

Manual de buenas prácticas de Humanización en los Servicios de Urgencias Hospitalarias

Edición de 2020

Manual de buenas prácticas 2020

Como citar este documento:

Grupo de trabajo de Humanización de los Servicios de Urgencias Hospitalarias. Manual de buenas prácticas de humanización en Servicios de Urgencias Hospitalarias. Madrid: Proyecto HU-CI; 2020 [acceso 22 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://proyectohuci.com/es/bp-hurghosp/>

Coordinación:

Benjamín Yáñez Caballero.

José Manuel Velasco Bueno.

Gabriel Heras La Calle.

1ª Edición. Septiembre 2020

ISBN: 978-84-09-22982-6



Reconocimiento – NoComercial – CompartirIgual (by-nc-sa):

No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original.

Prólogo

Humanizar la asistencia sanitaria se ha convertido en el gran reto de los Servicios de Salud a nivel mundial. Aunque llevábamos seis años transformándolos y diseñando una atención centrada en la demanda de los protagonistas (los pacientes, las familias y los profesionales), pareciera que hemos tenido que sufrir una pandemia para tener un punto de inflexión. Ahora más que nunca se ha hecho visible lo que a diario permanece invisible para muchos.

La humanización es una disciplina más del conocimiento, y su concreción corresponde a todos: pacientes, familias y personal sanitario; gestores y autoridades sanitarias. Humanizar es cultura, política, sociedad, economía, ética y justicia. Y no solo precisamos humanización las personas y nuestros comportamientos. Humanizar no solo es cuestión de actitud, también precisamos poner la H a las estructuras materiales y técnicas.

Hablar de humanización es hablar de movimiento, no solo es estudiar una técnica o un procedimiento y ponerlo en práctica. Es hacer una profunda reflexión. Humanizar consiste en tomar consciencia de uno mismo: ¿dónde estoy yo? ¿Qué puedo hacer yo? Y emprender un viaje al interior de cada ser humano: es un importante compromiso personal para mejorar la realidad, nuestras relaciones y el entorno a partir de cada persona.

Con tremendo orgullo y felicidad, nace este Manual de Buenas Prácticas de Humanización de las Urgencias Hospitalarias, donde podrán encontrar diferentes líneas de trabajo e investigación generadas a través de la escucha activa, recabando las opiniones y los deseos de los protagonistas de las historias. Y es así, a través del trabajo conjunto y la investigación colaborativa, como entendemos en Proyecto HU-CI que ha de rediseñarse el sistema para que esté verdaderamente centrado en las personas. Acción y evidencia científica han de ir de la mano. Había que crear un método concreto para humanizar los Servicios de Urgencias Hospitalarias, y gracias al trabajo incansable y altruista de un grupo maravilloso de expertos, ahora tenemos ese mapa sencillo para seguirlo y cambiar la cultura de la organización.

Esta labor de escucha se antoja fundamental si queremos transformar la realidad hacia un modelo más amable y que ponga el foco en respetar la dignidad de las personas. Si sentimos que es necesario cambiar la realidad actual hacia un modelo humanista y excelente, este es el único camino. Y además, es nuestra responsabilidad transformar la realidad hacia un sistema mejor del que encontramos.

Gabriel Heras.

Director de Proyecto HU-CI.

Introducción

La atención sanitaria urgente en España supone un recurso único dentro de las prestaciones que el Sistema Nacional de Salud (SNS) lleva años poniendo a disposición de los ciudadanos. Junto con Atención Primaria y Especializada, la Atención Urgente constituye la Tercera Vía de asistencia sanitaria. Y, lo que es más importante, a menudo es la puerta de entrada al SNS no sólo de los pacientes que solicitan asistencia por vía de urgencia, sino de todos aquellos a los que las otras dos vías no han sido capaces de resolver en forma o en plazo.

Son varios los niveles de atención urgente. No obstante, el objetivo del presente Manual tan solo es elaborar y presentar una batería de buenas prácticas para convertir en lugares más humanizados los Servicios de Urgencia Hospitalaria (SUH). Nada más... y nada menos. El resto de entornos, por sus especiales características, serán objeto de próximos proyectos.

Su volumen de trabajo arroja cifras realmente sorprendentes. Datos oficiales (2017) hablan de un total de 56,7 millones de consultas urgentes al año en el SNS, de las que 29.4 M lo fueron en los SUH (el 80% en la Sanidad Pública). Un 25 % de la población atendida es mayor de 65 años, con una o más enfermedades crónicas. El nivel de ingreso ronda el 11 %.

Tanto estos datos como su crecimiento variable anual son causa de importante masificación estacional y no estacional. En 2019, los datos preliminares hablan de unos 30 M de pacientes atendidos en los SUH, lo que supone unas 80.000 urgencias diarias, 3.000 pacientes cada hora.

Hasta el momento presente, el SUH no ha sido un lugar *amigable*. Más bien se trata de un lugar de paso por donde "circulan" todos los pacientes del espectro, desde los más leves, hasta aquellos con la patología más grave o más urgente. Tras una mayor o menor demora inicial (triage), todos ellos sufrirán el choque entre el ritmo trepidante del SUH, que ignora y anula a las personas, y los obligados tiempos de espera que el resto del Hospital impone a su ingreso o el propio SUH a su alta. En efecto, el SUH es el lugar donde los tiempos se devoran unos a otros. Un lugar hostil en el que la curación del cuerpo impone su dictadura sobre el resto de necesidades del paciente.

De forma similar, el SUH es, también, lugar de paso para los profesionales sanitarios y no sanitarios que por allí apresuran sus pasos de un lado a otro, en ocasiones de forma temporal. Incluso el personal en formación se halla de paso, integrado en programas de otras especialidades e intereses. Trabajar en el SUH, en turnos interminables, cubriendo noches y festivos, etc., con el tiempo, se convierte en una tarea heroica en todos los aspectos. A ello contribuye la ausencia de respaldo de su perfil y formación específicos, que deberá resolverse a lo largo del año en que la "Especialidad Médica de Urgencias y Emergencias" se promete como realidad y, tarde o temprano, se acabará extendiendo a todos los grupos profesionales.

Desde la fecha en que, en aquellos sótanos húmedos y oscuros, con espíritu de compromiso y sacrificio, empezó todo, varias décadas han visto pasar innumerables cambios. Incluso tras aquel primer respaldo institucional (*Estudio conjunto de los Defensores del Pueblo, 2015*), muchas de las deficiencias originales persisten.

Pero, como no podía dejar de suceder, las sombras solo hablan del sol que las crea. A menudo, las dificultades del camino hacen más valiosas a las personas que lo transitan. Desde estas páginas, queremos creer que es este espíritu el que no ha cambiado, aquel que, desde sus orígenes, permitió plasmar el sueño de grupos de visionarios que se organizaron para poder atender a cualquier paciente, por cualquier causa, a cualquier hora del día (*Anyone, anything, anytime. Zink 2005*).

Vista la realidad, el medio en el que batallan Pacientes, Familia y Equipo (PFE), no deja de sorprender que un grupo de profesionales de múltiples lugares y perfiles haya sido capaz de poner en común sus sueños para poder compartirlos contigo, querido lector.

De forma personal, ahora que nadie nos oye, debo reconocer un secreto. Por su especial sensibilidad, todos ellos llevan años implicados en la búsqueda de un más allá en el trato humano, de un lenguaje más cercano, de las miradas perdidas, de las manos que cuidan y se quedan sobre la piel de los pacientes.

No estamos tan lejos. La sociedad lo reclama a gritos. La bibliografía lo soporta. Los profesionales lo hacen posible. El SUH humanizado deseado por todos deberá ser el lugar de encuentro de personas que cuidan a personas, acompañadas por sus amigos y seres queridos. Personas que pretenden buscar una solución a los problemas de pacientes y familias, más allá del modelo biopsicosocial. Algo me dice que, en esta ocasión, sí seremos capaces de crear las herramientas del cambio.

Tras meses de duro esfuerzo, incluso bajo el escenario de la actual pandemia, es ahora cuando te presentamos este trabajo. Un trabajo compartido, desinteresado y valiente.

La metodología nos ha permitido crecer con la fuerza que otorga el grupo. Hemos intentado recoger el trabajo y la visión de todos los estamentos profesionales que forman parte del SUH, integrando a personas con diferentes intereses, perfil profesional y potencial humano, pero con un objetivo común. Y todo ello, sin olvidar la voz de los pacientes.

Tras una revisión exhaustiva compartida entre los miembros, la tarea se ha estructurado en múltiples líneas para hacer posible su reparto. Así, hablamos de flexibilización en el acompañamiento, comunicación con pacientes y familia, cuidados al profesional, bienestar del paciente y así, hasta siete líneas. Todas ellas se han dividido, elaborado y debatido en numerosas etapas buscando entre todos el consenso de los indicadores más prácticos, capaces de aportar humanización a los cuidados y las relaciones entre los implicados en el día a día del SUH.

El esqueleto y soporte toma prestada su estructura del "Proyecto HU-CI", al que es de justicia reconocer su impulso inicial y apoyo permanente. Sin HU-CI, este proyecto no habría visto la luz.

Al equipo, a todos y cada uno de ellos, a su dedicación, a las horas robadas a sus familias, es menester subrayar nuestro reconocimiento y admiración.

Es hora de disfrutar del trabajo realizado, de dejar que las buenas prácticas puedan sugerir otras, y otras nuevas... Las líneas son independientes. Bueno, quizá no del todo, quizá en absoluto. En cualquier caso, puedes comenzar la lectura por una cualquiera de ellas, la que mejor te parezca, con la que estés más cómodo, la que más curiosidad te provoque.

Envíanos tus comentarios. Contamos con tu compromiso para la revisión de próximas ediciones, porque este proyecto... apenas acaba de comenzar.

