Atención centrada en el paciente. Humanización en unidades coronarias

Patient-Centered Care. Humanization of Coronary Care Units

Progresivamente vamos ingresando en una medicina quizá más efectiva, más individualizada, más tecnificada, con una increíble velocidad en el crecimiento de los conocimientos y los avances.

La forma de establecer una relación médico-paciente se ha ido modificando de tal manera que no sentimos que haya ocurrido, no percibimos si ha cambiado, y puede ocurrir que si nos detenemos y observamos desde la distancia, podremos describir una forma de atención que dista de cómo hemos aprendido o creemos que debiera ser.

No significa que el tiempo pasado ha sido mejor. Desde un análisis contemporáneo, actual, hemos tenido actitudes paternalistas e incluso autoritarias que sufrieron nuestros pacientes. Pero debemos tener en cuenta que era la práctica habitual en ese momento, y es difícil juzgar en momentos temporales distantes las mismas actitudes.

En esta relación médico-paciente es posible tener resultados positivos y negativos. Con nuestros gestos, palabras o actitudes podemos ayudar a la cura, aliviar el dolor y la angustia, aliviar la ansiedad, pero al mismo tiempo podemos generar temores, fantasías y, finalmente, una peor evolución.

Pero esta relación es despareja, ya que por un lado nosotros estamos haciendo algo para lo cual fuimos entrenados y hemos estudiado, y lo hacemos en un ámbito local como el consultorio o la internación, en condiciones favorables para el médico. Sin embargo, para el paciente todo es nuevo, no sabe qué decir o preguntar, cómo dirigirse, en qué contexto se realiza, y se establece una relación asimétrica en conocimientos, basada mayormente en la confianza sobre alguien que incluso puede ser desconocido, a quien cuenta intimidades o percepciones que nunca habían sido verbalizadas.

No nos referimos exclusivamente al paciente, ya que en general, y mayoritariamente por suerte, junto a él están sus vínculos afectivos, la familia, su pareja, sus hijos, sus padres o hermanos, por lo cual la perspectiva del paciente está ligada tanto a sí mismo como a su familia, quienes en diferente medida, pero coincidentemente valorizan la curación y sufren los inconvenientes que genera la atención.

Pensemos en la atención de pacientes en una Unidad Coronaria (UCO), lugar donde trabajo desde hace muchos años.

Desde la perspectiva del paciente no hay duda de que se encuentra en una situación extraña (independientemente del motivo por el cual esté internado en la UCO). Lo primero que ocurre cuando ingresa es ser recibido por el personal de enfermería y los médicos. ¿Es común que nos presentemos con nombre y apellido? En general recibe frases usuales, le piden paciencia y le aseguran que todo va a estar bien. En segundo lugar (y me pregunto por qué para todos), quedará desnudo, sin su ropa interior. No hay lugar para el pudor o las inhibiciones. Y lo peor de todo, es que el paciente –a pesar de sentirse incómodo– lo reconoce como necesario y normal.

¿Cuántas veces nos sentamos en el mismo nivel de los ojos del paciente? ¿Cuántas veces durante la internación tocamos al paciente (y nos alejamos de la información precisa y científica de los análisis de sangre, radiografías, ecografías y demás)? ¿Cuántas veces durante su estadía el paciente escucha ser llamado por su nombre?

¿Estamos en condiciones de decir que respetamos la dignidad y los derechos del paciente?

¿Conoce el paciente sus derechos como tal? ¿Nosotros transmitimos la posibilidad de conocerlos y aplicarlos?

Desde su perspectiva, el paciente siente que está en un lugar extraño. Puede sentir que pedir ayuda es interrumpir el trabajo de otros. Entiende que la luces encendidas de noche y el nivel de ruido en horarios nocturnos es lógico y normal porque está en la UCO. Entiende que el alimento que debe ingerir está determinado y no se siente con derecho a pedir un cambio.

¿Qué podemos decir de la comunicación efectiva? Tanto en lo verbal como lo gestual es irregular la forma de relacionarnos con el paciente y su familia. Nuestras palabras suelen parecer difícilesy técnicas, nuestros silencios o gestos, adustos y, en oportunidades, hay escasa participación en las decisiones y tratamientos.

¿Cuántos pacientes conocen el nombre de su enfermera y del médico tratante? ¿Cuántas veces por semana ha sido llamado por su nombre durante la internación? ¿Sienten los pacientes en forma emocional una escucha activa, empatía y comprensión por parte nuestra?

Todos nosotros debemos impulsar un cambio de paradigma en la atención. Pensar más y ubicarnos como pacientes y como familia y así acercarnos a sus sentimientos. Son cosas simples, que nos saldrían con naturalidad, pero que se han ido perdiendo con el tiempo. Podemos aplicarlas en casi todos los lugares de atención. Nuestra actitud será imitable y contagiosa con nuestros pares.

Propuestas

Puertas abiertas: las familias pueden ingresar en cualquier momento del día y en forma organizada, pueden permanecer junto a sus enfermos. Esto ayuda a la

contención emocional del paciente y de sus familiares. No debemos sentirnos observados si trabajamos como corresponde. Ellos pueden ayudarnos al cuidado del paciente si los involucramos y los orientamos respecto de cómo hacerlo.

Esta disposición nos ayudaría también como médicos en interconsulta. ¿Cuántas veces hemos concurrido a unidades cerradas y tocar el timbre para que nos abran la puerta esperando hasta niveles irritantes?

Comunicación efectiva: debemos escuchar al paciente, contactarnos empáticamente, con comprensión. Sentarnos en el nivel del mismo y mirándolo a los ojos. Tocarlo y que nos sienta. Presentarnos con nombre y apellido. Referirles cuál es nuestra función. Explicarles y compartir cuáles son los planes de atención diaria y de los próximos días. Lo ideal es transmitir una idea de equipo de salud, juntos los médicos y las enfermeras. Darle la oportunidad de preguntar. Orientarlo en cuanto a qué podría preguntar. Respetar el derecho de "saber" y el de "no saber".

Bienestar del paciente: debemos respetar la dignidad del otro. No hay necesidad de que se encuentre desnudo. Asegurar el descanso nocturno con silencio y con la iluminación a menor intensidad. No despertarlo a la noche para higienizarlo o tomar muestras de sangre a la madrugada. Control efectivo del dolor estableciendo los parámetros y las conductas de servicio sobre cómo aliviarlo.

Respetar sus costumbres personales y religiosas. Estar atento y poder solucionar los problemas que puedan ocurrir.

En sí mismas, son cosas absolutamente simples y realizables tanto para la enfermería como para el personal médico y paramédico.

Podríamos preguntarnos por qué estamos preocupados por la "humanización de las UCO". Y precisamente la respuesta la encontraríamos cuando observamos cómo están nuestros pacientes, cómo los atendemos y cómo nos valoran ellos y sus familias y concluiríamos que nos hemos apartado de lo ideal. No hablamos de atención médica específica, aunque esto también significa curación.

En oportunidades las instituciones reciben emotivas cartas de agradecimientos de los pacientes a los equipos de salud porque se han curado o han mejorado su malestar. El orgullo es aún mayor si especialmente transmiten agradecimiento por haber sido tratados con respeto y dignidad.

Miguel A. González
Presidente de la Sociedad Argentina de Cardiología