



Reorientación de los servicios de urgencias hacia el paciente

La atención, con unos niveles óptimos de calidad, a personas que sufren procesos urgentes es uno de los principales retos pendientes de resolver aún por nuestro Sistema Sanitario. Desde el informe desfavorable del Defensor del Pueblo en 1988, se han ido incorporando mejoras asistenciales, pero queda un largo camino por recorrer. El crecimiento de las asistencias en Urgencias es imparable, impulsado por la conducta frecuentadora de la población, que favorece una utilización inadecuada de las Urgencias^{1,2}, la inducción de la demanda de atención sanitaria (que no parece tener visos de solución en los próximos años), y el carácter “homeostático” de las Urgencias, resolviendo lagunas de otros servicios o amortiguando la ineffectividad de aquellos³. Así, nos encontramos con el desgraciadamente conocido paisaje de servicios masificados y generadores de multitud de reclamaciones, pero como contrapunto, imprescindibles en el marco sanitario actual.

Si un ciudadano acude a Urgencias va a conocer todas las caras de la Sanidad en un breve espacio de tiempo, tanto sus aspectos más positivos, como los más deletéreos.

¿Qué hacer? No existen recetas mágicas, pero, cualquier intento serio de mejora pasa por la reorientación de las estructuras y los procesos hacia el ciudadano y convertirlo en el eje de la prestación de servicios. Estos procesos están colmados de actividades sin valor añadido, circuitos aberrantes, compartimentación del bien asistencial y dilución de responsabilidades⁴ que desvirtúan su finalidad.

Para obtener un sistema centrado en el paciente se debe incidir sobre la *accesibilidad*, la *continuidad de los cuidados*, la *satisfacción* de los usuarios y el enfoque *integral* de los profesionales.

Respecto a la *accesibilidad*, es precisamente en las Urgencias hospitalarias donde los individuos ejercen con mayor claridad los principios básicos de un sistema sanitario público, puesto que no existen listas de espera, ni sistemas buro-

cratizados que filtren el deseo de ser atendido. Aquí juega un papel muy importante la percepción que tiene la persona del grado de cobertura de sus necesidades físicas y psicosociales. El conflicto surge al estar la asistencia centrada en la enfermedad, con un modelo de corte reduccionista, ante el que muchas veces el usuario no siente que se le atiende adecuadamente cuando algún aspecto de su dimensión psicosocial e incluso, espiritual, no es tenido en cuenta⁵. Por más calidad que se haya derrochado en el diagnóstico, en el tratamiento o en la valoración y aplicación de cuidados, si los profesionales no prestan la debida atención a aspectos que la persona cree importantes en ese momento, difícilmente identificará a ese servicio como accesible.

Otro componente decisivo en la accesibilidad son los sistemas de clasificación de pacientes. Inicialmente, estos métodos persiguen la adecuada selección de los procesos realmente urgentes de aquellos que no lo son, implementados en la mayoría de los centros por enfermeras expertas y con una gran pericia clínica⁶, apoyándose en algoritmos de decisión. Se puede deducir fácilmente que la excelencia clínica de la enfermera y la efectividad de los algoritmos son determinantes en los tiempos de espera finales. No existe evidencia disponible acerca del efecto del triage de las enfermeras en Urgencias en la demora de la atención: los resultados se contradicen⁷ y es necesaria la profundización en esta medida para optimizarla, mediante la investigación rigurosa, incluidas las innovadoras experiencias de triage telefónico.

Por último, las consultas rápidas o “fast-track” han de perfeccionarse de modo que se evite verdaderamente el cruce de flujo asistencial entre quienes acuden con procesos banales y aquellos pacientes más graves.

Otro gran escollo actual es la *continuidad de cuidados*, entendida ésta como el grado en que la asistencia que necesita el paciente está coordinada eficazmente entre diferentes profesionales y organizaciones con relación al tiempo⁸. Entre las causas

más comunes de la discontinuidad en los cuidados figuran la falta de metodología, la orientación por tareas (con una fragmentación excesiva de procesos e inexistencia de mecanismos evaluadores de los mismos), la descoordinación entre áreas y como resultado, la carencia de objetivos asistenciales comunes. Los escasos recursos enfermeros disponibles en estos enclaves producen que la enfermera suela estar centrada en las tareas que tiene que realizar, pero no en las personas que tiene que cuidar, con el agravante de la presión asistencial. En las áreas de policlínica es donde este fenómeno alcanza mayor relevancia: la enfermera puede tener asignados entre 20 y 30 pacientes de los que probablemente sólo conoce la medicación que le va a administrar o la muestra de sangre que le extrajo al ingreso.