NOTA: Las buenas prácticas se han categorizadas en **Básicas (B), aquellas que son obligatorias para conseguir un nivel mínimo de humanización; **Avanzadas (A)**, aquellas que son obligatorias para avanzar en un mayor nivel de humanización; y **Excelentes E**, aquellas que serían deseables para el máximo nivel de humanización.*

Alfredo Serrano Moraza

Summa 112 Madrid

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Línea estratégica 1	SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS (SUH) CON FLEXIBILIZACIÓN EN EL ACOMPAÑAMIENTO: PRESENCIA Y PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS CUIDADORAS Y FAMILIARES EN LOS CUIDADOS	SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN DEL EQUIPO ASISTENCIAL
		ACCESIBILIDAD
		CONTACTO
		PRESENCIA Y PARTICIPACIÓN EN PROCEDIMIENTOS Y CUIDADOS
		SOPORTE A LAS NECESIDADES EMOCIONALES, PSICOLÓGICAS Y ESPIRITUALES DE LOS FAMILIARES Y PERSONAS CUIDADORAS
		IDENTIFICACIÓN Y ABORDAJE DE PERSONAS CUIDADORAS DE PACIENTES VULNERABLES

Línea estratégica 2	COMUNICACIÓN	COMUNICACIÓN EN EL EQUIPO
		COMUNICACIÓN DEL EQUIPO CON OTRAS ÁREAS
		COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN AL PACIENTE, FAMILIA Y PERSONA CUIDADORA

Línea estratégica 3	BIENESTAR DEL PACIENTE	BIENESTAR FÍSICO
		BIENESTAR PSICOLÓGICO Y ESPIRITUAL
		PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE
		BIENESTAR AMBIENTAL Y DESCANSO NOCTURNO

Línea estratégica 4	CUIDADOS AL PROFESIONAL	SENSIBILIZACIÓN SOBRE EL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL Y FACTORES ASOCIADOS
		PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL Y PROMOCIÓN DEL BIENESTAR
		PREVENCIÓN Y MANEJO INTEGRAL DE SITUACIONES CONFLICTIVAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Línea estratégica 5	PACIENTES VULNERABLES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS (SUH)	VULNERABILIDAD GENERAL: IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y ABORDAJE
		VULNERABILIDAD ESPECÍFICA: IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y ABORDAJE
		IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y ABORDAJE DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y MALOS TRATOS

Línea estratégica 6	CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA	PROTOCOLIZACIÓN DE CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA
		ACOMPañAMIENTO EN SITUACIONES AL FINAL DE LA VIDA
		SOPORTE A LAS NECESIDADES SEGÚN LA ESCALA DE VALORES DE LOS PACIENTES EN SITUACIONES AL FINAL DE LA VIDA
		PROTOCOLIZACIÓN DE CUIDADOS EN PACIENTES CON LIMITACIÓN/ADECUACIÓN DE TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL Y RECHAZO AL TRATAMIENTO
		IMPLICACIÓN INTERDISCIPLINAR EN LA DECISION Y DESARROLLO DE MEDIDAS DE LIMITACIÓN/ADECUACIÓN DE TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL Y RECHAZO DEL TRATAMIENTO
		CONSULTA AL REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES, A LA PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES Y AL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL

Línea estratégica 7	INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA	PRIVACIDAD E INTIMIDAD DEL PACIENTE
		CONFORT: GENERALIDADES
		CONFORT AMBIENTAL DEL PACIENTE, PERSONAS CUIDADORAS Y FAMILIARES
		ORIENTACIÓN DEL PACIENTE
		CONFORT Y FUNCIONALIDAD EN EL ÁREA DE ASISTENCIA Y CUIDADOS
		CONFORT EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA Y DE PROFESIONALES
		DISTRACCIÓN DEL PACIENTE

BUENAS PRÁCTICAS

LÍNEA ESTRATÉGICA 1

**FLEXIBILIZACIÓN EN EL ACOMPAÑAMIENTO:
PRESENCIA Y PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS CUIDADORAS Y LOS FAMILIARES
EN LOS CUIDADOS**

En contraste con la cultura científico-técnica predominante en los Servicios de Urgencia Hospitalaria (SUH), basada en tecnología, habilidades y eficiencia, en los últimos años se palpa de forma creciente el avance hacia un modelo más integrador, basado en las necesidades del paciente. De hecho, todo el proceso se inicia cuando éste o su familia deciden acudir o son llevados al SUH.

Este presunto nuevo enfoque, del que estas páginas son eco, persigue abrir todas las mentes a la valoración del impacto emocional y psicosocial en paciente, familia y equipo asistencial (PFE), así como favorecer el uso de herramientas para su detección, establecer un mecanismo para el abordaje integral y, de forma preferente, evaluar su impacto.

En situación vulnerable, en ocasiones en riesgo vital, el paciente a menudo se muestra inquieto, ansioso, agitado, etc, con temor o dificultad para concentrarse o colaborar con facilidad en su misma atención. Algunas veces, su comportamiento puede ocasionar riesgos para sí mismo, su familia, el equipo o el resto del personal que comparte el SUH.

Disponer de formación y entrenamiento específicos en habilidades *blandas* permite identificar a este tipo de pacientes, detectar sus necesidades emocionales, realizar una valoración de su entorno y optimizar su manejo a través de un contacto personal cercano y permanente, con evidentes beneficios en cuidados y curación. Numerosos estudios cualitativos parecen mostrar un camino productivo. El beneficio de estas intervenciones trasciende la etapa aguda, mejora los indicadores de ansiedad y trastornos psicosociales en el paciente, reduce su nivel de labilidad emocional, dependencia y las conductas de agresión, autoagresión y/o dependencia.

En los primitivos SUH, tanto la presencia como la participación de familiares en los cuidados ha sido un problema sin solución durante décadas. En realidad, todavía lo es más si cabe tras la reciente pandemia de Coronavirus. Salvo en la urgencia pediátrica, las “visitas” de familiares eran anecdóticas y esporádicas. El contacto con los equipos, a menudo, se limitaba a conversaciones apresuradas en pasillos para compartir algún tipo de información, con tiempos de espera a menudo inaceptables.

Como no podía ser de otra forma, en el momento actual, las necesidades más puramente humanas de PFE también han llegado al SUH hasta llegar a crear un entorno que permita favorecer y flexibilizar la presencia de familiares y su implicación en los cuidados del paciente.

En especial, es fundamental subrayar el interés creciente de los equipos en reconocer la forma en que pacientes y familiares deben ser protegidos para participar en la toma de sus propias decisiones, bien con un modelo elaborado de Consentimiento Informado (CI), bien con herramientas alternativas en el caso del paciente vulnerable, incapaz, etc.

De forma histórica, parte del trabajo ha sido allanado en los últimos años en el entorno de la RCP, utilizando un lenguaje más cualitativo, basado en cuidados de paciente y familia en estudios pioneros liderados por enfermería y en equipos multidisciplinarios. En especial, fue posible en la RCP pediátrica, donde la presencia y apoyo a los familiares mejora numerosos indicadores psicológicos y emocionales.




En un paso más allá, a partir del año 2000 en EEUU y Europa se describen líneas de trabajo para la implicación y presencia de cuidadores en el SUH al objeto de mejorar la comunicación entre





todos los grupos y la continuidad de cuidados. No son pocas las dificultades para evaluar ansiedad e impacto emocional en cuidadores de adultos, en ocasiones por déficits en formación y comportamiento del personal. En este sentido, numerosas intervenciones intentan extraer evidencia a partir de comunicaciones clínicas aisladas a raíz de la heterogeneidad clínica del día a día en el SUH.


Por otro lado, algunos estudios parecen relacionar la falta de empatía y desmotivación profesional de los equipos con un déficit en la calidad de cuidados y, especialmente, con una menor capacidad de prevenir conductas autolesivas del paciente.



PFE forman parte de un equipo que colabora en el espacio del SUH y en el tiempo. Como agentes informados del cambio y, dotados de herramientas metodológicas basadas en la evidencia, es objetivo del presente arsenal de buenas prácticas dotar a los profesionales de los SUH de herramientas para detectar, medir, evaluar y establecer recomendaciones activas a fin de mejorar curación y cuidados.





<p>Línea estratégica 1</p>	<p>SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS (SUH) CON FLEXIBILIZACIÓN EN EL ACOMPAÑAMIENTO: PRESENCIA Y PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS CUIDADORAS Y FAMILIARES EN LOS CUIDADOS</p>	<p>SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN DEL EQUIPO ASISTENCIAL</p>
		<p>ACCESIBILIDAD</p>
		<p>CONTACTO</p>
		<p>PRESENCIA Y PARTICIPACIÓN EN PROCEDIMIENTOS Y CUIDADOS</p>
		<p>SOPORTE A LAS NECESIDADES EMOCIONALES, PSICOLÓGICAS Y ESPIRITUALES DE LOS FAMILIARES Y PERSONAS CUIDADORAS</p>
		<p>IDENTIFICACIÓN Y ABORDAJE DE PERSONAS CUIDADORAS DE PACIENTES VULNERABLES</p>


Línea estratégica 1	SUH CON FLEXIBILIZACIÓN EN EL ACOMPAÑAMIENTO	SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN DEL EQUIPO ASISTENCIAL
Puesta en marcha de actividades de sensibilización y formación al equipo asistencial sobre los beneficios de la implantación del modelo de SUH con flexibilización en el acompañamiento		
Buena práctica 1.1	Se realizan sesiones informativas/trabajo específicas con representación de todos los miembros del equipo asistencial analizando barreras, elementos facilitadores y estrategias consensuadas para la implantación del nuevo modelo	
Buena práctica 1.2	Existe un grupo de trabajo interdisciplinar encargado de coordinar y monitorizar el cumplimiento de flexibilidad de horarios	
Buena práctica 1.3	Se realiza formación continuada en <i>humantools</i> (habilidades comunicativas, gestión de conflictos, etc.) dirigidas al equipo asistencial, para facilitar la implantación del modelo de flexibilización en el acompañamiento en el SUH	




Línea estratégica 1	SUH CON FLEXIBILIZACIÓN EN EL ACOMPAÑAMIENTO	ACCESIBILIDAD
Puesta en marcha de actividades que faciliten la accesibilidad de los familiares y personas cuidadoras de pacientes en las urgencias hospitalarias, previo consentimiento del paciente		
Buena práctica 1.4	Existe un procedimiento de acompañamiento continuo a pacientes en la sala de espera de pacientes, si éste lo desea	
Buena práctica 1.5	Existe un procedimiento que reconoce y permite flexibilidad en el acompañamiento a pacientes ingresados en la observación del SUH, si éste lo desea	
Buena práctica 1.6	Se identifica, reconoce y respeta la figura de la persona cuidadora/acompañante con acceso y acompañamiento continuo en sala de espera de pacientes y observación del SUH en caso de deterioro cognitivo, motor, riesgo de caídas, temor, ansiedad	
Buena práctica 1.7	Existe guía informativa (papel, electrónica) de acogida a familiares/personas cuidadoras de pacientes ingresados en la observación del SUH que recoge las indicaciones de acceso a la unidad, en diferentes idiomas	



Buena práctica 1.8	Existe cartelería informativa (papel, electrónica) en diferentes áreas del SUH y en diferentes idiomas, sobre la posibilidad de acompañamiento al paciente	




Línea estratégica 1	SUH CON FLEXIBILIZACIÓN EN EL ACOMPAÑAMIENTO	CONTACTO
Puesta en marcha de medidas para favorecer el contacto y la relación de personas cuidadoras y familiares con el paciente durante su estancia en la urgencia hospitalaria		
Buena práctica 1.9	Se facilita la lactancia materna cuando las condiciones de la madre y el lactante son adecuadas	
Buena práctica 1.10	Se permite y facilita el contacto de pacientes aislados virtualmente y/o físicamente	

Línea estratégica 1	SUH CON FLEXIBILIZACIÓN EN EL ACOMPAÑAMIENTO	PRESENCIA Y PARTICIPACIÓN EN PROCEDIMIENTOS Y CUIDADOS.
Ofertar a la familia la participación en los cuidados del paciente y en determinados procedimientos		
Buena práctica 1.11	Se dispone de un protocolo asistencial relativo a la participación de la familia en los cuidados básicos (alimentación, higiene, movilización) al paciente ingresado	
Buena práctica 1.12	Se contempla y permite a las personas cuidadoras y familiares acompañar al paciente en determinados procedimientos cuando es solicitado y si el paciente así lo desea.	
Buena práctica 1.13	Se contempla y permite, si así es solicitado, a las personas cuidadoras y familiares acompañar al paciente en la sala de críticos y/o durante RCP previo acuerdo del equipo con la familia/persona cuidadora y paciente si se pudiera, registrando en la historia clínica esta decisión.	
Buena práctica 1.14	Se registra el consentimiento del paciente (verbal/escrito) para la participación de los cuidados y/o acompañamiento en determinados procedimientos de la persona cuidadora y familia, si procediera.	

