



Medicina Paliativa

www.medicinapaliativa.es



EDITORIAL

Arquitectura centrada en las personas: paredes con alma

Como bien dicen Murray y Moine¹, “*las personas mueren en todos los ámbitos, por lo que su cuidado debería ser óptimo en todos ellos*”. El lugar de la muerte es solo el final del trayecto. Un trayecto dinámico, que sigue diferentes trayectorias y que muchas veces, en muchos aspectos es, si no imprevisible, sí ciertamente sorprendente para los profesionales asistenciales.

Las prioridades y los deseos de las personas respecto a su cuidado son fundamentales y deben ser siempre tenidos en cuenta, pese a que sea difícil darles respuesta en entornos públicos. Aun así, nuestro compromiso con los cuidados de calidad desde el principio de la etapa final de la vida debe ser incuestionable, y este compromiso también debe abarcar el respetar en lo posible el lugar de la muerte.

Una revisión sistemática reciente muestra, de forma congruente, que las personas al final de la vida prefieren morir en sus domicilios (rangos del 31 al 87 % para pacientes y del 25 al 64 % para cuidadores) y la preferencia de los pacientes por morir en su casa se mantiene en un 80 % de los casos, pese a la progresión de la enfermedad². Consideran que su domicilio les permitiría con más seguridad mantener un contacto continuado con lo que ha sido y es parte de sus vidas. Les haría sentir que son todavía las personas de siempre, pudiendo controlar mejor el ambiente y disfrutar de más autonomía y normalidad.

Sin embargo, en un estudio publicado recientemente³ se muestra que en España la defunción en hospital fue al menos un 75 % más frecuente que en domicilio, con variaciones importantes según la autonomía. Así, mientras que en Galicia y Comunidad Valenciana las defunciones por causas susceptibles de cuidados paliativos en el propio domicilio llegan al 40 %, en otras comunidades como Madrid o Cataluña este porcentaje solo alcanza al 22-23 %.

De esta manera es un hecho que, pese a la voluntad expresada por las personas, muchas veces no vivirán hasta el final en sus domicilios. En este contexto toman especial relevancia las iniciativas que logren adaptar los entornos asistenciales actuales a los deseos de las personas y, en definitiva, a sus necesidades.

¿Son importantes las características de los lugares en la atención a las personas?

Entre 1972 y 1981, el profesor y arquitecto Roger Ulrich⁴ recogió datos sobre la recuperación posoperatoria en un hospital de Pensilvania. El análisis se basaba en demostrar si las vistas de las habitaciones de hospitalización influían de alguna forma en la recuperación de los pacientes, si existían respuestas positivas y de carácter medible. Para este análisis se estudiaron 46 casos de pacientes, de los cuales 23 fueron alojados en habitaciones con vistas a la naturaleza y los 23 restantes con vistas a un edificio. Los resultados indicaron que los que se alojaban en las habitaciones con vistas a la naturaleza tuvieron estancias posoperatorias más cortas, tomaron menos fármacos y recibieron menos evaluaciones negativas por parte de las enfermeras en comparación con los pacientes cuya estancia transcurrió en las habitaciones con vistas al edificio.

A raíz de este estudio se desarrolló el *Diseño Basado en la Evidencia*, que se define como la toma de decisiones sobre el entorno construido a partir de investigaciones rigurosas y fiables con el fin de mejorar al máximo los resultados en salud⁵. Este tipo de diseño demuestra que los espacios físicos pueden afectar a la calidad de vida, a la recuperación de las personas y a sus resultados en salud⁶.

En una revisión sistemática⁷ publicada en 2015 sobre las preferencias de los pacientes en cuidados paliativos, los autores encuentran cuatro grandes dominios. Uno de ellos es que se les proporcione un entorno amable.

Todo esto pone de manifiesto que las características de los lugares de atención son algo más que el envoltorio de esta asistencia, ya que forma parte de las preocupaciones de las personas que los necesitan y puede llegar a modificar incluso su sintomatología y su capacidad de recuperación o de adaptación a la enfermedad².

¿Sería factible crear centros para pacientes con necesidades paliativas en nuestro país, basándonos en la idea anglosajona de los *Hospices*, buscando una integración social (dentro de la comunidad, como un elemento más del núcleo urbano)? ¿Podríamos reformar las unidades hospitalarias de cuidados paliativos y promover un cambio de concepción de estas, pues no son unidades hospitalarias convencionales?

La Unidad de Hospitalización de la Fundación CUDECA, en Benalmádena (Málaga), es una referencia única en nuestro país. Concebido con la filosofía Hospice aúna el trabajo de excelentes profesionales formados en cuidados paliativos con la labor inmensa de centenares de voluntarios en un entorno amable pensado para el confort del paciente y de su familia, sea cual sea el momento evolutivo del proceso (Figura 1).



Figura 1. Unidad de Hospitalización de la Fundación CUDECA, en Benalmádena (Málaga).

Los autores creemos que es posible una forma de arquitectura centrada en la persona, con espacios creados por y para ellas, desde el interior y con pasión. Ni “hospitales” ni “casas”; los entornos favorables para los cuidados paliativos han de tener una identidad arquitectónica propia, donde se concilien el cuidado y lo terapéutico, y que configuren entornos que permitan a las personas vivir el final de vida con dignidad.

Alberto Meléndez Gracia y Esther Limón Ramírez
Junta de la SECPAL

Bibliografía

1. Murray S, Moine S. People die everywhere, so care should be optimised in all settings and all along the way. *BMJ*. 2015;3135:h5677.
2. Gomes B, Calanzani N, Gysels M, Hall S, Higginson IJ. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliat Care*. 2013;12:7.
3. Cabañero-Martínez MJ, Nolasco A, Melchor I, Fernández-Alcántara M, Cabrero-García J. Lugar de fallecimiento de las personas con enfermedades susceptibles de cuidados paliativos en las diferentes comunidades autónomas de España. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2020;43:69-80.
4. Ulrich RS. View through a window may influence recovery from surgery. *Science*. 1984;224:420-1.
5. Geboy L. The evidence-based design wheel [Internet]. *Healthcare Design*. 2007;7:41-2.
6. Center for Health Design. Scorecards for evidence-based design. Concord, CA: Center for Health Design; 2005.
7. Sandsdalen T, Hov R, Høye S, Rystedt I, Wilde-Larsson B. Patients' preferences in palliative care: A systematic mixed studies review. *Palliat Med*. 2015;29:399-419.