

CAPÍTULO XI

Atención humana del paciente de urgencias

Clara Inés Durán Roja, Enf.
Clínica de Urgencias M. y T. Gutt
Fundación Santa Fe de Bogotá

INTRODUCCIÓN

Estandarizar la humanización del cuidado resulta un tema complejo de abordar, debido a que el ser humano es un conjunto de valores, reacciones y sentimientos, único e indivisible, que vive y responde ante la enfermedad de diferentes maneras, de acuerdo con sus experiencias, sus conocimientos y su modo de vida; por lo tanto, cada persona debe ser atendida de manera individual. Sin embargo, esta guía ofrece lineamientos generales de atención humanizada, puesto que, la calidad humana debe estar presente en la atención del paciente quien se torna frágil y angustiado frente a la enfermedad.

El principal objetivo de este documento es promover la reflexión en los profesionales de la salud, en particular en las enfermeras, acerca de su actuación en el momento de *curar* y *cuidar* las personas enfermas. Asimismo, reconocer la importancia y el significado que tiene para la persona enferma, el hecho de recibir una atención humana y no solamente científica; de esto depende en muchas ocasiones la adhesión a los tratamientos y cuidados.

HUMANIZACIÓN Y DESHUMANIZACIÓN

“El primer acto del tratamiento de la enfermedad, es dar la mano y una muestra de cariño al paciente...” Von Leyden.

La salud y la enfermedad no son valores absolutos a conseguir o combatir en la vida, son las formas a través de las cuales una persona da curso a su existencia. En el momento de vivenciar la enfermedad, es decir, en el de sufrir una alteración en su entorno interno (genético, fisiológico, psicológico, etc.) y/o su entorno externo (físico, social, económico, etc.) la persona amerita especial atención.

Humanizar la relación entre las personas que poseen los conocimientos técnico científicos y el ser humano que se enfrenta al duro trance de la enfermedad, implica, según Bayon, el ejercicio de las siguientes actividades: *la benevolencia*, significa querer el bien del otro; *la beneficencia*, obliga al profesional a poner el máximo empeño en atender el paciente en todos sus aspectos y hacer cuanto pueda para mejorar su salud de la forma que considere más adecuada y *la beneficencia*, que indica efusión hacia el paciente para compartir con él algo que le pertenece íntimamente y que se convierte en confianza para establecer tratamientos y cuidados, entre las dos partes, que benefician al paciente. Esto significa que

humanizar el cuidado requiere de la interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia con calidad.

Se entiende por deshumanización la pérdida de los atributos y de la dignidad humana en el contexto de la relación del profesional de la salud con el paciente.

RESPUESTAS DEL PACIENTE ANTE LA ENFERMEDAD

Son sentimientos o manifestaciones expresados por los pacientes ante la enfermedad y con los que, con mayor frecuencia, se lidia en los servicios de urgencias. Es importante que el médico y la enfermera estén atentos a estas señales para tranquilizar, ofrecer seguridad y confianza y aliviar la sensación o proporcionar comodidad al paciente.

Dolor: según Albrecht, es todo aquello que la persona que lo experimenta y describe como tal y existe cuando lo expresa de manera verbal o no verbal. Es una experiencia humana que incapacita, aflige, descompensa y que en muchas veces no se tolera.

Sufrimiento: se origina ante una sensación de amenaza, es decir, cuando el origen de la enfermedad es desconocido, cuando se cree que no puede ser aliviado o cuando su significado es funesto.

Ansiedad: reacción normal al estrés y a las amenazas percibidas inespecíficamente. Es una emoción que surge ante la percepción de peligros reales o imaginarios que se experimentan de manera física, psicológica o emocional.

Miedo: respuesta ante una amenaza específica.

Estrés: condición que surge cuando se percibe una situación que resulta amenazante y para la cual se cree que no se tienen los recursos suficientes para la adecuada superación. Es producto de la relación con el medio físico y social que rodea al individuo.

Desesperanza: mezcla de sentimientos, emociones y pensamientos, que se centra en la creencia fundamental de que no hay solución a las necesidades y problemas de importancia.