Buena práctica 1.15	En caso de que el estado del paciente lo incapacite, la toma de decisiones relativa al tratamiento y cuidados, se consulta el registro de voluntades vitales anticipadas (VVA) o historia clínica donde se detalla la planificación anticipada, según proceda, compartiendo con las personas especificadas en dichos registros estas decisiones. En caso de no existir estos registros o especificaciones en torno a la toma de decisiones, es compartida con la persona cuidadora o familia	

Línea estratégica 1	SUH CON FLEXIBILIZACIÓN EN EL ACOMPAÑAMIENTO	SOPORTE A LAS NECESIDADES EMOCIONALES, PSICOLÓGICAS Y ESPIRITUALES DE LOS FAMILIARES.
Detectar y dar soporte a las necesidades emocionales, psicológicas y espirituales de la familia y persona cuidadora		
Buena práctica 1.16	Se utilizan herramientas para identificar y abordar las necesidades emocionales, psicológicas y espirituales de los familiares y las personas cuidadoras	
Buena práctica 1.17	Se facilita a las familias y personas cuidadoras el uso regulado de telefonía móvil u otros dispositivos (favorecer el contacto con familiares)	
Buena práctica 1.18	Existe sala de rezos multiconfesional y personal accesible, está señalizada y se informa de la misma	

Línea estratégica 1	SUH CON FLEXIBILIZACIÓN EN EL ACOMPAÑAMIENTO	IDENTIFICACIÓN Y ABORDAJE DE PERSONAS CUIDADORAS DE PACIENTES VULNERABLES
Identificación de cuidadoras de pacientes vulnerables y abordaje de sus necesidades		
Buena práctica 1.19	Existe un procedimiento para la identificación de cuidadores de pacientes vulnerables en el SUH	
Buena práctica 1.20	Existe un protocolo de atención a personas cuidadoras de pacientes vulnerables en el SUH que incluyen medidas de confort en caso de acompañamiento continuo (asiento confortable, dieta si precisa, aseo con posibilidad de higiene si precisa)	

Buena práctica 1.21	Existe una valoración integral estructurada que permita valorar a la persona cuidadora de pacientes vulnerables y abordar sus necesidades	
Buena práctica 1.22	Existe un protocolo de derivación a la persona cuidadora a la gestora de casos o unidad de trabajo social (UTS) si fuera preciso	
Buena práctica 1.23	Se facilitan, disponen y usan asociaciones, grupos de apoyo u otros recursos no sanitarios para personas cuidadoras	

Bibliografía recomendada:

Presencia de familiares.

Da Silva Barreto M, Peruzzo HE, Garcia-Vivar C, Marcon SS. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: a meta-synthesis. *Rev Esc Enferm USP* 2019;53:e03435.

García Cagigal AM, Arroyo Lamas D, Llorca Santana ML. Preferencias sobre normas de acompañamiento en el Servicio de Urgencias Hospitalario. *Metas Enferm* 2018;21(8):67-74.

Smith McAlvin S, Carew-Lyons A. Family presence during resuscitation and invasive procedures in pediatric critical care: a systematic review. *Am J Crit Care* 2014;23(6):477-94; quiz 485.

De Stefano C et al. Family Presence During Resuscitation: A Qualitative Analysis From a National Multicenter Randomized Clinical Trial. *PLoS One* 2016;11(6):e0156100.

Powers KA, Candela L. Family Presence During Resuscitation: Impact of Online Learning on Nurses' Perception and Self-confidence. *Am J Crit Care* 2016;25(4):302-309.

Adams A. Family Presence During Resuscitation: An Evaluation of Attitudes and Beliefs (2016). DNP Projects 99. Disponible en: http://uknowledge.uky.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1115&context=dnps_etds. Acceso mayo 2020.

Tíscar-González V et al. Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar: perspectivas de pacientes, familiares y profesionales de la salud en el País Vasco. *Aten Primaria*. 2019;51(5):269-77.

Henderson DP, Knapp JF. Report of the National Consensus Conference on Family Presence During Pediatric Cardiopulmonary Resuscitation and Procedures. *J Emerg Nurs* 2006;32(1):23-9. Leske JS, McAndrew NS, Brasel KJ, Feetham S. Family Presence during Resuscitation after Trauma. *J Trauma Nurs* 2017;24(2): 85-96.

2017 ENA Clinical Practice Guideline Committee, Vanhoy MA, Horigan A, et al. Clinical Practice Guideline: Family Presence. *J Emerg Nurs* 2019;45(1):76. e1-76.e29.

Madden E, Condon C. Emergency Nurses' Current Practices and Understanding of Family Presence During CPR. *J Emerg Nurs* 2007;33(5):433-40.

Curley MA, Meyer EC, Scoppettuolo LA, et al. Parent presence during invasive procedures and resuscitation: evaluating a clinical practice change. *Am J Respir Crit Care Med* 2012;186(11): 1133-1139.

Meyers TA, Eichhorn DJ, Guzzetta CE, et al. Family presence during invasive procedures and resuscitation. *Am J Nurs* 2000;100(2):32-43.

Oczkowski SJW, Mazzetti I, Cupido C, Fox-Robichaud AE and the Canadian Critical Care Society. Family presence during resuscitation: A Canadian Critical Care Society position paper. *Can Respir J* 2015;22(4):201-205.

Twibell R, Siela D, Riwitis C, Neal A, Waters N. A qualitative study of factors in nurses' and physicians' decision-making related to family presence during resuscitation. *J Clin Nurs* 2018;27(1-2):e320-e334.

Toronto CE, LaRocco SA. Family perception of and experience with family presence during cardiopulmonary resuscitation: An integrative review. *J Clin Nurs* 2018;1-15.

Da Silva Barreto M et al. Deciding "case by case" on family presence in the emergency care service. *Acta Paul Enferm* 2018;31(3):373-9.

Soleimanpour H. An Analytical Comparison of the Opinions of Physicians Working in Emergency and Trauma Surgery Departments at Tabriz and Vienna Medical Universities Regarding Family Presence during Resuscitation. *PLoS One* 2015;23;10(4):e0123765.

Helmer SD, Smith RS, Dort JM, Shapiro WM, Katan BS. Family presence during trauma resuscitation: a survey of AAST and ENA members. American Association for the Surgery of Trauma. Emergency Nurses Association. *J Trauma* 2000;48(6):1015-1024.

Shaw K, Ritchie D, Adams G. Does witnessing resuscitation help parents come to terms with the death of their child? A review of the literature. *Intensive Crit Care Nurs* 2011;27(5):253-262.

İşlekdemir B, Kaya N. Effect of family presence on pain and anxiety during invasive nursing procedures in an emergency department: A randomized controlled experimental study. *Int Emerg Nurs* 2016;24:39-45.

Consentimiento informado.

Olson CM, Jobe KA. Reporting approval by research ethics committees and subjects' consent in human resuscitation research. *Resuscitation* 1996;31(3):255-263.

Lin YK, Liu KT, Chen CW, et al. How to effectively obtain informed consent in trauma patients: a systematic review. *BMC Med Ethics* 2019;20(1):8.

Dreisinger N, Zapolsky N. Complexities of Consent: Ethics in the Pediatric Emergency Department. *Pediatr Emerg Care* 2018;34(4):288-290.

Fehr AE, Pentz RD, Dickert NW. Learning from experience: a systematic review of community consultation acceptance data. *Ann Emerg Med* 2015;65(2):162-71.e3.

Moskop JC. Informed consent and refusal of treatment: challenges for emergency physicians. *Emerg Med Clin North Am* 2006;24(3):605-618.

Baren JM. Ethical dilemmas in the care of minors in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am* 2006;24(3):619-631.

Cummings S. How to tell whether patients can make decisions about their care. *Emerg Nurse* 2012;20(5):22-27.

Felluga M, Rabach I, Minute M, et al. A quasi randomized-controlled trial to evaluate the effectiveness of clowntherapy on children's anxiety and pain levels in emergency department. *Eur J Pediatr* 2016;175(5):645-650.

Bos AP, van Zwieten MC. Randomized, controlled trials in the emergency setting: a matter of physician-patient relationships, responsibility, and trust. *Crit Care Med* 2007;35(3):979-980.

Gestión emocional.

Bermejo JC. Humanizar la asistencia sanitaria. Bilbao: Desclée De Brouwer, 2014 [2ª ed.].
Valenzuela-Anguila M. ¿Es posible humanizar los cuidados de Enfermería en Urgencias? [Tesis Doctoral]. Univesidad de Alicante, Marzo 2015. Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante. Disponible en: <https://cutt.ly/BuvDMmS>. Acceso junio 2020.

Berbís Morelló MC, Mora López G, Ferré Grau C. El proceso de cuidar a la familia en urgencias. Una aproximación desde la teoría fundamentada. *Metas Enferm* 2016;19(8):63-70.

Kraaijvanger N, van Leeuwen H, Rijpsma D, Edwards M. Motives for self-referral to the emergency department: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res* 2016;16(1):685.

Hunsaker S, Chen HC, Maughan D, Heaston S. Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *J Nurs Scholarsh* 2015;47(2):186-194.

Wagley LK, Newton SE. Emergency nurses' use of psychosocial nursing interventions for management of ED patient fear and anxiety. *J Emerg Nurs* 2010;36(5):415-419.

Gordon J, Sheppard LA, Anaf S. The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. *Int Emerg Nurs* 2010;18(2):80-88.

Kercher EE. Anxiety. *Emerg Med Clin North Am* 1991;9(1):161-7.

Cleaver K. Characteristics and trends of self-harming behaviour in young people. *Br J Nurs* 2007;16(3):148-152.

Cuidadores.

Ringer T, Moller D, Mutsaers A. Distress in Caregivers Accompanying Patients to an Emergency Department: A Scoping Review. *J Emerg Med.* 2017;53(4):493-508.

Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Kotzalidis GD, Tatarelli R. Emergency staff reactions to suicidal and self-harming patients. *Eur J Emerg Med* 2005;12(4):169-178.

Zalenski R, Gillum RF, Quest TE, Griffith JL. Care for the adult family members of victims of unexpected cardiac death. *Acad Emerg Med* 2006;13(12):1333-1338.

Jennings P. Should paediatric units have bereavement support posts?. *Arch Dis Child.* 2002;87(1):40-42.

Ellis G, Marshall T, Ritchie C. Comprehensive Geriatric Assessment in the Emergency Department. *Clin Interv Aging* 2014;9:2033-2043.

Curran J, Cassidy C, Chiasson D, MacPhee S, Bishop A. Patient and caregiver expectations of emergency department care: A scoping literature review. *Int Emerg Nurs* 2017;32:62-69.

Knowles E, Mason S, Colwell B. An initiative to provide emergency healthcare for older people in the community: the impact on carers. *Emerg Med J* 2011;28(4):316-319.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2

COMUNICACIÓN

Cuando hablamos, comunicamos. Cuando callamos, también. No hay nada más subjetivo que una comunicación objetiva. La comunicación es un proceso que va más allá del uso del lenguaje. Es una forma de comportamiento, de expresión, de comprensión. Es partir de una actitud de respeto, de empatía, de compasión. No es solo informar, sino transmitir; es posibilitar contenidos claros, precisos y suficientes, adecuados a los receptores; es compartir y es escuchar, de manera activa, asertiva y emocional, facilitando la generación de expectativas realistas que den como resultado la confianza y la satisfacción por el trato recibido.

Es una función inherente al ser humano, que en contextos como la pandemia COVID, ha puesto de relieve lo esencial y humanamente necesario que es, en cualquiera de sus formas y en cualquiera de las situaciones.






