

Atención de la urgencia en casa: una reacción automática^a

Martha Adiel López Betancur^b

INTRODUCCIÓN

Enfrentarse con una situación considerada urgente obliga a actuar y pedir asistencia inmediata (1); sin embargo, no todas las situaciones de pérdida de la salud hacen consultar. Las personas pueden decidir automedicarse o esperar. Un estudio realizado en la Universidad de Antioquia en 2002 (2) mostró como un 97% de los entrevistados se automedicaba, argumentando comodidad, evitarse perder tiempo, mayor economía y encontrar una solución más rápida a su situación. De esa manera se sentían más responsables por su salud. Así pues, se puede decir que cuando las personas se enfrentan con una situación de pérdida de la salud, pueden consultar por considerar que no da espera o ensayar diferentes remedios antes de consultar.

Comprender el significado que las familias les dan a las acciones que realizan cuando enfrentan una situación de urgencias, es importante para enfermería porque permitirá crear programas de educación que brinden herramientas para actuar en estas circunstancias de manera segura, porque no siempre consultan a un servicio médico. Adicionalmente, los resultados contribuyen a dilucidar la función de enfermería en el contexto de las urgencias domiciliarias la cual aún no se ha desarrollado lo suficiente.

El presente artículo busca responder a la pregunta de investigación acerca del significado que dan las personas a las acciones que realizan cuando, estando en su casa, enfrentan una situación de urgencias. No se encontró en la revisión preliminar al estudio reporte de investigaciones en Colombia que buscaran comprender dichas acciones.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cualitativo, se utilizaron técnicas de la etnografía que consiste en “describir un comportamiento y comprender por qué y bajo qué circunstancias se da

RESUMEN

Objetivo: comprender el significado que tiene para las familias del paciente las acciones que realizan cuando, estando en casa, enfrentan una emergencia mientras llega la atención médica. **Metodología:** se utilizó el enfoque etnográfico particularista. La información fue recolectada en entrevistas y en la observación de adultos que recibieron atención urgente en la casa. En la ciudad de Medellín, Colombia, entre enero de 2005 y diciembre de 2006. **Resultados:** en situaciones de urgencia las tareas son distribuidas de forma automática entre quienes se encuentran cerca del paciente, con el fin de ayudarlo a recuperar la salud, acompañarlo para evitarle sufrimientos, disponer el espacio y prepararlo para la visita médica. **Conclusiones:** es indispensable ofrecer educación a la comunidad para que las personas actúen tranquilas y seguras en el caso de una situación de urgencia en casa.

Palabras clave: *servicio de atención de salud a domicilio, enfermería de urgencias, atención domiciliar de salud, atención prehospitolaria.*

- Este artículo hace parte de la Investigación autofinanciada “La llamada por la vida: necesidades de cuidado urgente en casa”, realizada en Medellín Colombia entre enero de 2005 y diciembre de 2006 y asesorada por Constanza Forero.
- Enfermera Universidad de Antioquia, Especialista en Docencia Universitaria. Magíster en enfermería. Docente Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia. Correo electrónico: adiel@tone.udea.edu.co

Cómo citar este artículo:

Lopera Betancur MA. Atención de la urgencia en casa: una reacción automática. Invest Educ Enferm. 2009;27(1):54-59.

Recibido: Diciembre 6 de 2008. Envío para correcciones: Febrero 6 de 2009. Aprobado: Febrero 23 de 2009.

In the event of an emergency at home: an automatic reaction

Martha Adiel Lopera Betancur

ABSTRACT

Objective: Understanding the meaning of actions done by patient's family members at home when an emergency situation happened and were waiting for medical attention. **Methodology:** the particularistic ethnographic approach was used. The information was gathered from interviews and observations made to people that received emergency attention at home, in the city of Medellín-Colombia between January 2005 and December 2006. **Results:** In emergency situation people delivery tasks automatically among who are next to the patient, these tasks are done to recover health, to give company to avoid patient' suffering and to organize physical space and prepare patient to receive medical attention. **Conclusion:** it is essential to provide education to community for people's automatic reactions in case of emergency at home to develop safe and calmed actions.

Key words: *health care service at home, emergency nursing, home nursing, pre-hospital care.*

dicho comportamiento" (3), concretamente son técnicas de la etnografía particularista que es "aplicar el método etnográfico y holístico a cualquier unidad social o grupo humano aislable" (3). Este estudio se realizó en Medellín, con adultos que han recibido atención de urgencias en la casa y aceptaron participar. Para la elección de los participantes, según lo recomendado por Minayo, "lo importante no es establecer el número de personas o casos a estudiar, sino profundizar en la comprensión que el grupo social tiene de las temáticas en estudio. La muestra privilegia los sujetos sociales que tienen los atributos que el investigador quiere conocer" (4).