Irritación o agresividad: producida por la frustración de no poder hacer nada por sí mismo, la pérdida de control de la situación y los conflictos internos que se generan por la enfermedad; es la forma de enfrentar la ansiedad.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL ACTO DE CURAR Y CUIDAR

Se define curar como intervenir sobre la enfermedad y cuidar como las actividades que permiten alcanzar un mayor grado de bienestar. Para Hipócrates, el arte de curar se codifica en cuatro características importantes: ante todo jamás hacer daño; siempre que sea posible suavizar; a veces curar; pero siempre tranquilizar. Cuidar exige a los profesionales de salud utilizar dos de sus cualidades humanas: la capacidad de razonar y la capacidad de sentir y demostrar empatía hacia el paciente. Esto refuerza una vez más la idea de que la humanización del cuidado es una responsabilidad profesional ineludible, implícita en el quehacer asistencial y, desde siempre, ha sido un reto para la ética profesional.

El interés científico y el uso de la tecnología por parte de los profesionales de la salud tienden a desplazar el componente humano en la relación médico, enfermera y paciente. Pareciera que la tecnología redujera las múltiples

facetas del sentido del hombre enfermo (físico, psíquico, social, emocional, espiritual y cultural) a un simple problema biológico, toda vez que facilita la monitoría de los signos vitales, los procedimientos invasores y el control de las alteraciones fisiológicas para lograr la supervivencia. Sin embargo, el proceso de cuidar se desarrolla a partir de las interacciones que se establecen con la utilización de los conocimientos científicos, los procedimientos técnicos para el cuidado físico, biológico y la relación humana médico-enfermera-paciente para comprender su historia de vida, su manera de actuar y de responder frente a la enfermedad.

Se entiende el cuidado como la capacidad de asistir, guardar, conservar, recelar o preocuparse por algo o alguien. Para Márques, el cuidado incluye:

1. La acción encaminada a hacer algo por alguien que no puede desempeñar por sí mismo sus necesidades básicas, tales como alimentación, higiene personal, eliminación, termorregulación, sueño, descanso, comodidad, actividad y movilidad; es decir, sustituir a la persona cuando ella no puede autocuidarse.
2. Dar explicaciones para enseñar algo desconocido relacionado con la mejora de la salud o la adaptación a su enfermedad. Educar para disminuir miedos irracionales, enseñar la mejor forma de seguir el tratamiento y fomentar el autocuidado.
3. La posibilidad de expresión emocional, con palabras, gestos o silencios.
4. La intención de mejorar la calidad de vida del enfermo y de su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar. Esto implica fomentar la independencia y la autonomía.

El cuidado no tiene sentido si sólo se constituye de conocimientos técnicos sin tener en

consideración las necesidades del paciente quien, finalmente, es el árbitro de su propio cuerpo. Esto no significa que se deban abandonar la técnica, las habilidades y las destrezas necesarias para el cuidado del ser humano; el conocimiento y el dominio de los mismos son de extrema importancia, pues la asistencia debe integrar la dimensión de la relación humana y la dimensión de la técnica para posibilitar el verdadero cuidado de los profesionales de salud.

Sin duda alguna, es la enfermera quien habitualmente está en contacto directo y permanente con el paciente; por ello constituye un punto de referencia adecuado para humanizar la atención y el cuidado. Ser enfermera, consiste fundamentalmente en atender al paciente en aquellas actividades que contribuyen al restablecimiento de la salud. Por esto la enfermera siempre debe mantener una actitud de tolerancia, sensibilidad, respeto y amor hacia el paciente y ser puente de comunicación entre los miembros del equipo de salud.

Furegato refiere que para los pacientes las enfermeras son personas competentes, bondadosas, entregadas y cariñosas, que luchan en cada instante por el bienestar de quien cuidan; además, están constantemente próximas para aliviar el dolor, el sufrimiento y propiciar alternativas de mejoría y distracción ante la situación actual. Por encima de las intervenciones técnicas, indispensables para mejorar su estado de salud, las enfermeras están siempre ahí presentes para atender su llamado, escuchar su angustia y esto es justamente lo que hace la diferencia en el cuidado.