Wesson⁹ observó cómo las necesidades de carácter psicosocial y emocional, así como la necesidad de información al paciente y sus familias, no siempre son valoradas, aflorando las dificultades derivadas, en el traslado a otras unidades o al alta al domicilio. Una persona que sufre un proceso urgente experimenta vivencias que van desde percibir una situación de máximo riesgo vital y adquirir, si su capacidad cognoscitiva se lo permite, una fuerte apreciación de muerte inminente, al sufrimiento derivado del dolor y las técnicas agresivas. Su nivel de independencia para satisfacer necesidades disminuye súbitamente y se ve amputado de su entorno habitual¹⁰: familia, contacto afectivo, hábitos de la vida diaria, rol... A cambio, se le introduce en un entorno hostil y con mínimas posibilidades de tomar decisiones sobre sí mismo. Las estrategias encaminadas a garantizar la continuidad de cuidados deben contemplar el empleo del proceso enfermero como método habitual de prestación de cuidados, así como la facilitación de su aplicación (mapas de cuidados, soporte informático), la instauración de programas de garantía de la calidad (protocolización del mayor número posible de procesos, incorporación de estándares, grupos de mejora, revisión por pares, audits periódicos, empleo de indicadores sensibles, etc.), la asignación enfermera/paciente y una coordinación apropiada con Servicios Sociales, protección de menores, Juzgados de Guardia y con Atención Primaria para el control de frecuentadores, detección de crónicos, etc.

Pero, también hay problemas estructurales que dificultan la continuidad, como son los altos índices de rotación de personal, el uso infrecuente de políticas de mejora y garantía de la calidad, la existencia de unidades diseñadas sin criterios de confortabilidad, respeto a la intimidad, posibilidad de acompañamiento familiar o la rigidez en el manejo de los recursos humanos, con dificultades para adaptarlos a los flujos horarios de pacientes.

La *satisfacción de los usuarios* (resultante de la diferencia entre sus expectativas y la percepción del servicio recibido) debe ser el principal argumento de las organizaciones orientadas hacia el paciente. Entre los factores con mayor influencia

destacan: el trato humano, la información, los tiempos de espera, la estructura física y la valoración de la competencia de los profesionales¹¹⁻¹³. En la actualidad se incorporan cuestionarios de satisfacción en muchas unidades pero, no siempre con la regularidad debida y sin retroalimentación hacia los profesionales, convirtiéndose las encuestas de satisfacción en un conjunto de datos estériles.

Respecto a la información, se debe reorientar la periodicidad y el contenido de ésta a los pacientes y sus familias. Habitualmente, la información se limita a facilitar el diagnóstico, pronóstico inmediato y pruebas complementarias por parte del médico, tras lo cual, se supeditan los nuevos episodios informativos a la aparición de complicaciones o "novedades". La angustia que genera en los familiares la separación de su ser querido y la ausencia de información es fuente de insatisfacción permanente. A este respecto, muchos usuarios, incluso en situaciones de gravedad considerable, desean mantener su autonomía en la toma de decisiones sobre su proceso¹⁴. El respeto del principio de autonomía choca frontalmente con la asistencia paternalista que estimula la asimetría de información a favor del profesional, que es el que posee el conocimiento técnico.

La enfermera puede y debe informar al paciente y su familia sobre aspectos frecuentemente solicitados por aquellos como habilidades cognitivas o motoras para adaptarse a su nueva situación, identificación de síntomas, estado de confort, nivel de autoestima y afrontamiento, etc. Una información asidua sobre su cobertura de necesidades aporta enormes dosis de satisfacción a los usuarios de los servicios de Urgencias. Pero, sin duda, la mejor medida al respecto es la facilitación del acompañamiento familiar en el área de Urgencias. A priori es un tema controvertido que tropieza con unidades mal diseñadas que impiden la ejecución de esta acción, pero incluso en aquellas en las que es posible físicamente, no cuenta con el beneplácito del personal asistencial. Los efectos beneficiosos de la presencia familiar se han demostrado en numerosos estudios y sólo en determinadas ocasiones está contraindicada. La implicación familiar en el proceso de cuidados disminuye su angustia, crea sensación de protección en el paciente y refuerza el afrontamiento.

