que rara vez ocurrieron dentro del estudio.

La observación más común de experiencias vividas fue la de un modelo de atención tradicional, en el que **“los pacientes y las familias tienden a ser retóricamente incluidos, pero prácticamente excluidos”**.

En la práctica asistencial actual, las condiciones previas de relación que facilitan la acción comunicativa, ideales teóricos de reciprocidad, confianza, poder compartido e intercambio sincero de información, y reconocimiento de la experiencia vivida, rara vez se cumplen.

“Desconfianza, presión intensa de tiempo, el desajuste de la agenda (experiencia biomédica versus del paciente), las expectativas firmes de un resultado específico y los profundos desequilibrios de poder promueven la acción estratégica (es decir, el discurso que busca consciente o inconscientemente manipular el resultado) en lugar de las acciones comunicativas (esfuerzos sinceros para lograr entender y llegar a un consenso).” Las necesidades del sistema anulan las necesidades únicas de los pacientes, con evidencia mínima que sugiere un cambio del modelo de atención centrado en el profesional al paciente, como se observó en este estudio.

La atención de salud coproducida solo puede lograrse a través de la acción comunicativa. La acción comunicativa brinda oportunidades para el intercambio de información, la comprensión y el acuerdo mutuos, y la construcción de relaciones, que deben basarse en las experiencias vividas y las necesidades únicas de los pacientes.

A medida que aumenta el grado de comprensión mutua dentro del equipo de atención de la salud, la facilitación de la toma de decisiones se comparte más equitativamente entre los miembros del equipo.

Al comprender los motivos de atención de cada uno, los profesionales de la salud, los pacientes y las familias adquieren un conocimiento común del **“poder habilitador”**. el compartir, la toma de decisiones conjunta y la autonomía del cliente/paciente. Se reconoce esta necesidad; sin embargo, es y será una transición desafiante a la atención coproducida para satisfacer mejor las necesidades y expectativas de los pacientes que requiere factores tanto individuales como sistémicos.

Cuando se produce una atención colaborativa coproducida, los participantes **“reconocen que algo mejor está sucediendo”**. Este **“algo mejor”** es un enfoque relacional del cuidado con nivelación de jerarquía y el consiguiente intercambio de información, comprensión y respeto a través del diálogo, una descripción de la acción comunicativa. En la atención coproducida, la atención es **“mejor y más fácil”**.

Actualmente, la evidencia de la coproducción se define por las percepciones de los profesionales de la salud sobre sus propias actuaciones colaborativas. Las estrategias de evaluación que respeten y comprometan significativamente a los pacientes y sus familias en la planificación y prestación de servicios son necesarias para una transición a la coproducción centrada en el paciente y la familia.

Tal como lo respalda el estudio, la mejor manera de medir el éxito de la prestación de atención médica es una evaluación de las experiencias vividas por los pacientes y las familias. Las familias son un miembro no reconocido del equipo de atención que no solo brinda atención, sino que también tiene necesidades de atención en su papel como cuidador, y su propio papel único en la coproducción y su evaluación.

La educación del paciente y la familia, el desarrollo profesional del personal y la evaluación y medición institucional son esenciales para implementar y mantener la atención coproducida. Utilizando la comunicación de Habermas la teoría de la acción como marco teórico podría ser potencialmente beneficiosa para una mayor evaluación e investigación en el cuidado de la salud y las experiencias de los pacientes.

Comentarios Concluyentes

Actualmente, los factores sistémicos y las acciones estratégicas resultantes crean una atención médica centrada en el proveedor.

La atención tradicional ocurre cuando las decisiones se toman estratégicamente en nombre de los pacientes, dirigidas por factores sistémicos, con solo la percepción del compromiso del paciente y la familia.

La atención coproducida toma decisiones con los pacientes y las familias a través de la acción comunicativa o el entendimiento mutuo integrado contexto de las experiencias vividas por los pacientes.

La teoría de la acción comunicativa de Habermas proporciona el marco teórico y el lenguaje para anclar la práctica y la evaluación para transformar la atención médica basada en tareas sistémicas a las necesidades y objetivos de los pacientes y las familias.

Gao, Y. A. (2022). Patient and family engagement: Bridging together interprofessional practice and patient- and family-centred care (Vol. 9). Canada: PXJ.