Asimismo, Da Silva identificó que para los pacientes el cuidado de enfermería se configura en la aplicación de los conocimientos científicos y la manifestación de actitudes de cariño, preocupación y paciencia propias de la afectividad humana y que deben ocurrir

cuando las personas pasan a vivir el ambiente hospitalario.

En este sentido, las enfermeras deben preocuparse cada vez más por aprender y desarrollar habilidades y estrategias para ofrecer un cuidado humanizado, en la misma forma como el desarrollo científico y tecnológico lo exige para intervenir en la enfermedad.

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

El servicio de urgencias merece especial consideración; la persona acude para ser atendida por una enfermedad de aparición súbita, que le causa desequilibrio biológico, psicológico y social. Presenta signos y síntomas que le generan incomodidad, angustia e interrupción abrupta de su ritmo de vida. La atención de enfermería debe caracterizarse por un alto componente de calor humano y apoyo al paciente para asimilar el problema y asumir el tratamiento. No obstante, éste es uno de los servicios donde con mayor frecuencia se observa una tendencia a la deshumanización y a centrar la atención en el aspecto meramente físico.

La atención del paciente en el servicio de urgencias, independientemente del nivel de complejidad y del motivo de consulta, involucra tres elementos que intervienen desde el principio hasta el final del proceso: el paciente, quien es el actor principal; el acompañante, generalmente un familiar o un amigo, y el profesional de salud que lo atiende. Para lograr una atención integral con calidad debe ocurrir una interacción continua entre los tres, en tal forma que el profesional proporcione sus conocimientos y habilidades humanas, el paciente exprese sus sentimientos y valores y la familia se haga partícipe del proceso para ayudar a la recuperación del paciente.

Debido a que la atención de urgencia amerita una intervención rápida, oportuna y eficaz para aliviar el dolor, el sufrimiento y evitar complicaciones severas, se dejan de percibir otras necesidades que experimenta el paciente, como, la incertidumbre, el miedo, la ansiedad y la incomodidad. Igualmente, no se toma conciencia de que el paciente pasa a vivenciar el entorno hospitalario, en muchas ocasiones desconocido para él, un ambiente pleno de rutinas, de realización de exámenes diagnósticos y terapéuticos, casi siempre impuestos pero necesarios, y se ve obligado a depositar su confianza en los profesionales de salud.

Sadala resalta que las dificultades vividas por los pacientes están relacionados con los sentimientos de inseguridad que experimenta en el hospital, en el cual, la prioridad de los profesionales se centra en los aspectos biológicos y técnicos para la conservación de la vida y la manipulación de aparatos utilizados para tal fin.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Se propone visualizar el proceso de atención de urgencias para identificar los factores que tienden a la deshumanización del cuidado y, al mismo tiempo, una vez reconocidos, formular estrategias para neutralizarlos.

El proceso de atención consta de los siguientes pasos (Figura 1).



Figura 1. Proceso de atención en urgencias.

Triage: cuando el paciente ingresa al servicio de urgencias, su primer contacto es con la enfermera del *triage*, quien realiza una valoración rápida para determinar la prioridad y el tipo de atención que debe recibir.

- El *triage* es el lugar de recepción y acogida del paciente; son los primeros minutos de la vivencia hospitalaria del paciente. La enfermera, en un periodo breve, debe iniciar una interacción adecuada con el paciente, para disminuir el miedo, la ansiedad, la angustia y la irritabilidad propias de la enfermedad y agravada por la larga espera que, en la mayoría de los casos, se presenta en los servicios de urgencias. Se logra al saludar con amabilidad, establecer contacto visual, preguntarle el nombre, escuchar con atención el motivo de consulta, demostrar interés por ayudarlo, explicarle el procedimiento a seguir y el tiempo probable de espera para la atención médica. Si, por el contrario, la atención es indiferente, limitada y cortante, se genera mayor tensión, resistencia y predisposición para recibir el tratamiento y los cuidados a pesar de la necesidad.
- La enfermera debe hacer el seguimiento periódico de los pacientes que se encuentran pendiente en la sala de espera. En caso de congestión del servicio de urgencias debe realizar una nueva valoración para identificar de manera oportuna los cambios en el estado clínico y, por ende, de la prioridad de atención previamente asignada e informarle la causa de la espera. Esta actividad demuestra al paciente la preocupación de la enfermera por su condición de salud, la importancia de su bienestar emocional y permite el acompañamiento durante esta fase de la atención.