Todo esto podría resumirse en la determinación de incorporar un enfoque integral a la asistencia y al entorno. Es un término desgastado de tanto esgrimirlo, pero, inaplicable en la realidad. La fragmentación de la persona hace que sea el paciente el que se tiene que adaptar a las diferentes estructuras y procesos de la Unidad. El modelo positivista se centra en la parte y olvida el todo, divide a la persona en enzimas, órganos, diagnósticos, pruebas e intervenciones, adquiriendo los profesionales una excelente agudeza visual para analizar la parcialidad y una gravísima miopía para integrar la totalidad de la persona.



La enfermera, por definición, debe proveer de recursos al individuo que lo precisa, aumentando, completando o sustituyendo su fuerza, conocimientos o voluntad y valorando las respuestas de la persona a su situación, estableciendo objetivos conjuntamente con él teniendo en cuenta sus percepciones, creencias y valores de cara a resolver o paliar mediante acciones cuidadoras los problemas detectados. Si los recursos se planifican atendiendo exclusivamente a la realización de intervenciones derivadas del tratamiento médico, difícilmente se podrán abordar estas demandas.

El cuidado de la persona que sufre una situación de este tipo, se realiza metodológicamente para los aspectos físicos y técnicos (protocolos, guías de actuación...) e intuitivamente para las demandas de soporte emocional, afrontamiento, res-

puesta al estrés, duelo, deterioros de la adaptación, impotencia, ira... Se abordan a expensas de la visión y formación que tenga el profesional en cada momento. Existen hoy día técnicas de manejo de la comunicación y entrevista, lenguaje no verbal, relación de ayuda y humanización de la asistencia que parecen muy alejadas de este tipo de unidades.

Curiosamente, si los profesionales se ven involucrados como usuarios, procuran que se cubran esos aspectos favoreciendo la presencia, ofreciendo soporte emocional a su familiar, etc.

Estamos ante una era de tremenda efectividad asistencial, pero, la población demanda algo más. Nos corresponde a los profesionales generar el cambio e incorporarlo definitivamente a nuestro día a día, implicándonos con la razón de ser de nuestra práctica: la persona.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Bertos Polo JJ. Utilización inadecuada del Servicio de Urgencias Hospitalario. Justificación de una consulta rápida. *Todo Hospital* 1997;139:29-38.
- 2- Afíalo M, Guttman A, Culacare A et al. Emergency department use and misuse. *J Emer Med* 1995;13:259-64.
- 3- Concejo Badorrey C. Implantación de un programa de calidad en un Servicio de Urgencias hospitalario. *Rev Calidad Asistencial* 1997; 12:241-56.
- 4- Lamarca I, Cañís A. Adaptación del modelo de planificación de recursos hospitalarios (MPRH) a una organización focalizada hacia el paciente. *Todo Hospital* 1997;134:37-47.
- 5- Hostutler JJ, Taft SH, Snyder C. Patient needs in the emergency department: nurses' and patients' perceptions. *JONA* 1999;29:43-50.
- 6- McNally S. The triage role in emergency nursing: development of an educational programme. *Int J Nurs Pract* 1996;2:122-8.
- 7- Parris W, McCarthy S, Kelly AM, Richardson S. Do triage nurse-initiated X-rays for limb injuries reduce patient transit time? *Accid Emerg Nurs* 1997; 5:14-5.
- 8- JCAHCO. Características de los indicadores clínicos. *Control de Calidad Asistencial* 1991;6:65-74.
- 9- Wesson JS. Meeting the informational, psychosocial and emotional needs of each ICU patient and family. *Intensive Crit Care Nurs* 1997;13:111-8.
- 10- Morales Asencio JM. La valoración del enfermo crítico según el grado de dependencia de enfermería. *Enf Clínica* 1997;7:9-15.
- 11- Alcaide G, Arcelay A, Gutiérrez F, et al. Satisfacción del usuario en Urgencias. ¿Cuáles son los factores importantes? *Rev Calidad Asist* 1997;12: 348.
- 12- Watson WT, Marshall ES, Fosbinder D. Elderly patients' perceptions of care in the emergency department. *J Emerg Nurs* 1999;25:88-92.
- 13- Cuñado Barri A, Real Cereijo C, Lanero González B, Moreno Escobar J, Garen López F. Influencia de la reforma de las instalaciones en la satisfacción de los pacientes en un servicio de urgencias hospitalarias. *Emergencias* 1999;11:352-60.
- 14- Davis MA, Hoffman JR, Hsu J. Impact of patient acuity on preference for information and autonomy in decision making. *Acad Emerg Med* 1999;6: 781-5.

J. M. Morales Asencio

Enfermero. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.