

REFLEXIONES SOBRE LA HUMANIZACIÓN EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

Míriam Sabín Morales

Enfermera. Universidad Autónoma de Madrid.

Experto en Urgencias Extrahospitalarias.
Universidad Complutense de Madrid.

All content in this magazine is licensed under a Creative Commons Attribution License. Attribution-Non-Commercial-Non-Derivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0).



Resumen:: La demanda de asistencia médica urgente es cada vez mayor, y los servicios de urgencias y emergencias extrahospitalarias buscan responder a esa creciente demanda con una excelente calidad asistencial, buscando la mejora continua en sus medios humanos y materiales.

Cada día nos damos cuenta de la importancia que tiene tratar a los (tal vez mal llamados “pacientes”) de una forma holística, contemplando a las personas como un “todo” y aportando al tratamiento de las urgencias y emergencias algo tan básico como la educación, la empatía y un trato más cercano. Estos son los cimientos de la humanización en urgencias.

Palabras clave: humanización, asistencia sanitaria, urgencias, emergencias

DEFINICIONES:

- Paciente: Según la RAE (Real Academia de la lengua española): persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica. Persona que es o va a ser reconocida médicamente.(1)

- Salud: La OMS define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.(2)

- Humanizar: Según la RAE: Hacer humano, familiar y afable a alguien o algo.

INTRODUCCIÓN

De forma clásica (aunque aún presente en nuestros días) se denomina “paciente” a aquella persona que sufre o padece algún tipo de patología y precisa una asistencia sanitaria para tratarla o incluso para prevenirla. Pero esta definición también ha llevado implícito que los pacientes debían ser sujetos pasivos, subordinados a las “órdenes” médicas y aceptando la aplicación de tratamientos y técnicas, muchas de ellas invasivas sin

participar de forma activa en todo ello.

Desde hace unos años, en España viene desarrollándose un movimiento para la implantación de la humanización en el ámbito sanitario. Concretamente en la Comunidad de Madrid se elaboró el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 (3), pero antes de eso ya hubo un hospital donde surge un proyecto para implantar la humanización en los cuidados intensivos. Fue el Hospital de Torrejón (Madrid), en febrero de 2014 con la intención de implantar su proyecto “HU-CI (Humanizando los cuidados intensivos)”(4). Desde el Proyecto HU-CI se busca recuperar la visión integral sobre el paciente y tener en cuenta que las unidades de cuidados intensivos están formadas por profesionales, pacientes y familias, todos con un papel importante que desarrollar y a quienes se debe tener en cuenta desde una perspectiva global, haciendo hincapié no sólo en la salud física, sino también en la psicológica y la emocional de todas las personas que están en una unidad de cuidados intensivos (profesionales, pacientes y familias).

Dentro del marco de las urgencias y emergencias, y encuadrado en el Proyecto HU-CI se crea en 2017 el Proyecto HURGE, con el objetivo de “humanizar los sistemas de urgencias y emergencias (estructura, normas, leyes, circuitos, protocolos, comunicación, formación, etc.), colocando nuevamente al paciente en el centro del sistema, cuidando al familiar y favoreciendo que el profesional pueda desarrollar su actividad de una manera más satisfactoria y menos mecánica”. Para llevar a cabo dicho proyecto publicaron un Manual de buenas prácticas de Humanización en los Servicios de Urgencias Hospitalarias, donde se desarrollan siete líneas estratégicas:(5)

1- Servicios de urgencias con flexibilización en el acompañamiento: presencia y participación de las personas cuidadoras y familiares en los cuidados:

2- Comunicación: en el equipo, con el paciente y su familia. Informar.

3- Bienestar del paciente: físico, psicológico, espiritual y ambiental. Promover la autonomía del paciente.

4- Cuidados al profesional: sensibilización sobre el síndrome de desgaste profesional y su prevención. Promoción del bienestar. Prevención y manejo de situaciones conflictivas en los servicios de urgencias.

5- Pacientes vulnerables en los servicios de urgencias: identificación, valoración y abordaje del paciente vulnerable, incluyendo la violencia de género y malos tratos.