Admisión administrativa: no se puede desconocer que el ingreso del paciente contempla un trámite administrativo de gran importan-

cia; en este aspecto la enfermera del *triage* debe velar porque el paciente reciba la atención médica adecuada y oportuna, más allá de las limitaciones administrativas.

Área de examen y tratamiento: en este lugar se realiza la valoración médica y se inician algunos procedimientos diagnósticos y terapéuticos por parte del personal de enfermería y otros profesionales.

En la práctica cotidiana se observa que, tanto médicos como enfermeras, caen en la rutina del trabajo con las siguientes consecuencias:

- Se realiza una valoración fragmentada e indiferenciada del ser humano y se intervienen los aspectos biológicos para mejorar o restablecer el patrón disfuncional; sin embargo, no se contemplan los aspectos psicológicos y sociales que hacen parte de la vida de esta persona.
- Existe una gran familiaridad con el trabajo, a tal punto, que para cada procedimiento hay una rutina y muchas veces el profesional realiza las actividades sin explicarlas al paciente y sin considerar el significado que tienen para éste. Por ejemplo, la venopunción es un procedimiento común y parece sencillo para la enfermera, pero para el paciente puede ser su primera experiencia o revivir una experiencia traumática previa; es decir, la colaboración dependerá del conocimiento que tenga la enfermera sobre la experiencia del paciente y la forma en que lo aborde.
- En algunas ocasiones, se subestima la información subjetiva; no se le da total credibilidad al sentir y a la manifestación del paciente, hasta que la tecnología lo demuestre con resultados objetivos.

La enfermera debe poner en práctica conductas sencillas pero significativas de respeto y valor por el otro, tales como:

- Saludar y llamar al paciente por el nombre; así mismo, presentarse. Este comportamiento muestra al paciente un trato individualizado y le permite reconocer al profesional que va a estar a cargo de la atención.
- Proporcionarle comodidad y privacidad para realizar la valoración médica y durante su permanencia en el servicio; ofrecerle bata de examen, indicarle donde debe guardar sus pertenencias y brindarle una sábana o cobija.
- Escuchar con atención lo que el paciente necesita expresar acerca de su problema y mostrarle interés y preocupación por lo que está sintiendo.
- Respetar la individualidad del paciente, lo cual significa que todo paciente debe ser tratado como un individuo único, con su propia historia personal, con sus atributos, necesidades y deseos propios.
- Mantener informado al paciente y la familia. Utilizar un lenguaje coloquial, palabras y frases sencillas, comprensibles y acordes con cada persona (el uso inadecuado de terminología técnica conduce a malas interpretaciones y aumenta la confusión del paciente). Explicar lo sucedido, lo que se va a realizar, cómo y cuándo se va a realizar y resolver la mayoría de dudas. La prudencia es fundamental en los comentarios que se hacen frente a la persona enferma.
- Mantener contacto permanente con la familia; explicarle detalladamente la situación, permitirle acompañar al paciente en los procedimientos en que es prudente hacerlo e involucrarla en los cuidados. Esto le permite al paciente conservar parte de su privacidad, hábitos y costumbres.

Área de observación: el paciente es trasladado a esta área cuando requiere vigilancia, descanso y nueva valoración posterior a la administración de medicamentos, la realización de tratamientos o entrega de resultados

para definir la conducta terapéutica. Por consiguiente, debe permanecer en urgencias durante un período de tiempo mayor, que muchas veces se caracteriza por la incertidumbre y desesperanza al no observar mejoría y preocupación ante el trastorno que le causa la interrupción abrupta de la vida diaria. Sin embargo, la mayor permanencia del paciente en urgencias representa una oportunidad para la enfermera de brindarle un cuidado integral afectuoso que permita mitigar los sentimientos de desesperanza, ansiedad y miedo y el dolor.