Teniendo en cuenta este marco referencial, de forma específica, y en relación a la comunicación, en el ámbito de los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SHU), se observa como en los pacientes y familiares/personas cuidadoras prevalecen las percepciones y sensaciones de vulnerabilidad, de fragilidad y de preocupación, al conectar con la realidad desde lo emocional antes que desde lo cognitivo, debido a la incertidumbre, aislamiento, miedo, dolor y estrés ambiental, percibido y/o sometido. De ahí, la importancia de establecer estrategias efectivas para que se sientan atendidos, informados, acompañados y escuchados.





Un paciente/familiar/persona cuidadora informada, escuchada, acompañada, con la percepción de ser atendida, es una persona empoderada para la gestión del proceso vivido y un colaborador-facilitador en la actuación profesional. Por el contrario, la incomunicación, uno de los aspectos que más insatisfacción genera en la atención urgente, se convierte en una fuente de


conflictos. Por tanto, informemos de forma estructurada, dominemos el lenguaje no verbal, ofrezcamos un trato personalizado, dirigiéndonos al paciente por su nombre, presentándonos, preservando su intimidad, utilizando un lenguaje comprensible, integrando al familiar o persona cuidadora en la atención. Esforcémosnos en facilitar el acompañamiento, facilitemos la continuidad de cuidados, escuchemos, descubramos e interpretemos el significado para el paciente de cada hecho de su asistencia, sus miedos, incertidumbres, sus alegrías. En definitiva, hagamos digna su atención, potenciando y facilitando la comunicación.










Efectivamente, en el equipo interdisciplinar de los SHU, es básico, además de los conocimientos científico-técnicos, el manejo de la comunicación. Y es conocida la necesidad no solo de establecer infraestructuras y procedimientos estructurados que faciliten ésta, sino también de tener habilidades comunicativas que faciliten el trabajo tan exigente en esta área, donde se soporta una gran presión asistencial, con una asistencia altamente variable y tecnificada, con conflictos y dilemas de diferentes índoles y donde intervienen un gran número de profesionales con diferentes roles. Todo ello pone de manifiesto la necesidad de generar espacios de encuentros para reflexionar, utilizando la comunicación como herramienta clave para el crecimiento del equipo. Apostemos por comunicarnos en su sentido más amplio, por formarnos en habilidades comunicativas, de manera que nuestras debilidades se conviertan en motor del cambio, porque no hay nada más humano que el acto de comunicarse.






Línea estratégica 2	COMUNICACIÓN	COMUNICACIÓN EN EL EQUIPO
		COMUNICACIÓN DEL EQUIPO CON OTRAS ÁREAS
		COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN AL PACIENTE, FAMILIA Y PERSONA CUIDADORA

Línea estratégica 2	COMUNICACIÓN	COMUNICACIÓN EN EL EQUIPO
<p>Se asegura el traspaso correcto de la información relevante del paciente, su familia y persona cuidadora entre todos los miembros del equipo interdisciplinar del SUH y se usan herramientas que fomentan el trabajo en equipo</p>		
Buena práctica 2.1	Existe un procedimiento estructurado de traspaso de información claro y efectivo en la atención del paciente	
Buena práctica 2.2	Existe un sistema de localización de pacientes en el SUH que permita conocer de forma rápida y sencilla su ubicación y datos relevantes de su atención	
Buena práctica 2.3	Se realizan actividades formativas para los profesionales del SHU en trabajo en equipo y comunicación efectiva utilizando herramientas como por ejemplo la simulación clínica y el CRM (<i>Crisis Resource Management</i>)	
Buena práctica 2.4	Están implantadas herramientas específicas para la mejora de la comunicación efectiva: objetivos diarios/listados de verificación/Briefings/AASTRE (Análisis Aleatorio de Seguridad en Tiempo Real) /Técnica SBAR	
Buena práctica 2.5	Se establecen espacios/áreas estructuradas para el diálogo entre profesionales para compartir información y consensuar opciones terapéuticas en acuerdo con el paciente, familia/persona cuidadora	

Línea estratégica 2	COMUNICACIÓN	COMUNICACIÓN DEL EQUIPO CON OTRAS ÁREAS ASISTENCIALES
Se asegura el traspaso correcto de la información relevante del paciente, familia y persona cuidadora entre el equipo del SHU y otras áreas asistenciales y se usan herramientas que fomentan el trabajo en equipo		
Buena práctica 2.6	Existe un procedimiento estructurado de traspaso de información claro y efectivo en la transferencia del paciente a otra área hospitalaria	
Buena práctica 2.7	Existe un procedimiento estructurado de traspaso de información claro y efectivo en la transferencia del paciente desde el área extrahospitalaria, con número de teléfono y persona de contacto	
Buena práctica 2.8	Existe un procedimiento estructurado de traspaso de información claro y efectivo en la transferencia del paciente a otras estructuras sanitarias	
Buena práctica 2.9	Se establecen reuniones periódicas entre los diferentes equipos para mejorar la comunicación y el trabajo colaborativo	

Línea estratégica 2	COMUNICACIÓN	COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE, FAMILIA Y PERSONA CUIDADORA
Facilitar elementos que ayuden a entablar una comunicación adecuada, efectiva y empática con los pacientes, familiares y personas cuidadoras por parte de todos los miembros del equipo del SHU, para llegar a una satisfactoria relación de ayuda, así como la accesibilidad a la información		
Buena práctica 2.10	Existe, se conoce y utiliza el libro de estilo institucional o en su defecto, protocolo propio del servicio, como modelo de orientación de estilo de relación de los profesionales con los usuarios, así como la guía de Atención y Trato (identificación de profesionales, comunicación empática...)	

Buena práctica 2.11	Existen espacios físicos adecuados para la información a pacientes y/o familiares y/o personas cuidadoras	
Buena práctica 2.12	Existe una persona coordinadora de información o profesional de referencia para que la familia/persona cuidadora sepa a quien dirigirse en caso de duda o necesidad	
Buena práctica 2.13	Existe un procedimiento de información por parte de médicos y enfermeras a pacientes y/o familiares/ personas cuidadoras de forma periódica, aclarando dudas y reduciendo incertidumbre sobre la situación de salud según competencias y con una perspectiva integral	
Buena práctica 2.14	Se realizan actividades formativas en habilidades no técnicas y de relación de ayuda, que incluyan comunicación en malas noticias, situaciones conflictivas y duelo	
Buena práctica 2.15	Existe un protocolo de comunicación de malas noticias	
Buena práctica 2.16	En pacientes competentes, se explora con el propio paciente la voluntad de que sea informada la familia, persona cuidadora o los allegados y queda registrada esta decisión	
Buena práctica 2.17	Existe un sistema para que los pacientes puedan llamar a los profesionales sanitarios cuando lo necesiten	
Buena práctica 2.18	Existe un procedimiento de llamada al paciente/familiar/persona cuidadora y se aplica según área de urgencias	
Buena práctica 2.19	Existe un procedimiento de identificación inequívoca del paciente según establece la Joint Commission u otro procedimiento validado	

Buena práctica 2.20	Existe un procedimiento para favorecer la comunicación con pacientes que presentan dificultades para comunicarse por problemas cognitivos, deficiencias auditivas, visuales o del lenguaje	
Buena práctica 2.21	Existe un procedimiento para comunicarse con pacientes, familiares o personas cuidadoras con barrera idiomática	
Buena práctica 2.22	Se evalúa periódicamente la satisfacción del paciente y familiares con herramientas validadas en relación a la atención recibida	
Buena práctica 2.23	Existe y se aplica un procedimiento que facilite la comunicación de familiares/personas cuidadoras con pacientes en aislamiento: videollamadas, mensajes de audios, elementos simbólicos	
Buena práctica 2.24	Existe y se aplica un procedimiento que facilite la información médica no presencial según casos y contextos específicos	

Bibliografía recomendada:

Satisfacción.

Shah S et al. Patel A, Rumoro DP, Hohmann S, Fullam F. Managing patient expectations at emergency department triage. *Patient Experience Journal* 2015;2(2):31-44.

Taylor C, Benger JR. Patient Satisfaction in Emergency Medicine. *Emerg Med J* 2004;21 (5):528-32.

Aaronson EL et al. Overall Emergency Department Rating: Identifying the Factors That Matter Most to Patient Experience. *J Healthc Qual* 2018;40(6):367-376.

Welch SJ. Twenty years of patient satisfaction research applied to the emergency department: a qualitative review. *Am J Med Qual* 2010;25(1):64-72.

Natesan P et al. Comparing patients and families perceptions of satisfaction and predictors of overall satisfaction in the emergency department. *PLoS ONE* 2019;14(8) e0221087.

Comunicación con paciente y familia.

Wang H, Kline JA, Jackson BE, et al. Association between emergency physician self-reported empathy and patient satisfaction. *PLoS One* 2018;13(9):e0204113.

Gamella-Pizarro C, Sánchez-Martos J, González-Armengol JJ, Fernández-Pérez C. Impacto de una unidad de atención e información a la familia y los acompañantes del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios en la mejora del grado de satisfacción. *Emergencias* 2014;26:114-120.

García-García A, Arévalo-Velasco, A, García-Iglesias MA, et al. Información, comunicación y trato en un servicio de urgencias: evaluación mediante una encuesta de opinión. *Rev Calid Asist* 2015;30(4):203-209.

Ekwall A. Acuity and anxiety from the patient's perspective in the emergency department. *J Emerg Nurs* 2013;39(6):534-538.

Pytel C, Fielden NM, Meyer KH, Albert N. Nurse-patient/visitor communication in the emergency department. *J Emerg Nurs* 2009;35(5):406-411.

Patel PB, Vinson DR. Physician e-mail and telephone contact after emergency department visit improves patient satisfaction: a crossover trial [published correction appears in *Ann Emerg Med*. 2013 Aug;62(2):150]. *Ann Emerg Med* 2013;61(6):631-637.

Downey LV, Zun L, Burke T. What constitutes a good hand offs in the emergency department: a patient's perspective. *Int J Health Care Qual Assur* 2013;26(8):760-767.

Curran J, Cassidy C, Chiasson D, MacPhee S, Bishop A. Patient and caregiver expectations of emergency department care: A scoping literature review. *Int Emerg Nurs* 2017;32:62-69.

Roh H, Park KH. A Scoping Review: Communication Between Emergency Physicians and Patients in the Emergency Department. *J Emerg Med* 2016;50(5):734-743.

Fernández-Alcántara M. Evaluación neuropsicológica y emocional de los procesos de duelo y experiencias de los psicólogos en el acompañamiento de los procesos de fin de vida [Tesis Doctoral]. Granada: Universidad de Granada, 2016. Disponible en: <https://cutt.ly/8uv2NHN>. Acceso junio 2020.

Cuidadores.

Ladley A, Hieger AW, Arthur J, Broom M. Educational Text Messages Decreased Emergency Department Utilization Among Infant Caregivers: A Randomized Trial. *Acad Pediatr* 2018;18(6):636-641.

Curran J, Cassidy C, Chiasson D, MacPhee S, Bishop A. Patient and caregiver expectations of emergency department care: A scoping literature review. *Int Emerg Nurs* 2017;32:62-69.

Stein-Parbury J, Gallagher R, Fry M, Chenoweth L, Gallagher P. Expectations and experiences of older people and their carers in relation to emergency department arrival and care: A qualitative study in Australia. *Nurs Health Sci* 2015;17(4):476-482.