6- Cuidados al final de la vida: protocolización de cuidados, acompañamiento, soporte según la escala de valores de los pacientes, protocolización de cuidados en pacientes con limitación/ adecuación de tratamiento de soporte vital y rechazo al tratamiento, implicación interdisciplinar en la decisión de medidas de limitación/adecuación de tratamiento de soporte vital y rechazo al tratamiento. Consulta al registro de voluntades vitales, a la planificación anticipada de decisiones y al comité de ética asistencial.

7- Infraestructura humanizada: privacidad e intimidad del paciente, confort, orientación del paciente, confort en el área administrativa y de profesionales. Distracción del paciente.

FACTORES IMPLICADOS EN LA ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA

Tanto el proyecto HU-CI como el proyecto HURGE son buenas referencias para implantar la humanización en la asistencia del paciente crítico y urgente respectivamente, pero las urgencias y emergencias extrahospitalarias tienen su idiosincrasia y hay que tener en cuenta varios factores:

- El ambiente: muchas veces hostil, las condiciones climáticas, falta de luminosidad, entornos con difícil acceso, riesgos para el personal sanitario y/o los pacientes, etc.

- Los pacientes: personas que se encuentran en una situación urgente (tanto objetivamente como otras veces percibida de forma subjetiva), sensaciones desagradables como el miedo, el dolor, la angustia, la preocupación...

- Los familiares: a veces presentes, pueden ser en muchos casos los alertantes/demandantes de la asistencia urgente. Personas que viven con preocupación y angustia lo que le está sucediendo a un ser querido y que quedan relegados a ser meros espectadores de toda la situación.

- El personal sanitario: profesionales de la emergencia, pero que no dejan de ser personas. Cuando acuden a un aviso van pensando en la forma de actuar, en el tratamiento a aplicar y en las posibles complicaciones que van a encontrar. Al llegar, a veces lo que encuentran en una escena que puede ser poco segura, o familiares en tensión, presión social... Otras veces es "simplemente" tener que hacer frente a esa patología o accidente y resolverlo de la forma más eficaz. Todo esto debe hacerse aplicando conocimientos, técnicas, coordinación con el resto del equipo sanitario y además haciendo partícipes a pacientes y familiares, lo que supone un reto a nivel profesional y también personal.

ENTONCES...¿QUÉ HACEMOS PARA MEJORAR LA HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIOS?

Si nos basamos en las líneas estratégicas del proyecto HURGE podemos aplicarlo de la

siguiente manera:

1- Servicios de urgencias con flexibilización en el acompañamiento: muchas veces los familiares están presentes, y cuando la urgencia se da en el propio domicilio o en la calle puede resultar complicado trabajar con personas que se encuentran nerviosas o molestas y que vuelcan ese malestar sobre el equipo asistencial. Lo ideal sería poder explicar la situación y transmitir la importancia de intentar mantener la calma para ayudar a su familiar. También hay que tener en cuenta que pueden darse circunstancias en las que el paciente no desea estar acompañado o que el incidente está relacionado con un caso de violencia doméstica (ya sea violencia de género o a personas mayores), en cuyo caso siempre prevalece el deseo del paciente. En el caso de los menores de edad depende del límite legal para tener en cuenta su opinión a nivel médico; es lo que se denomina “mayoría de edad sanitaria” y en España se encuentra en los 16 años.

2- Comunicación:

-Enelequipo:enurgenciasextrahospitalarias hay un equipo multidisciplinar que trabaja de forma simultánea y coordinada. Tener una correcta comunicación y entendimiento entre los miembros del equipo es esencial para dar una correcta asistencia, pero debemos tener en cuenta que no sólo debe entenderse el equipo entre sí, sino que los comentarios se hacen delante del paciente y la familia. Si empleamos un lenguaje muy técnico en todo momento y no hacemos partícipe al paciente lo que provocamos es un aislamiento del mismo. Por otro lado pueden darse situaciones muy graves, ya sea por una patología médica o por un accidente. En esos casos es fundamental “contener” los comentarios sobre la gravedad del suceso, sobre la situación en la que se encuentra el paciente y hacer todo lo posible por controlar también el lenguaje no verbal, puesto que poner un gesto de asombro, miedo

o preocupación lo único que van a hacer es empeorar el estado del paciente (al menos a nivel emocional).