Los desaciertos en el cuidado humano en que se cae cuando el paciente está en esta área son:

- El paciente se “codifica” como una habitación o una patología.
- Ausencia de calor, afecto y empatía en la relación humana; dificultad en demostrar los sentimientos hacia el paciente, lo cual crea una distancia significativa entre el mundo objetivo del profesional y el mundo subjetivo del paciente.
- Deficiencia en la comunicación entre los miembros del equipo de salud; esto hace difícil la integración de la información y, en ocasiones, se presta para inconsistencias que generan confusión en el paciente y la familia.

En esta área en particular, la enfermera asume un papel muy importante en los cuidados que brinda a los pacientes:

- Quitar o aliviar el dolor: escuchar y atender la necesidad del paciente, valorar las características del dolor, los factores que lo aumentan o lo disminuyen y administrar el analgésico prescrito. Complementar con técnicas no farmacológicas como la distracción, la relajación, adopción de una postura cómoda, respiración lenta y profunda y

- explicación del efecto de la ansiedad en el empeoramiento del dolor.
- Identificar tempranamente cambios en la evolución, significativos para la toma de decisiones y conductas terapéuticas en forma rápida que acortan el tiempo de estancia del paciente en urgencias.
 - Ser un puente de comunicación entre los miembros del equipo de salud y la familia.
 - Establecer comunicación constante con el paciente y la familia, para disminuir los sentimientos contradictorios y las presiones psicológicas, emocionales y sociales resultantes del evento. Incluye la información telefónica; debe ser con tono amable, corta, clara y tranquilizante. Por el contrario, frases de uso corriente como *“está estable, es lo único que le puedo decir”* pueden generar mayor preocupación en la familia.
 - Mantener una actitud abierta y disposición para escuchar todo cuanto el paciente quiera manifestar sin inquietarlo, interpretarlo o juzgarlo, sin interrumpir ni dirigir la conversación y respetando los silencios y las emociones que expresa.
 - Ofrecer un trato con cortesía, amabilidad y una sonrisa. Estos comportamientos favorecen el acercamiento, la confianza y la seguridad del paciente en la enfermera.
 - Mostrar gestos de solidaridad: decir una palabra de aliento, establecer un pequeño diálogo, propiciar una caricia, en otras palabras, dar una mirada humana; estas actitudes muestran afecto del profesional hacia el paciente.
 - Realizar el acercamiento táctil afectivo, es decir, tocar su brazo, tomarlo de la mano, compartir una palabra; ayuda a tranquilizar el paciente ansioso o deprimido.
 - Ayudar a que el paciente enfrente sus miedos y preocupaciones con el fin de disminuir la frustración causada por la enfermedad; brindarle un espacio para que exprese libremente, sus sentimientos y reflexiones como el miedo, la ira, la culpa, la tristeza.
 - Promover el sentimiento de utilidad y seguridad de la familia, así como la capacidad de control de la situación actual. Resolver sus dudas cuantas veces sea posible, puesto que la ansiedad dificulta el aprendizaje.
 - Disminuir la ansiedad provocada por mitos y creencias erróneas, explicando siempre con claridad y sencillez los procedimientos.
 - Mantener una actitud flexible de visitas y permanencia de los acompañantes con el paciente.
 - Respetar las costumbres alimentarias y de higiene; aprender a conciliar los cuidados de tal manera que no se ocasionen cambios radicales y mucho menos impuestos.
 - Reforzar positivamente los cuidados y elogiar los logros alcanzados para aumentar la autoestima. Estimular a la familia para que realice los cuidados junto con el paciente para darle más apoyo.
 - Controlar algunos factores ambientales para favorecer el descanso y la tranquilidad: tendido de cama; cambio de las sábanas cuando éstas estén húmedas o sucias; cambios de posición; temperatura ambiente adecuada (en caso de frío ofrecer cobijas y en caso de calor o presencia de fiebre dejar libre de ropas y hacer medios físicos antitérmicos, evitar exposición innecesaria a corrientes de frío o calor); evitar el exceso de ruido.
 - Aplicar las medidas de seguridad personal del paciente con el fin de disminuir el riesgo de lesiones iatrogénicas por caídas: conservar arriba las barandas de la camilla, inmovilizar al paciente agitado, utilizar los implementos de ayuda como escalerillas (facilitar el ascenso y el descenso de la camilla) y ofrecer la silla de ruedas cuando sea necesario.
 - Respetar los ciclos circadianos; es decir, permitir al paciente espacios de reposo y sueño durante el día mediante la adecuación de la luz y disminución del ruido. En