Técnicas de recolección de información

La información se recolectó a través de "observación, descripción y entrevistas" (5). Los datos fueron consignados

en diarios de campo. Se determinó la saturación de la información cuando había redundancia, esto es encontrar la misma información en repetidas indagaciones, sin obtener información nueva (6). En las observaciones se logró la saturación con 100 horas y en las entrevistas se consiguió con una sesión por participante para un total de 7.

Observaciones

Para las observaciones, la investigadora acompañó las visitas de una empresa de atención de urgencias domiciliarias, en diferentes horas del día o de la noche. La investigadora actuaba sólo como observadora; contó con una guía de observación durante la atención para obtener información acerca de la dinámica y el comportamiento familiar y del paciente.

Los diarios de campo incluían descripciones, personas y lugares, acontecimientos, conversaciones y expresiones. Se registraron detalles sobre el sitio de la casa en el cual se recibió la atención, algunas actividades de las personas durante la misma y la identificación de quien ejerce el liderazgo y toma las decisiones que comprometen a la familia, además de las dudas del investigador y aspectos que requerían mayor profundización.

Entrevistas

Cada entrevista se realizó de manera "flexible y dinámica, dirigida hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los individuos acerca de su vida, experiencias o situaciones" (8); recoge la visión de los participantes para determinar el fenómeno en sus propios términos. La técnica semiestructurada permitió escuchar al entrevistado, haciéndole preguntas de acuerdo con el desarrollo de la misma. Se realizaron después de recibir la atención de urgencias en la casa, en el momento que su condición de salud no interfería con las respuestas. El que los relatos sean posteriores a la vivencia se justifica, según Morse (9), para dejar pasar un tiempo para que las personas hablen de sus experiencias más desde la reflexión que desde la emotividad.



Figura humana femenina (estado de gravidez). Área arqueológica: Tumaco – La Tolita. Cronología: 700 a.C – 350 d.C. Colección Museo Universitario de la Universidad de Antioquia (MUUA).

Los participantes en las entrevistas fueron siete personas: cinco mujeres y dos hombres de diferentes edades; una madre estudiante, un hombre discapacitado quien falleció 3 meses después de la entrevista, una cuidadora de la madre, una enfermera, un ama de casa, una mujer que cuidaba a su madre, quien murió, y un estudiante. Se recolectó información por muestreo teórico, según lo dice Galeano “es una muestra intencional, seleccionada con criterios establecidos” (10).

Análisis

Para el análisis se hizo una lectura general y posteriormente párrafo a párrafo, encontrando códigos que se agruparon en categorías, representadas en mapas mentales, Concomitante con la obtención de los datos, teniendo en cuenta, como lo recomienda Galeano “el carácter emergente del estudio” (10), para cada categoría se utilizaron nombres en los términos en que las personas lo manifestaron.

Criterios de rigor

Los criterios de rigor de la investigación cualitativa están basados en la credibilidad, la auditabilidad o confirmabilidad y la transferibilidad o aplicabilidad (11). Los resultados del estudio se presentaron a pares y a algunos participantes. Pero además se recogen testimonios para respaldar el análisis.

Las entrevistas se grabaron para lograr el máximo de fidelidad, se transcribieron lo más pronto posible para detectar aspectos que faltaran en la grabación. Los resultados se confrontaron con reportes de investigaciones y literatura publicada.

Aspectos éticos

Las consideraciones éticas se refieren a “la calificación del riesgo, la confidencialidad de la información, la garantía de guardar la privacidad de los participantes, el respeto a su autonomía al aceptar o no la participación en la investigación, el uso de los datos con fines exclusivos para este proyecto y la devolución de los resultados a las personas, comunidades o instituciones participantes” (12). Esta investigación es considerada sin riesgo para los informantes, de acuerdo con lo establecido por la resolución 8430 de 1993 (13); a cada persona se le pidió el consentimiento informado en forma verbal, antes de la entrevista y la grabación, se garantizó la confidencialidad de la información obtenida; cuando alguna información mereció precisarse, se hizo de manera impersonal; los nombres en las entrevistas y los diarios de campo se cambiaron. La investigación fue avalada por el Centro de Investigación y el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.

La investigadora no tiene conflictos de interés con el estudio.

RESULTADOS

Los resultados recogen el significado que los participantes les otorgan a las acciones que realizan cuando, estando en su casa, enfrentan una urgencia, tareas que son distribuidas entre quienes están cerca del paciente.