Transferencia de información.

Braet A, Weltens C, Sermeus W. Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep* 2016;14(2):106-173.

Van Spall HGC, Lee SF, Xie F, et al. Knowledge to action: Rationale and design of the Patient-Centered Care Transitions in Heart Failure (PACT-HF) stepped wedge cluster randomized trial. *Am Heart J* 2018;199:75-82.

Van Spall HGC, Lee SF, Xie F, et al. Effect of Patient-Centered Transitional Care Services on Clinical Outcomes in Patients Hospitalized for Heart Failure: The PACT-HF Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2019;321(8):753-761.

Eisenstein EL, Willis JM, Edwards R, et al. Randomized Trial of Population-Based Clinical Decision Support to Facilitate Care Transitions. *Stud Health Technol Inform* 2017;234:98-103.

Martín-Sánchez FJ, Llopis-García G, Llorens P. Planificación del alta desde urgencias para reducir eventos adversos a 30 días en pacientes mayores frágiles con insuficiencia cardiaca aguda: diseño y justificación del ensayo clínico DEED FRAIL-AHF. *Emergencias* 2019;31(1):27-35.

Kessler ChS et al. A Prospective, Randomized, Controlled Study Demonstrating a Novel, Effective Model of Transfer of Care Between Physicians: The 5 Cs of Consultation. *Acad Emerg Med* 2012;19(8):968-74.

Kessler CS, Tadisina KK, Saks M, et al. The 5Cs of Consultation: Training Medical Students to Communicate Effectively in the Emergency Department. *J Emerg Med* 2015;49(5):713-721.

Alimenti D, Buydos S, Cunliffe L, Hunt A. Improving perceptions of patient safety through standardizing handoffs from the emergency department to the inpatient setting: a systematic review. *J Am Assoc Nurse Pract* 2019;31(6):354-363.

Bukoh MX, Siah CR. A systematic review on the structured handover interventions between nurses in improving patient safety outcomes. *J Nurs Manag* 2020;28(3):744-755.

Rusticali A, Piccolotto L. Effectiveness of Structured Models of Nursing Handover for Ensuring Continuity of Information in Hospital. *Int J clinical & case* 2019;3(1):13-19.

Bost N, Crilly J, Wallis M, Patterson E, Chaboyer W. Clinical handover of patients arriving by ambulance to the emergency department - a literature review. *Int Emerg Nurs* 2010;18(4):210-220.

Kessler C, Williams MC, Moustoukas JN, Pappas C. Transitions of care for the geriatric patient in the emergency department. *Clin Geriatr Med* 2013;29(1):49-69.

Comunicación interdisciplinar.

Low LL, Tan SY, Ming Ng MJ et al. Applying the Integrated Practice Unit Concept to a Modified Virtual Ward Model of Care for Patients at Highest Risk of Readmission: A Randomized Controlled Trial. *PLoS One* 2017;12 (1):e0168757.

Martín-Pérez S, Vázquez-Calatayud M, Lizarraga-Ursúa Y, et al. Comunicación intraprofesional durante el cambio de turno. *Rev ROL Enferm* 2013;36(5):334-340.

Tomás-Vecina S, Chanovas- Borràs M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias* 2010 (22):415-428.

Rüdiger-Stürchler M, Keller DI, Bingisser R. Emergency physician intershift handover - can a DINAMO checklist speed it up and improve quality?. *Swiss Med Wkly* 2010;140:w13085.

Watkins LM, Patrician PA. Handoff communication from the emergency department to primary care. *Adv Emerg Nurs J* 2014;36(1):44-51.

Lucaya D, Dalmau I, Ferrer R. Gestión de conflictos en las organizaciones: un enfoque psicosocial integrador (2015). Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Universidad de Barcelona. Seguridad y Salud en el trabajo 2015;(81):26-32. Disponible en: <https://cutt.ly/Quv265K>. Acceso junio 2020.

Organización del Servicio de Urgencias.

Hsiao PR, Redley B, Hsiao YC, Lin CC, Han CY, Lin HR. Family needs of critically ill patients in the emergency department. *Int Emerg Nurs* 2017;30:3-8.

Guss DA, Leland H, Castillo EM. The impact of post-discharge patient call back on patient satisfaction in two academic emergency departments. *J Emerg Med* 2013;44(1):236-241.

Diseño informático.

Schiro J, Marcilly R, Leroy N, Wawrzyniak C, Martinot A, Pelayo S. Design and evaluation of a patient website to reduce crowding in emergency departments: a preliminary study. *Stud Health Technol Inform* 2015;210:663-665.

Gestión emocional.

Roh H, Park KH. A Scoping Review: Communication Between Emergency Physicians and Patients in the Emergency Department. *J Emerg Med* 2016;50(5):734-743.

Landa-Ramírez E, López-Gómez A, Jiménez-Escobar I. Comunicación de malas noticias en urgencias médicas: recomendaciones y retos futuros [Breaking bad news in the emergency room: Suggestions and future challenges]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007;55(6):736-747.

Wang H, Kline JA, Jackson BE, et al. Association between emergency physician self-reported empathy and patient satisfaction. *PLoS One* 2018;13(9):e0204113.

Moss J, Roberts MB, Shea L, et al. Healthcare provider compassion is associated with lower PTSD symptoms among patients with life-threatening medical emergencies: a prospective cohort study. *Intensive Care Med* 2019;45(6):815-822.

Arigliani M, Castriotta L, Pusiol A, et al. Measuring empathy in pediatrics: validation of the Visual CARE measure. *BMC Pediatr* 2018;18(1):57.

Kilner E, Sheppard LA. The role of teamwork and communication in the emergency department: a systematic review. *Int Emerg Nurs* 2010;18(3):127-137.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3

BIENESTAR DEL PACIENTE

Para una persona enferma, acudir a un Servicio de Urgencias Hospitalaria (SUH) es una experiencia habitualmente no deseada, llena de temores e incertidumbre ante su posible enfermedad y las consecuencias derivadas de esta.

Desde las visitas cortas a los SUH por patología más banal, hasta aquellos pacientes más graves que pueden tener que pasar por multitud de pruebas que implican largas estancias incluso en un área de observación, las situaciones pueden ser muy diversas, pero todas tienen en común el encontrarse en un ambiente hostil, probablemente masificado y rodeado de enfermedad.











Los pacientes se ven afectados en toda su dimensión humana: física, psicológica y espiritual. Por ello, es necesario un enfoque holístico y protocolizado que cuide de todas sus necesidades y problemas. La larga espera, la implantación de dispositivos, el dolor, la soledad, el miedo, el discomfort, la dependencia en pacientes más vulnerables,



la falta de intimidad, el ruido, la pérdida de autonomía, de contacto con el exterior y con sus seres queridos, junto a todos los síntomas físicos de su enfermedad, pueden hacer que una experiencia que busque la curación y el alivio se torne tremendamente inhumana.





Cuidar el ambiente que rodea al paciente, asegurar que se encuentre acompañado, reevaluar su estado y necesidades periódicamente, proporcionar el adecuado apoyo espiritual o psicológico que pueda necesitar, preservar su dignidad en las áreas de espera y de observación, evitar las contenciones, la falta de luz natural, garantizar un sueño de calidad, mantenerlo informado, asegurar su autonomía, la conexión con sus seres queridos, el control del dolor con adecuados protocolos de analgesia y de sedación...


Para humanizar la asistencia en los SUH, debemos adquirir los conocimientos adecuados y sistematizar medidas, protocolizándolas e integrándolas en el ADN de los profesionales de nuestros Servicios de Urgencias Hospitalarias, garantizando así el máximo bienestar de los pacientes mientras están con nosotros.



Línea estratégica 3	BIENESTAR DEL PACIENTE	BIENESTAR FÍSICO
		BIENESTAR PSICOLÓGICO Y ESPIRITUAL
		PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE
		BIENESTAR AMBIENTAL Y DESCANSO NOCTURNO








Línea estratégica 3	BIENESTAR DEL PACIENTE	BIENESTAR FÍSICO
Promover medidas que eviten o disminuyan las molestias físicas		
Buena práctica 3.1	Existe protocolo consensuado para el ingreso del paciente en observación del SUH y/o planta	
Buena práctica 3.2	Se establecen tiempos máximos de estancia en observación del SUH sentado, en sillón o camilla y una vez pasado ese tiempo el paciente pasa a una cama	
Buena práctica 3.3	Se facilita una camilla/cama a pacientes identificados como vulnerables con deterioro motor incapacitante, así como ubicaciones específicas durante su atención	
Buena práctica 3.4	Existen protocolos de actuación para las patologías más prevalentes o graves, cuidados y técnicas frecuentes y son conocidos y utilizados por todos los miembros del SUH de manera homogénea y con baja variabilidad según evidencia científica más reciente	
Buena práctica 3.5	Existe un protocolo de triaje normalizado e informatizado de cinco niveles	
Buena práctica 3.6	Existe y aplica un procedimiento normalizado de reevaluación de pacientes en la sala de espera	
Buena práctica 3.7	Existe un protocolo de analgesia y sedación según evidencias recientes	
Buena práctica 3.8	Existe un protocolo de contención mecánica con especial atención a la dignidad del paciente y persona cuidadora/familia	
Buena práctica 3.9	En el área de observación del SUH se favorece la deambulaci3n, sedestaci3n de forma precoz si es posible	
Buena práctica 3.10	Existe un protocolo de cambios posturales en el paciente encamado	

Buena práctica 3.11	Existe un protocolo de aseo e higiene del paciente encamado	
Buena práctica 3.12	Se valoran las necesidades de cuidados de forma estructurada de los pacientes ingresados y se establecen medidas para la satisfacción de las mismas desde la continuidad de cuidados	

Línea estratégica 3	BIENESTAR DEL PACIENTE	BIENESTAR PSICOLÓGICO Y ESPIRITUAL
Promover actuaciones encaminadas a disminuir el sufrimiento psicológico del paciente y atender las necesidades espirituales		
Buena práctica 3.13	Existe un procedimiento de información al paciente	
Buena práctica 3.14	Se valoran las necesidades de cuidados psicológicos y espirituales de los pacientes ingresados en observación del SUH de forma estructurada y se establecen medidas para la satisfacción de las mismas desde la continuidad de cuidados	
Buena práctica 3.15	Se facilita el uso de medios de entretenimiento para los pacientes con la regulación debida de utilización (lectura, dispositivos multimedia, radio, tv)	
Buena práctica 3.16	Existe la posibilidad de que el paciente pueda ser atendido "in situ" por un psicólogo/a	

Línea estratégica 3	BIENESTAR DEL PACIENTE	PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE
Autonomía del paciente: Establecer medidas que promuevan la autonomía del paciente		
Buena práctica 3.17	Se facilita la participación de los pacientes en procedimientos y cuidados según capacidad funcional	

Buena práctica 3.18	Se facilita el uso del baño en el SUH en condiciones de higiene y dignidad, incluso cuando éste es de uso colectivo y con sistema de llamada en caso de emergencia y adaptados para su accesibilidad según normativa vigente	
Buena práctica 3.19	Se facilita el uso de WC portátil en observación del SUH	

Línea estratégica 3	BIENESTAR DEL PACIENTE	BIENESTAR AMBIENTAL Y DESCANSO NOCTURNO
Confort ambiental: Promover medidas que faciliten el ritmo vigilia-sueño y el descanso nocturno, así como otras medidas de bienestar ambiental		
Buena práctica 3.20	Se definen y promueven medidas de control del ruido ambiental	
Buena práctica 3.21	Se mantiene un control de la temperatura ambiental según momento del día	
Buena práctica 3.22	Existe un protocolo de descanso nocturno	
Buena práctica 3.23	Existen medidores de decibelios en observación del SUH con aviso luminoso cuando se sobrepasen los límites establecidos	
Buena práctica 3.24	Se favorece el uso de luz natural durante el día o en su defecto, se disponen de ventanas virtuales	
Buena práctica 3.25	Se realizan intervenciones relacionadas con la música	
Buena práctica 3.26	Se evalúa y monitoriza la calidad del sueño	

Bibliografía recomendada:

Satisfacción.