- Con el paciente: al llegar frente a un paciente lo primero que se debe hacer es presentarse (nombre y categoría profesional) y preguntarle cómo se llama para poder dirigirnos a él por su nombre. Intentar tener un trato cercano, empleando un lenguaje sencillo, adaptado a la capacidad de comprensión de cada persona y mostrándonos educados, amables y cuidando el lenguaje no verbal, así como el contacto físico en función de cómo veamos la actitud del paciente. Se debe informar antes de realizar una técnica o un procedimiento, indicando lo que se va a hacer y lo que puede sentir (presión, molestia, dolor, escozor...). No mentir.

3- Bienestar del paciente: ante una situación de urgencia, el paciente va a ser sometido a una serie de intervenciones destinadas a la valoración y tratamiento de su patología, las cuales en muchas ocasiones van a ser invasivas o incluso dolorosas aunque intenten minimizarse todo lo posible. Se debe procurar brindar la mayor comodidad, ser cuidadosos al aplicar las técnicas y/o procedimientos, así como tener en cuenta las condiciones ambientales y de temperatura, teniendo consideración a la hora de desvestir o descubrir al paciente para no solo evitar pérdidas de temperatura, sino intentar preservar su intimidad.

Por supuesto, no hay que descuidar el bienestar psicológico y se debe mostrar empatía y un trato cercano, escuchando de forma activa las manifestaciones que realice el paciente. También se respetarán todo lo posible las creencias religiosas y culturales mientras no se trate de una emergencia con riesgo vital inmediato y no haya otros medios.

Otra de las cuestiones a tener en cuenta dentro de esta línea estratégica es la autonomía del paciente (establecida y regulada en España

por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica). El paciente tiene derecho a ser informado con veracidad acerca de su patología y el tratamiento más adecuado y en función de eso, decidir si consiente o no que se le aplique. Uno de los principios básicos de esta ley es la dignidad de las personas, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad.

Respecto a los familiares presentes, se les hará partícipes y se les informará de todo lo que está sucediendo (siempre con el permiso del paciente, que es quien debe dar su consentimiento para que la información relativa a su salud sea transmitida a otras personas).

4- Cuidados al profesional: como se ha comentado anteriormente, los profesionales son personas, y como tal tienen sentimientos. Estar en contacto continuo con situaciones estresantes, desagradables, entornos hostiles, sobrecarga laboral o determinados incidentes con alta carga emocional (p.ej patologías graves en niños o en pacientes especialmente vulnerables) pueden hacer que, si no hay una buena gestión emocional aparezca el Síndrome de desgaste profesional. De ahí la importancia que los profesionales sean formados en prevención y gestión de situaciones conflictivas y puedan detectar de forma precoz ese desgaste.

5- Pacientes vulnerables: cada vez hay más formación y concienciación por parte de la sociedad y de los profesionales sanitarios sobre las patologías socio-sanitarias. Es decir, patologías médicas o traumatológicas ligadas a un problema social, ya sea por violencia de género, maltrato a menores, maltrato a ancianos, situaciones de desamparo, soledad no deseada, etc. Para proporcionar una atención integral y holística, los sanitarios deben estar formados en identificar y tratar

este tipo de patologías, tratando la patología urgente y posteriormente derivando a los servicios sociales, autoridades, asistencia psicológica, etc.

6- Cuidados al final de la vida: si algo caracteriza a las emergencias extrahospitalarias es el contacto con la muerte. En muchas ocasiones la gravedad de la patología o del accidente hacen imposible la recuperación del paciente. Aquí pueden entrar en juego desde la presencia de un certificado de últimas voluntades (que se respetará siempre y cuando se presente el certificado de forma física) a la necesidad de, en un momento dado, tener que limitar los esfuerzos terapéuticos o de finalizar una reanimación. Todas estas situaciones tienen que estar protocolizadas y que los sanitarios puedan explicar a la familia que esté presente los motivos por los que la situación de su ser querido se ha vuelto irreversible y se van a finalizar las maniobras de reanimación y soporte vital.