Distribución automática de tareas

Las situaciones de urgencia hacen que surja, como respuesta, una distribución automática de tareas entre las

personas que están al lado del paciente con varios fines como ayudarlo a recuperar la salud, evitar su sufrimiento u organizar. Estas tareas no son planeadas, su carácter automático depende de la urgencia que las personas le otorgan al evento de salud.

“Yo no sé de dónde sacamos esa reacción” (E4)

La tarea de cada uno de los que están al lado del paciente depende de su conocimiento y personalidad. No hay imposición para ninguno. En la dinámica de la familia cada quien sabe, según su conocimiento y personalidad, cuál es su función en un momento dado.

El conocimiento que permite emprender acciones con cierta calma es un proceso aprendido culturalmente, por los medios de comunicación, el contexto social, la educación por parte del personal de salud y por las experiencias previas.

(...)Mas o menos uno va sabiendo, y le compré suero y le iba dando (E32)

El medio social y cultural permite adquirir conocimientos que en un momento ayudan a emprender acciones. Un ejemplo es el siguiente testimonio donde se muestra cómo una madre joven decidió ensayar una solución según el conocimiento generalizado en su cultura mediante los medios de comunicación.

“Yo me imaginé que era una gripa, entonces pa` la fiebre Acetaminofen, que es lo que todo el mundo sabe, que hasta las propagandas lo dicen” (E3)

La educación recibida del personal de salud o de otros familiares les permite utilizar los recursos para solucionar las situaciones que se presenten sin cometer errores; a través de ella es posible valorar la evolución del problema de salud, las intervenciones y los signos clave para reconocer que una situación requiere consulta. Quien brinda educación debe ser alguien de confianza para la familia y el paciente.

“Yo los he entrenado, y ellos saben qué hacer para que no hagan burradas” (E40)

“Cuando vine a la pieza de él, ví que estaba inconsciente y vomitando; lo volteamos y llamé. Eso es lo que nos han recomendado”. (O9)^c

Además del conocimiento, la personalidad de quienes están al lado del paciente puede determinar la tarea que asumen. Esta capacidad de actuar de determinada manera en los eventos de urgencias es conocida mediante la dinámica familiar.

“En el caso de nosotros, mi hermana es la que más calmada es...ella va, viene, está pendiente, mientras uno no, al menos yo no sirvo para eso” (E13)

“Cuando lo de mi mamá fue tal que (...) cuando la vimos tan ansiosa(...) y yo le tomaba la presión... Nena ahí mismo llamaba y yo le decía que encontraba... pero ninguna entra en pánico” (E41)

A continuación se describe el significado que las personas les dan a las tareas que realizan de manera automática orientadas a recuperar la salud, evitar sufrimiento y organizar.

Recuperar la salud

Quien realiza esta tarea lidera las acciones y busca ayuda cuando sus capacidades se desbordan; es alguien con habilidad para manejar las crisis gracias a condiciones de personalidad o conocimiento.

Una de las acciones que las personas emprenden orientadas a recuperar la salud es la automedicación, esto es consumir algún medicamento que no ha sido ordenado por un médico en el actual evento, aunque es posible que en ocasiones anteriores se utilizara con éxito; no obstante, realizan una evaluación continua del paciente con el fin de determinar si el medicamento funcionó.

Le daba suero, pues porque yo veía que estaba vomitando mucho...después llegaron y me dijeron que le siguiera dando el suero (E32)

Uno tiene como el vicio siempre de darle droga que no le mandan, entonces empecé que a darle acetaminofén, y ahí empecé a darle remediecitos pa` la tos y eso no funcionó (E2)

Por ejemplo yo le doy un acetaminofén cuando veo que tiene mucha sed y eso se le quita. Pero cuando ya se pone tan maluca, tanto, ya no se qué hacer. (E30)

Además de los medicamentos hay otros recursos como ofrecer agua, una bebida aromática o acostar a la persona.

Nosotras, cuando lo vemos mareado, le damos una aromática bien azucarada (O10)

La llevé para la cama (E29)

Evitar el sufrimiento

Cuando ocurre un evento de urgencias en el domicilio, la familia brinda compañía al enfermo mientras otras personas se dedican a diferentes actividades.

c. O, se refiere a una observación, el número es la página a la cual pertenece el fragmento

Yo estaba con mi mamá tranquilizándola mientras la otra llamaba (E39)

Esta compañía busca calmar al enfermo; además el acompañante se siente tranquilo porque está haciendo algo útil por el paciente.