las horas de la noche propiciar el sueño; crear un ambiente para dormir (oscuridad y silencio), evitar actividades que interrumpen el descanso, como limpieza del área y toma de signos vitales.

Salida: una vez se ha definido la salida o el traslado del paciente a otro servicio del hospital o a otra institución, la enfermera debe orientar al paciente y su familia sobre el procedimiento a seguir. Si el paciente sale a la casa, se le debe expresar la alegría de ver su mejoría, agilizar el proceso de salida, facilitar la movilización mediante el suministro del medio adecuado y verificar que el paciente recibe y comprende las recomendaciones para el cuidado en casa y los controles posteriores.

Durante la reanimación aguda: si bien es cierto que la prioridad en la atención de un paciente con una emergencia es salvar la vida mediante maniobras de reanimación, en el momento oportuno, se debe propiciar el acompañamiento del paciente por la familia y ofrecerle la información y las explicaciones necesarias que le permitan participar de manera efectiva en la toma de decisiones y la ayuda al paciente.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Aguarón M. Intervención de enfermería en la persona en coma y su familia. *Rol de Enferm* 2000; 23: 688–694.
2. Bayón C. Bioética y humanización en la medicina. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con res-

pecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. España, 1997.

3. Davis A. Las dimensiones éticas del cuidar de enfermería. *Enfermería Clínica* 2001; 9:21-34.
4. García A. La relación interpersonal en la interacción enfermero paciente. *Enfermería Clínica* 1998; 2:42-44.
5. Leyden V. Introducción a la bioética: humanización de la asistencia sanitaria. *Farmacía Clínica*. 1997; 14:319-323.
6. Marques S. Cuidar con cuidado. *Enfermería Clínica*. 1999; 5:266-268.
7. Sánchez Y, De la Fuente A. El arte de enseñar a cuidar, esencia en enfermería. *Med Pal Madrid* 2000; 7:157–160.
8. Sanz J. Tecnología y beneficencia del enfermero. *Med Clin Barc* 1999; 112:380–383.
9. Smeltzer S, Bare B. *Enfermería Medicoquirúrgica de Brunner y Suddarth*. Séptima edición. Interamericana McGraw Hill. México, 1994.

INTERNET

1. Armelin M. Apoio emocional as pessoas hospitalizadas. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-SãoPaulo. Tese. 2000. <http://www.eerp.usp.br/ilaenf/38/indexe.htm>
2. Da Silva L. Cuidados de enfermería: el sentido para enfermeras y pacientes. *Revista de Enfermería de Chile*. Universidad de Concepción, 2002. http://www.colegiodeenfermeras.cl/pdf/cuidados_sentido.pdf
3. Furegato A. O que a população sabe e espera do enfermeiro. *Gaucha Enf* 1999; 20: 80-90. <http://www.ufrgs.br/eenf/revistagaucha.htm>
4. Pérez A. Problemas éticos en la atención de urgencias. *Revista Cubana de Enfermería*. 1999; 15:133-140. <http://bvs.cu/revistas/enf/indice.htm>
5. Sadala M. Oferecimento de apoio oa paciente submetido a cirurgia cardiaca: abordagem humanizada do cuidar. *Rev Soc Card* 2000; 5:1 – 5. <http://www.revistasoceso.com.br>