Canadian Institute for Health Information. Unnecessary Care in Canada. Ottawa, ON: CIHI; 2017. Disponible en: <https://www.cihi.ca>. Acceso mayo 2020.

Parra Cotanda C, Vergés Castells A, Carreras Blesa N, Trenchs Sainz de la Maza V, Luaces Cubells C. Experiencia del paciente en Urgencias: ¿qué opinan los niños y los adolescentes? [Patient experience in emergency departments: What do children and adolescents think?]. *An Pediatr (Barc)* 2017;86(2):61-66.

Bustamante-Veas P, Avendaño-Cañas D, Camacho-Martín B et al. Evaluación de la satisfacción del paciente con la atención recibida en un servicio de urgencias hospitalario y sus factores asociados. *Emergencias* 2013;25:171-176.

Bryans A, Camilleri-Brennan J, Hua L, Patel N, Price R, Browning J. What do adolescents want from their ED? An evaluation on the preferences and opinions of adolescents attending local EDs. *Emerg Med* 2018;35(11):675-679.

Walsh M, Knott JC. Satisfaction with the emergency department environment decreases with length of stay. *Emerg Med J* 2010;27(11):821-828.

Aaronson EL, Mort E, Sonis JD, Chang Y, White BA. Overall Emergency Department Rating: Identifying the Factors That Matter Most to Patient Experience. *J Healthc Qual* 2018;40(6):367-376.

Agarwal AK, Mahoney K, Lanza AL, et al. Online Ratings of the Patient Experience: Emergency Departments Versus Urgent Care Centers. *Ann Emerg Med* 2019;73(6):631-638.

Welch SJ. Twenty years of patient satisfaction research applied to the emergency department: a qualitative review. *Am J Med Qual* 2010;25(1):64-72.

McConnell D, McCance T, Melby V. Exploring person-centredness in emergency departments: A literature review. *Int Emerg Nurs* 2016;26:38-46.

Graham B, Endacott R, Smith JE, Latour JM. 'They do not care how much you know until they know how much you care': a qualitative meta-synthesis of patient experience in the emergency department. *Emerg Med J* 2019;36(6):355-363.

Brown T, Shetty A, Zhao DF, Harvey N, Yu T, Murphy M. Association between pain control and patient satisfaction outcomes in the emergency department setting. *Emerg Med Australas* 2018;30(4):523-529.

Dinh M, Walker A, Parameswaran A, Enright N. Evaluating the quality of care delivered by an emergency department fast track unit with both nurse practitioners and doctors. *Australas Emerg Nurs J* 2012;15(4):188-194.

Newcomb P, Wilson M, Baine R, et al. Influences on Patient Satisfaction Among Patients Who Use Emergency Departments Frequently for Pain-Related Complaints. *J Emerg Nurs* 2017;43(6):553-559.

Rehman SA, Ali PA. A Review of Factors Affecting Patient Satisfaction With Nurse Led Triage in Emergency Departments. *Int Emerg Nurs* 2016;29:38-44.

Bucci S, de Belvis AG, Marventano S, et al. Emergency Department crowding and hospital bed shortage: is Lean a smart answer? A systematic review. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2016;20(20):4209-4219.

Wang H, Kline JA, Jackson BE, et al. The role of patient perception of crowding in the determination of real-time patient satisfaction at Emergency Department. *Int J Qual Health Care* 2017;29(5):722-727.

Varndell W, Fry M, Elliott D. Quality and impact of nurse-initiated analgesia in the emergency department: A systematic review. *Int Emerg Nurs* 2018;40:46-53.

Personas Cuidadoras.

Sharpp TJ, Young HM. Experiences of frequent visits to the emergency department by residents with dementia in assisted living. *Geriatr Nurs* 2016;37(1):30-35.

López-Tarrida AC, Ruíz-Romero V, González-Martín T. Cuidando con sentido: la atención de lo espiritual en la práctica clínica desde la perspectiva del profesional. *Rev Esp Salud Pública* 2020;94(1): e1-e25.

Transferencia de información.

Eisenstein EL, Willis JM, Edwards R, et al. Randomized Trial of Population-Based Clinical Decision Support to Facilitate Care Transitions. *Stud Health Technol Inform* 2017;234:98-103.

Alimenti D, Buydos S, Cunliffe L, Hunt A. Improving perceptions of patient safety through standardizing handoffs from the emergency department to the inpatient setting: a systematic review. *J Am Assoc Nurse Pract* 2019;31(6):354-363.

Bost N, Crilly J, Wallis M, Patterson E, Chaboyer W. Clinical Handover of Patients Arriving by Ambulance to the Emergency Department - A Literature Review. *Int Emerg Nurs* 2010;18(4):210-20.

Katz EB, Carrier ER, Umscheid CA, Pines JM. Comparative effectiveness of care coordination interventions in the emergency department: a systematic review. *Ann Emerg Med* 2012;60(1):12-23.e1.

Comunicación interdisciplinaria.

Low LL, Tan SY, Ming Ng MJ et al. Applying the Integrated Practice Unit Concept to a Modified Virtual Ward Model of Care for Patients at Highest Risk of Readmission: A Randomized Controlled Trial. *PLoS One* 2017;12(1):e0168757.

Organización del Servicio de Urgencias.

Dorsett M, Cooper RJ, Taira BR, Wilkes E, Hoffman JR. Bringing valve, balance and humanity to the emergency department: the right care top 10 for emergency medicine. *Emerg Med J* 2020;37(4):240-45

Villamor-Ordozgoiti A, Priu-Parra I, España-Salvador MC, Torres-Valdés C, Bas Ciudad MP, Ponce-Quílez MR. Intervención para reducir la repercusión en el sueño de la luz y el ruido en áreas de observación de urgencias. *Emergencias* 2017;29:39-42.

Dumoulin S, Bouchard S, Ellis J, et al. A Randomized Controlled Trial on the Use of Virtual Reality for Needle-Related Procedures in Children and Adolescents in the Emergency Department. *Games Health J* 2019;8(4):285-293.

İşlekdemir B, Kaya N. Effect of family presence on pain and anxiety during invasive nursing procedures in an emergency department: A randomized controlled experimental study. *Int Emerg Nurs* 2016;24:39-45.

Barbour T, O'Keefe S, Mace SE. Patient and Health Care Provider Responses from a Prospective, Double-Blind, Randomized Controlled Trial Comparing Vapocoolant Spray versus Placebo Spray in Adults Undergoing Venipuncture in the Emergency Department. *Pain Manag Nurs* 2018;19(4):391-399.

Curran J, Cassidy C, Chiasson D, MacPhee S, Bishop A. Patient and caregiver expectations of emergency department care: A scoping literature review. *Int Emerg Nurs* 2017;32:62-69.

Gordon J, Sheppard LA, Anaf S. The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. *Int Emerg Nurs* 2010;18(2):80-88.

Hollera RS. The Problem of Pain in Emergency Care. *Nurs Clin North Am* 2002;37(1):67-78,vi-vii.

Jones P, Wells S, Ameratunga S. Towards a best measure of emergency department crowding: Lessons from current Australasian practice. *Emerg Med Australas* 2018;30(2):214-221.

Lutze M, Ross M, Chu M, Green T, Dinh M. Patient perceptions of emergency department fast track: a prospective pilot study comparing two models of care. *Australas Emerg Nurs J* 2014;17(3):112-118.

Stockbridge EL, Wilson FA, Pagán JA. Psychological distress and emergency department utilization in the United States: evidence from the Medical Expenditure Panel Survey. *Acad Emerg Med* 2014;21(5):510-519.

Guss DA, Leland H, Castillo EM. The impact of post-discharge patient call back on patient satisfaction in two academic emergency departments. *J Emerg Med* 2013;44(1):236-241.

Diseño informático.

Schiro J, Marcilly R, Leroy N, Wawrzyniak C, Martinot A, Pelayo S. Design and evaluation of a patient website to reduce crowding in emergency departments: a preliminary study. *Stud Health Technol Inform.* 2015;210:663-665.

Herramientas. Carballo Cardona C. Triage avanzado: es la hora de dar un paso adelante. *Emergencias* 2015;27(5):332-335.

Gómez Jiménez J, Boneu-Olaya F, Becerra-Cremidis et al. Validación clínica de la nueva versión del Programa de Ayuda al Triage (web_e-PAT v3) del Modelo Andorrano de Triage (MAT) y Sistema Español de Triage (SET). Fiabilidad, utilidad y validez en la población pediátrica y adulta. *Emergencias* 2006;18:207-214.

Le Grand Rogers R, Narvaez Y, Venkatesh AK, et al. Improving emergency physician performance using audit and feedback: a systematic review. *Am J Emerg Med* 2015;33(10):1505-1514.

Pimentel L, Barrueto F Jr. Statistical process control: separating signal from noise in emergency department operations. *J Emerg Med* 2015;48(5):628-638.

Gestión emocional.

Ibrahim A, Koyuncu G, Koyuncu N, Suzer NE, Cakir OD, Karcioglu O. The effect of Benson relaxation method on anxiety in the emergency care. *Medicine [Baltimore]* 2019;98(21):e15452.

Weiland TJ, Jelinek GA, Macarow KE, et al. Original sound compositions reduce anxiety in emergency department patients: a randomised controlled trial. *Med J Aust* 2011;195(11-12):694-698.

Tilt AC, Werner PD, Brown DF, et al. Low degree of formal education and musical experience predict degree of music-induced stress reduction in relatives and friends of patients: a single-center, randomized controlled trial. *Ann Surg* 2013;257(5):834-838.

Kline JA, Fisher MA, Pettit KL, Linville CT, Beck AM. Controlled clinical trial of canine therapy versus usual care to reduce patient anxiety in the emergency department. *PLoS One* 2019;14(1):e0209232.

Body R, Kaide E, Kendal S, Foex B. Not all suffering is pain: sources of patients' suffering in the emergency department call for improvements in communication from practitioners. *Emerg Med J* 2015;32(1):15-20.

Ekwall A. Acuity and anxiety from the patient's perspective in the emergency department. *J Emerg Nurs* 2013;39(6):534-538.

Craven P, Cinar O, Madsen T. Patient anxiety may influence the efficacy of ED pain management. *Am J Emerg Med* 2013;31(2):313-318.



El desgaste profesional es la respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico con agotamiento físico y psicológico o emocional, actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y sentimiento de inadecuación para las tareas que se han de realizar. Al desgaste profesional se añaden otros síndromes como el sufrimiento moral o la fatiga por compasión.