Yo me quedé con ella, la acosté, la tranquilizaba, no le di nada porque ya se había tomado las pastas y una de mis hermanas llamó (al servicio de atención domiciliaria) (E40)

Además de tranquilizar al paciente con la compañía, también se pretende disminuir el miedo y evitar sufrimientos innecesarios, especialmente en personas con enfermedades terminales, debido a que la cercanía con la muerte genera miedo y soledad en toda la familia, que también tiene la necesidad de compañía y de ser escuchada. Entre el paciente y su familia se puede presentar una conspiración de silencio, alrededor de la muerte, que sienten cercana, en un intento por proteger al otro del sufrimiento. Así pues ellos pueden necesitar personas que escuchen sus temores, y les permitan discutir el tema con simpleza y honestidad como se ilustra en el testimonio:

Mi mamá cree que tiene enfisema, pero tiene cáncer, no le digan para que no se asuste (hijos de la paciente), ... Yo sé que tengo cáncer pero ellos no saben (paciente)(O22)

Organizar

Una de las tareas que se realizan de manera automática cuando se presenta una urgencia en la casa es organizar el espacio donde se dará la atención al paciente. Esta tarea tiene su origen en los preparativos para recibir una visita. Organizar el paciente significa llevarlo a una cama o algún sitio cómodo, ponerlo en posición que ayude a su atención, asearlo y cambiarle la ropa.

Mientras mi hermana bañaba a mi mamá yo me ponía a arreglar la casa como para que no vieran la casa muy desorganizada (E11)

DISCUSIÓN

Cuando las personas se enfrentan con una situación de pérdida de salud en sus casas y la consideran urgente, emprenden de manera automática algunas acciones para brindar al paciente el cuidado necesario mientras llega la ayuda especializada o se deciden a buscarla. Estas acciones son distribuidas entre las personas que están al lado del paciente; dicha distribución coincide con lo reportado por De la Cuesta quien encontró verdaderos equipos familiares que se reparten las tareas de cuidado; en este sentido, describe la investigadora, “se cuida entre todos” (14). Por

otra parte, la familia ha sido reconocida como una fuente de ayuda para el cuidado, especialmente cuando se enfrentan situaciones de pérdida de la salud (15).

De modo similar, esta investigación encontró que para recuperar la salud perdida, algunos participantes recurren a la automedicación, a tomar algo o ir a la cama, dependiendo “de la forma en que comprenden su enfermedad” (16). Estas acciones fueron encontradas también por Leddy (17), quien las interpreta como actitudes en caso de malestar.

Una de las acciones posibles en las crisis es llamar a pedir ayuda a un servicio de atención domiciliaria. La búsqueda de atención como respuesta a una situación considerada una crisis fue también reportada por Zola (7).

Para la distribución de tareas, el conocimiento es determinante, puede lograrse mediante la educación que ofrece el personal de salud o puede ser un aprendizaje que se obtiene en la misma cultura (21).

Es indispensable la educación a la comunidad en cuanto a acciones en situaciones de urgencias, autores como Lewis (19) y Peplau (20) recomiendan aprovechar cada encuentro del personal de la salud con pacientes y familiares, para brindarles orientación; la hospitalización se convierte en un ejemplo, concretamente, la preparación para el alta es una oportunidad para ello. Así mismo es recomendado que la enfermera actúe de manera complementaria con los pacientes y cuidadores (15).

Las familias participantes en esta investigación le dan mucha importancia a la compañía al enfermo y a aquella que el personal de salud le ofrece al enfermo y sus familiares. Para ellos, el acompañante tiene un papel relevante porque ofrece calma, tranquilidad y busca evitar el sufrimiento; además, las personas se sienten útiles. De esta manera la familia se constituye en dispensadora de cuidados, remedia la situación, ofrece compañía y organiza el paciente y el espacio. De igual manera, de Souza, Wegner y Gorini (15), llaman cuidados a las acciones que la familia realiza con el enfermo, y clasifican las acciones en cuidados directos e indirectos o de apoyo, entre los cuales está la compañía.

El organizar el espacio y el paciente es una reacción que busca que el personal de salud que llega de “visita” encuentre todo en las mejores condiciones, como un comportamiento aprendido culturalmente. También es una forma de mitigar la emoción y la sensación de ansiedad. En este sentido, escribe Travelbee (17), que en los casos de pérdida de la salud propia o de un familiar, la ansiedad que se genera en las personas puede hacer que intenten reducirla comportándose de una manera extraña, y a veces graciosa.

A pesar que la tarea de arreglar el espacio y el paciente mitiga la ansiedad, quien la realiza y la familia consideran que su labor es importante en el cuidado del enfermo.