7- Infraestructura humanizada: cuando nos encontramos en asistencia en vía pública (la calle, el campo, una carretera, un edificio, etc) puede resultar muy complicado "humanizar" esas estructuras, pero se puede fomentar la privacidad del paciente (p.ej con lonas o tiendas especiales, cubriendo todas las partes del cuerpo que no sea necesario tener descubiertas, tener consideración y tapar el torso desnudo de una mujer mientras está monitorizada o cubrir con sábanas durante el traslado al hospital).

Si es posible, intentar permitir la presencia de un acompañante con el paciente. Y respecto al manejo ambiental, procurar realizar el traslado en una posición cómoda, poniendo la calefacción o el aire acondicionado según necesidad, asegurar al paciente con cinturones de seguridad, asegurar dispositivos y monitores para que no salgan despedidos en caso de variación brusca de la velocidad o impacto y distraer al paciente durante el

traslado, informándole de su evolución y de lo que va a suceder cuando llegue al hospital (p.ej si es previsible que ingrese de forma directa al “cuarto de paradas” o unidad de críticos indicarle que pasará a una sala a la que empezará a entrar mucha gente, entre médicos, enfermeras, auxiliares...y que no se asuste porque es el procedimiento habitual).

CONCLUSIONES

La historia de la medicina ha ido ligada de forma tradicional a un concepto paternalista de la asistencia, donde el paciente adoptaba una posición pasiva. Desde hace unos años, el movimiento de la humanización en la asistencia sanitaria ha logrado ir haciéndose hueco para que cada vez sea más común encontrar sistemas sanitarios humanizados.

Realmente está comprobado que cuando una técnica invasiva o un procedimiento agresivo se realiza con cuidado, con cariño,

explicando lo que se va a hacer y dando un trato amable y cercano las molestias disminuyen considerablemente.

A día de hoy aun queda mucho por hacer, y en el caso de las urgencias extrahospitalarias puede llegar a ser más complicado por la gravedad de las situaciones y por la celeridad con la que se debe actuar, pero no debemos permitir que eso sea un impedimento para tratar al paciente de forma holística, ocupándonos de su bienestar físico y emocional, mostrándonos empáticos y comprensivos, y haciéndole partícipe de su proceso.

Afortunadamente, cada vez hay más profesionales sanitarios implicados en implantar una asistencia humanizada y también hay una buena predisposición por parte de las Administraciones para llevarla a cabo.

REFERENCIAS

1- DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. [HTTPS://DLE.RAE.ES/PACIENTE](https://dle.rae.es/paciente)

2- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). [HTTPS://WWW.WHO.INT/ES/ABOUT/FREQUENTLY-ASKED-QUESTIONS#:~:TEXT=%C2%BFC%C3%B3MO%20DEFINE%20LA%20OMS%20LA,AUSENCIA%20DE%20AFECIONES%20O%20ENFERMEDADES%C2%BB](https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:TEXT=%C2%BFC%C3%B3MO%20DEFINE%20LA%20OMS%20LA,AUSENCIA%20DE%20AFECIONES%20O%20ENFERMEDADES%C2%BB).

3- PLAN DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA 2016-2019. CONSEJERÍA DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID. [HTTPS://WWW.COMUNIDAD.MADRID/TRANSPARENCIA/SITES/DEFAULT/FILES/PLAN/DOCUMENT/881_232_BVCM017902_0.PDF](https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/881_232_BVCM017902_0.PDF)

4- PROYECTO HU-CI. [HTTP://WWW.HUMANIZANDOLOSUCUIDADOSINTENSIVOS.COM/](http://www.humanizandoloscuidadosintensivos.com/)

5- MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS DE HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS. [HTTPS://PROYCTOHUCI.COM/WP-CONTENT/UPLOADS/2020/09/MANHURGHOSP.PDF](https://proyctohuci.com/wp-content/uploads/2020/09/MANHURGHOSP.PDF)