Los profesionales que desarrollan su labor asistencial en el marco de los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) se ven sometidos a una serie de determinantes que les hacen ser candidatos ideales a sufrir estos síndromes: presión asistencial, variabilidad de horarios, trabajo nocturno con alteración del ritmo circadiano, convivencia diaria con el sufrimiento humano de pacientes y familias, altos niveles de exigencia, falta de recursos humanos y técnicos, déficits formativos, instalaciones inapropiadas, conflictos interprofesionales o con los pacientes, escaso reconocimiento de su labor... son solo algunos de los factores a los que se han de enfrentar día a día.




Las últimas consecuencias son las de pérdida de salud física y psicológica, llegando a afectar a sus relaciones sociales y familiares, con pérdida de la autoestima, depresión y ansiedad. Esto redundando directamente en la asistencia a los pacientes, viéndose ésta deteriorada, lo cual puede crear un círculo vicioso difícil de identificar y romper.






La idea que debe prevalecer no es la de disponer de herramientas para tratar el síndrome de desgaste profesional, sino que más allá de eso, el verdadero desafío es prevenirlo. Los centros sanitarios y por ende los departamentos de recursos humanos, deben disponer de estrategias adecuadas y rutinarias de identificación y prevención de este síndrome, basadas en medidas institucionalizadas dentro del marco laboral del centro. Deben prestar atención a las condiciones laborales de los trabajadores de un Servicio tan complejo y expuesto como los SUH, proporcionándoles los medios necesarios para garantizar su bienestar físico y psicológico. Para las instituciones sanitarias, ha de ser un deber ético y moral, proporcionar una asistencia humanizada de manera global e integral. Pero para que, en último término, esta llegue a los pacientes, ha de pasar inevitablemente por unos profesionales motivados, sanos, y en condiciones óptimas.



Línea estratégica 4	CUIDADOS AL PROFESIONAL	SENSIBILIZACIÓN SOBRE EL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL Y FACTORES ASOCIADOS
		PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL Y PROMOCIÓN DEL BIENESTAR
		PREVENCIÓN Y MANEJO INTEGRAL DE SITUACIONES CONFLICTIVAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Línea estratégica 4	CUIDADOS AL PROFESIONAL	SENSIBILIZACIÓN SOBRE EL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL Y FACTORES ASOCIADOS
Mejorar el conocimiento sobre el síndrome de desgaste profesional favoreciendo su visibilidad		
Buena práctica 4.1	Se llevan a cabo actividades formativas relacionadas con el conocimiento y gestión del desgaste profesional, factores asociados y el fomento del engagement para la adquisición de competencias y habilidades en el afrontamiento del estrés y situaciones conflictivas (resiliencia, personalidad positiva, asertividad, autorregulación emocional, resolución de problemas, manejo eficaz del tiempo, así como la vinculación con el trabajo)	
Buena práctica 4.2	Se evalúa periódicamente el proceso de desgaste profesional y el <i>engagement</i> , usando herramientas validadas	

Línea estratégica 4	CUIDADOS AL PROFESIONAL	PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL Y PROMOCIÓN DEL BIENESTAR
Prevenir el síndrome de desgaste profesional y promover el <i>engagement</i>		
Buena práctica 4.3	La dotación de plantilla y turno de trabajo son adecuados cumpliendo con los estándares propuestos en la bibliografía	
Buena práctica 4.4	Existe un protocolo instaurado de aumento de plantilla en épocas de alta frecuentación o aumento de demanda no esperado	
Buena práctica 4.5	Existe un plan de acogida para los nuevos profesionales para ayudar a su integración en el equipo	
Buena práctica 4.6	Se promueven cambios organizativos que reduzcan la aparición y/o el impacto del desgaste profesional en el personal mayor de 55 años	
Buena práctica 4.7	Se facilita la posibilidad de cambiar turnos de trabajo y adoptar horario a las necesidades particulares de los profesionales (flexibilidad horaria)	
Buena práctica 4.8	Se facilita la actividad docente, formativa e investigadora y se contemplan éstas como parte de la jornada laboral	

Buena práctica 4.9	Se promueve la participación y opinión de los profesionales en la cultura organizacional de la Unidad, en su gestión y en los objetivos de la misma	
Buena práctica 4.10	Se dispone de una zona adecuada de descanso para los profesionales para pausas y acceso a bebidas, snacks	
Buena práctica 4.11	Se disponen de materiales/dispositivos de trabajo para movilizar a los pacientes minimizando el riesgo de lesiones de los profesionales	

Línea estratégica 4	CUIDADOS AL PROFESIONAL	PREVENCIÓN Y MANEJO INTEGRAL DE SITUACIONES CONFLICTIVAS DERIVADAS DE LA ASISTENCIA EN SUH
Existen medidas para la prevención y gestión de situaciones conflictivas derivadas de la asistencia en el SUH		
Buena práctica 4.12	Existe formación específica a los profesionales para la gestión de situaciones conflictivas	
Buena práctica 4.13	Se realizan reuniones periódicas entre representantes locales (asociaciones de pacientes-familiares/personas cuidadoras, representantes políticos locales) y profesionales de la unidad para identificar elementos de mejoras del servicio de urgencias	
Buena práctica 4.14	Periódicamente se evalúa el clima laboral del servicio a través de un cuestionario de clima validado y se proponen e implementan líneas de mejora	
Buena práctica 4.15	Existen herramientas para favorecer la participación interdisciplinar y la identificación y resolución de los conflictos entre profesionales del SUH y proponer soluciones a éstos	
Buena práctica 4.16	Existen herramientas para favorecer la participación interdisciplinar y la identificación y resolución de los conflictos entre profesionales del SUH, áreas hospitalarias y extrahospitalarias, y proponer soluciones a éstos	

Buena práctica 4.17	Existe un buzón de sugerencias para profesionales, pacientes y familiares	
Buena práctica 4.18	Se dispone de un psicólogo/a para la gestión emocional del profesional y la gestión de conflictos del servicio	

Bibliografía recomendada:

Cuidados al profesional.

Mayo Clinic Proceedings, Vol. 92 Issue 1, Shanafelt, T., Noseworthy, J.H., Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout, Pages No. 129-146, (2017).

Schneider A, Whler M, Weigl M. Effects of Work Conditions on Provider Mental Well-Being and Quality of Care: A Mixed-Methods Intervention Study in the Emergency Department. *BMC Emerg Med* 2019;19(1):1-12.

Kilner E, Sheppard LA. The role of teamwork and communication in the emergency department: a systematic review. *Int Emerg Nurs* 2010;18(3):127-137.

Asociación madrileña de calidad asistencial. Reflexiones y recomendaciones para planificar actuaciones para la prevención y abordaje de Reacciones de Estrés Agudo en trabajadores sanitarios y otro personal de apoyo a la labor sanitaria con motivo de la crisis ocasionada por COVID-19. Disponible en: <https://cutt.ly/WuT3qHZ>. Acceso junio 2020.

Transferencia de información.

Alimenti D, Buydos S, Cunliffe L, Hunt A. Improving perceptions of patient safety through standardizing handoffs from the emergency department to the inpatient setting: a systematic review. *J Am Assoc Nurse Pract* 2019;31(6):354-363.

Organización del Servicio de Urgencias.

Craig LE, Taylor N, Grimley R, et al. Development of a theory-informed implementation intervention to improve the triage, treatment and transfer of stroke patients in emergency departments using the Theoretical Domains Framework (TDF): the T3 Trial. *Implement Sci* 2017;12(1):88.

Cortés-Borra A, Jaén-Ferrer, P. La gestión humanizada es posible. *RECIEN* 2019;17:6-10.

Hernández-Tejedor A, Munayco Sánchez AJ, Suárez Barrientos A, Pujol Varela I. The challenge of an intensive care unit in a fairground [published online ahead of print, 2020 Apr 22]. El reto de una unidad de cuidados intensivos en un recinto ferial [published online ahead of print, 2020 Apr 22]. *Med Intensiva* 2020;S0210-5691(20)30115-7.

Rodríguez del Río L. Cuidados enfermeros y humanización de la asistencia sanitaria [Nursing care and humanization of health care]. *Revista Enfermería CyL* 2019;11(1):155-171.

Tudela P, Mòdol JM: La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias* 2015;27:113-120.

Basu S, Qayyum H, Mason S. Occupational stress in the ED: a systematic literature review. *Emerg Med J* 2017;34(7):441-447.

Kleissl-Muir S, Raymond A, Rahman MA. Incidence and factors associated with substance abuse and patient-related violence in the emergency department: A literature review. *Australas Emerg Care* 2018;21(4):159-170.

Ashton RA, Morris L, Smith I. A qualitative meta-synthesis of emergency department staff experiences of violence and aggression. *Int Emerg Nurs* 2018;39:13-19.

Mitra B, Nikathil S, Gocentas R, Symons E, O'Reilly G, Olausson A. Security interventions for workplace violence in the emergency department. *Emerg Med Australas* 2018;30(6):802-807.

Johnston A, Abraham L, Greenslade J, et al. Review article: Staff perception of the emergency department working environment: Integrative review of the literature. *Emerg Med Australas* 2016;28(1):7-26.

Grant JD. Emergency department madness: tips to maintain sanity and flow. *Pediatr Emerg Care* 2011;27(11):1092-1094.

De Stefano C, Philippon AL, Krastinova E, et al. Effect of emergency physician burnout on patient waiting times. *Intern Emerg Med* 2018;13(3):421-428.

Rozo JA, Olson DM, Thu HS, Stutzman SE. Situational Factors Associated With Burnout Among Emergency Department Nurses. *Workplace Health Saf* 2017;65(6):262-265.

D'Ettorre G, Greco MR. Assessment and Management of Work-Related Stress in Hospital Emergency Departments in Italy. *J Med Pract Manage* 2016;31(5):280-283.

Acompañamiento. Ética de la RCP.

Copeland D, Liska H. Implementation of a Post-Code Pause: Extending Post-Event Debriefing to Include Silence. *J Trauma Nurs* 2016;23(2):58-64.

Simulación.

Eisenmann D, Stroben F, Gerken JD, Exadaktylos AK, Machner M, Hautz WE. Interprofessional Emergency Training Leads to Changes in the Workplace. *West J Emerg Med* 2018;19(1):185-192.

Nelson SW, Germann CA, MacVane CZ, Bloch RB, Fallon TS, Strout TD. Intern as Patient: A Patient Experience Simulation to Cultivate Empathy in Emergency Medicine Residents. *West J Emerg Med* 2018;19(1):41-48.

Boyde M, Cooper E, Putland H, et al. Simulation for emergency nurses (SIREN): A quasi-experimental study. *Nurse Educ Today* 2018;68:100-104.

Krull W, Gusenius TM, Germain D, Schnepper L. Staff Perception of Interprofessional Simulation for Verbal De-escalation and Restraint Application to Mitigate Violent Patient Behaviors in the Emergency Department. *J Emerg Nurs* 2019;45(1):24-30.

Wong AH, Wing L, Weiss B, Gang M. Coordinating a Team Response to Behavioral Emergencies in the Emergency Department: A Simulation-Enhanced Interprofessional Curriculum. *West J Emerg Med* 2015;16(6):859-865.

Wong AH, Gang M, Szyld D, Mahoney H. Making an "Attitude Adjustment": Using a Simulation-Enhanced Interprofessional Education Strategy to Improve Attitudes Toward Teamwork and Communication. *Simul Healthc* 2016;11(2):117-125.

Gestión de las emociones.

Hunsaker S, Chen HC, Maughan D, Heaston S. Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *J Nurs Scholarsh* 2015;47(2):186-194.

Burnout.