CONCLUSIONES

Para las personas es necesario, cuando se presenta una situación de urgencia, emprender acciones con la intención de encontrar alivio a la situación y al sentimiento de crisis que se presenta. Las acciones están orientadas a recuperar la salud, evitar el sufrimiento y organizar el espacio y el paciente, y son emprendidas por personas de la familia. Por esto, la educación que el personal de salud les ofrece debe considerar esta característica para brindarles herramientas que permitan que estas acciones sean seguras para el paciente y la familia.

Por otro lado, es necesario valorarlas teniendo en cuenta la gran cantidad de objetivos que ellas buscan, como mitigar la sensación de crisis y angustia de la familia, ofrecer apoyo al paciente, acompañarlo y sentir que se está haciendo algo importante para resolver la situación, por lo cual la escucha, la comprensión y el trabajo en equipo con ellos son indispensables.

Así pues, es esencial ofrecer educación, orientación y apoyo en todos los contactos que los profesionales tengan con los pacientes y su familia y valorar las fuentes de conocimiento de cada quien de acuerdo a su contexto y aprendizajes culturales.

AGRADECIMIENTOS

Al grupo de emergencias y desastres de la Facultad de Enfermería por el apoyo en todo el proceso. A los compañeros y profesores de la maestría en enfermería por sus aportes. A los estudiantes Catalina Martínez y Claudia Posada. A las profesoras Constanza Forero, Lucelly García y Luz Estrella Varela.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. González G, Valencia ML, Agudelo NA, Acevedo L, Vallejo IC. Morbilidad sentida de las urgencias médicas y la utilización de los servicios de salud en Medellín, Colombia, 2005-2006. *Biomédica*. 2007;27:180-181.
2. Tobón MF. Estudio sobre automedicación en la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. *Iatreia*. 2002;15(4):246.
3. Boyle J. Estilos de etnografía. En: Morse J. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. p. 188, 199.
4. Minayo MC O. *Desafío do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1998. p. 102.
5. Hoyos JJ. *Escribiendo historias: el arte y el oficio de narrar en el periodismo*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. p. 102.
6. Leininger M. criterios de evaluación y crítica de los estudios de investigación cualitativa. En: Morse J. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. p. 127
7. Zola I. Sendas que conducen al médico: como una persona se convierte en paciente. En: De la Cuesta C, compiladora. *Salud enfermedad: lecturas básicas en sociología médica*. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999. p. 174.
8. Restrepo MM, Tabares IL. *Métodos de investigación en educación*. Rev Cienc Hum [internet]. 2000 [acceso 21 de octubre de 2008];(21). Disponible en <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev21/restrepo.htm>
9. Morse J. Los métodos cualitativos: el estado del arte. *Revista Universidad de Guadalajara [Internet]*. 1999-2000 [acceso 12 de junio de 2005];(17). Disponible en: <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug17/2metodos.html>
10. Galeano ME. *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Medellín: Fondo editorial universidad Eafit; 2003. p. 57- 59.
11. Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colomb Med*. 2003;34(3):164.
12. Gómez T GE, Molina R ME. Evaluación ética de los proyectos de investigación: una experiencia pedagógica, Universidad de Antioquia, Colombia. *Invest Educ Enferm*. 2006;24(1):69.
13. Londoño De la Cuesta JL, Alvarado Santander EJ, Casas Diaz JV, Roselli Cock DA. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Resolución 008430 de 1993. Bogotá: Ministerio de salud; 1993. 46 p.
14. De la Cuesta C. *Cuidado artesanal: la invención ante la adversidad*. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de enfermería; 2004. p. 132.
15. De Souza M, Wegner W, Gorini M. Educación en salud: una estrategia de cuidado al cuidador lego. *Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]*. 2007 [consultado 2009 Mar 02];15(2): 337-343. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000200022&lng=en. doi: 10.1590/S0104-11692007000200022
16. Leddy S, Pepper M. *Bases conceptuales de la enfermería profesional*. New York: OPS; 1989. p. 196.
17. Travelbee J. *Interpersonal aspects of nursing*. 2ª ed. Philadelphia: F.A Davis Company; 1966. p. 29, 127, 45.
18. Lewis S, Heitkemper M, Durksen S. *Enfermería médico-quirúrgica: valoración y cuidados de problemas clínicos*. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2005. p. 51, 46.
19. Peplau HE. *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*. Mayorca: Salvat; 1990. p. 17, 19.
20. Leininger M, Mcfarland M. *Transcultural nursing: essential knowledge dimensions*. 3ª ed. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 11.