Gómez-Urquiza JL, De la Fuente-Solana EI, Albendín-García L, Vargas-Pecino C, Ortega-Campos EM, Cañadas-De la Fuente GA. Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A Meta-Analysis. *Crit Care Nurse* 2017;37(5):e1-e9.

Serrano-Vicente MI, Fernández-Rodrigo MT, Satrústegui-Dordá PJ, Urcola-Pardo F. Agresiones a profesionales del sector sanitario en España. Revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública* 2019;93(2):e1-16.

Landa-Ramírez E, Rangel-Domínguez NE, Villavicencio-Carranza MA, et al. Clima organizacional y factores relacionados con el burnout en urgencias médicas: un estudio correlacional. *Psicología y Salud* 2017;27(2):245-254.

Ontova-Almató A, Suñer-Soler R, Juvinyà-Canal D. Satisfacción laboral y síndrome de burnout en profesionales de un servicio de urgencias. *TESELA, Liderazgo Y Gestión* 2019;(26):e12286.

Schaufeli WB, Salanova M, González-Romá V, Bakker AB. The measurement of burnout and engagement: a confirmatory factor analytic approach. *J Happiness Stud* 2002;3:71-92.

Li H, Cheng B, Zhu XP. Quantification of burnout in emergency nurses: A systematic review and meta-analysis. *Int Emerg Nurs* 2018;39:46-54

Dutheil F, Trousselard M, Perrier C, et al. Urinary interleukin-8 is a biomarker of stress in emergency physicians, especially with advancing age--the JOBSTRESS* randomized trial. *PLoS One* 2013;8(8):e71658.

Schmidt M, Haglund K. Debrief in Emergency Departments to Improve Compassion Fatigue and Promote Resiliency. *J Trauma Nurs* 2017;24(5):317-322.

Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *Int J Nurs Stud* 2015;52(2):649-661.

Bragard I, Dupuis G, Fleet R. Quality of work life, burnout, and stress in emergency department physicians: a qualitative review. *Eur J Emerg Med* 2015;22(4):227-234.

Basu S, Qayyum H, Mason S. Occupational stress in the ED: a systematic literature review. *Emerg Med J* 2017;34(7):441-447.

Schneider A, Weigl M. Associations Between Psychosocial Work Factors and Provider Mental Well-Being in Emergency Departments: A Systematic Review. *PLoS One* 2018;13(6):e0197375.

Rozo JA, Olson DM, Thu HS, Stutzman SE. Situational Factors Associated With Burnout Among Emergency Department Nurses. *Workplace Health Saf* 2017;65(6):262-265.

Ríos-Rísquez MI, Sánchez-Meca J, Godoy-Fernández C. Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de Enfermería de cuidados intensivos y urgencias. *Psicothema* 2010;22(4):600-5.

Satisfacción del personal.

Wei R, Ji H, Li J, Zhang L. Active Intervention Can Decrease Burnout In Ed Nurses. *J Emerg Nurs* 2017;43(2):145-149.

Lozano-Lozano JA, Chacón-Moscoso S, Sanduvete-Chaves S, Pérez-Gil J. Principales componentes del clima laboral en el servicio de urgencias de una organización sanitaria: un abordaje cualitativo. *Acción Psicológica* 2014;10(2):3-20.

Lee Roze des Ordon A, de Groot JM, Rosendal T, Viceer N, Nixon L. How clinicians integrate humanism in their clinical workplace-'Just trying to put myself in their human being shoes'. *Perspect Med Educ* 2018;7(5):318-324.

Duarte V. Humanización de la asistencia médica en el servicio de urgencias: la importancia de los valores en salud. *Emergencias* 2014;26:481-483.

Schaufeli WB, Bakker A. The Utrecht Work Engagement Scale [Manual]. Disponible en: <https://cutt.ly/luQvMuC>. Acceso mayo 2020.

Raigosa-Gallego D, Marin Londoño B. Formación en creencias de eficacia. Una propuesta para reducir el burnout y optimizar los niveles de engagement en empleados. *Int J Psychol Res* 2010;3(2):86-92.

Gorman VL. Future Emergency Nursing Workforce: What the Evidence Is Telling Us. *J Emerg Nurs* 2019;45(2):132-136.

Barleycorn D. Awareness of secondary traumatic stress in emergency nursing. *Emerg Nurse* 2019;27(5):19-22.

Holden RJ. Lean Thinking in emergency departments: a critical review. *Ann Emerg Med* 2011;57(3):265-278.

Los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) son unidades altamente frecuentadas, con una casuística muy variada y cuyas características estructurales y funcionales están orientadas de forma general hacia la dimensión física del paciente, sin tener en cuenta otro tipo de necesidades.

Sin embargo, en esta sociedad cada vez más compleja, los problemas que se presentan en estos servicios trascienden los aspectos biológicos del paciente, haciendo necesario redimensionar este reduccionismo biologicista, centrando la atención en la persona y el respeto a su dignidad. Esto supone, por un lado, romper con muchas de las ideas y dinámicas de trabajo establecidas, y por otro, proponer y crear nuevas formas de atención y abordaje de los pacientes y su entorno de cuidados, caracterizando a la persona como un ser biopsicosocial y emocional.








Tomando como referencia esta idea, podemos afirmar que la atención a pacientes vulnerables en los SUH es esencialmente necesaria, al ser personas que, por su especial condición y situación, necesitan ser identificados y abordados de forma singular, diferenciada, integral, para asegurar esta atención digna desde un orden moral, más allá de los beneficios asistenciales en términos de satisfacción, económicos o de seguridad clínica que diferentes estudios ponen de relieve.











Parece ineludible, por tanto, definir la vulnerabilidad desde esta nueva perspectiva y en este contexto específico. Así podría definirse al paciente vulnerable como aquella persona con insuficientes recursos personales para adaptarse al entorno, por causas y circunstancias variables, y que le expone a riesgos físicos y/o morales, precisando de un abordaje especial en su atención.


Aceptando esta concepción global, aparecen términos que de forma específicas se relacionan con la vulnerabilidad. Así, deberíamos de hablar de vulnerabilidad cuando un paciente es frágil, dependiente, tiene problemas sensoriales, de comunicación, cognitivos o motores crónicos, cuando existe barrera idiomática, está en edades extremas (niños, personas mayores 65 años), presentan malos tratos/violencia de género y algún tipo de problemática social o problema de salud mental.






A modo de conclusión, podemos afirmar que este cambio en la cultura de trabajo es posible, pero necesita de la participación de pacientes, familiares, profesionales e instituciones en un marco de reflexión, aprendizaje y consenso. A continuación, proponemos una batería de buenas prácticas humanizadoras, que esperamos ayuden a este proceso.

<p>Línea estratégica 5</p>	<p>PACIENTES VULNERABLES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS (SUH)</p>	<p>VULNERABILIDAD GENERAL: IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y ABORDAJE</p>
		<p>VULNERABILIDAD ESPECÍFICA: IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y ABORDAJE</p>
		<p>IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y ABORDAJE DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y MALOS TRATOS</p>

Línea estratégica 5	PACIENTES VULNERABLES EN EL SUH	VULNERABILIDAD GENERAL: IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y ABORDAJE
Identificación activa de pacientes vulnerables con abordaje de sus necesidades, a partir de la observación directa y generalista prioritariamente desde el TRIAJE		
Buena práctica 5.1	Existe un procedimiento de identificación, valoración y manejo del paciente con imposibilidad o dificultad permanente para moverse, precisando de ayuda y/o supervisión de otra persona y/o dispositivo y que pone en riesgo real o potencial su autonomía y seguridad en el SUH, registrando la presencia o no de acompañante/persona cuidadora	
Buena práctica 5.2	Existe un procedimiento de identificación, valoración y manejo del paciente con problemas cognitivos y/o psíquicos permanentes que le imposibilitan o dificultan la comprensión y/o interpretación del lenguaje y el desarrollo de conductas adaptadas al medio, poniendo en riesgo real o potencial su autonomía y seguridad en el SUH, registrando la presencia o no de acompañante/ persona cuidadora	
Buena práctica 5.3	Existe un procedimiento de identificación, valoración y manejo del paciente con alteraciones visuales, auditivas y/o lingüísticas permanentes y que pone en riesgo real o potencial su autonomía y seguridad en el SUH, registrando la presencia o no de acompañante/ persona cuidadora	
Buena práctica 5.4	Existe un procedimiento para la identificación, comunicación y manejo de pacientes con barrera idiomática	
Buena práctica 5.5	Existe un procedimiento de derivación de pacientes vulnerables generales a la UTS (Unidad de Trabajo Social) o gestora de casos si se precisara, que garantice la continuidad de la asistencia socio-sanitaria de los pacientes "vulnerables generales" al alta	
Buena práctica 5.6	Existe una guía de recursos sociales comunitarios (asociaciones, grupos de apoyo ...) disponibles y se oferta a pacientes "vulnerables generales"	
Buena práctica 5.7	Se realizan actividades formativas en el manejo de pacientes "vulnerables generales"	

Línea estratégica 5	PACIENTES VULNERABLES EN EL SUH	VULNERABILIDAD ESPECÍFICA: IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y ABORDAJES
Identificación activa de pacientes vulnerables con abordaje de sus necesidades a partir de una valoración pormenorizada prioritariamente, desde el área de OBSERVACIÓN		
Buena práctica 5.8	Existe un procedimiento de identificación, valoración y manejo del paciente frágil	
Buena práctica 5.9	Existe un procedimiento de identificación, valoración y manejo del paciente dependiente	
Buena práctica 5.10	Existe un procedimiento de identificación, valoración y manejo del paciente paliativo	
Buena práctica 5.11	Existe un procedimiento de identificación, valoración y manejo del paciente hiperfrecuentador	
Buena práctica 5.12	Existe un procedimiento de atención pediátrico diferenciado en caso de SUH donde se atiende a población adulta y pediátrica	
Buena práctica 5.13	Existe un procedimiento de identificación, valoración y manejo del paciente con problemática social	
Buena práctica 5.14	Existe un procedimiento de identificación, valoración y manejo del paciente con problemas de salud mental	
Buena práctica 5.15	Existe un procedimiento de derivación de pacientes "vulnerables específicos" a la UTS (Unidad de Trabajo Social) o gestora de casos si se precisara, que garantice la continuidad de la asistencia socio-sanitaria de los pacientes "vulnerables específicos" al alta	
Buena práctica 5.16	Existe una guía de recursos sociales comunitarios (asociaciones, grupos de apoyo ...) disponibles y se oferta a pacientes "vulnerables específicos"	
Buena práctica 5.17	Se realizan actividades formativas en el manejo de pacientes "vulnerables específicos"	

Buena práctica 5.18	Existe una Unidad de Trabajo Social con atención continuada	

Línea estratégica 5	PACIENTES VULNERABLES EN EL SUH	IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y ABORDAJE DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y MALOS TRATOS
Identificación y abordaje de las necesidades de sospecha/ víctimas de malos tratos y violencia de género		
Buena práctica 5.19	Existe un procedimiento de identificación, valoración y manejo de violencia de género	
Buena práctica 5.20	Existe un procedimiento de identificación, valoración y manejo de malos tratos a niños	
Buena práctica 5.21	Existe un procedimiento de identificación, valoración y manejo malos tratos a ancianos	
Buena práctica 5.22	Existe y facilita una guía de recursos locales de para la atención de mujeres víctimas de violencia de género, maltrato en niños o ancianos	
Buena práctica 5.23	Se realizan actividades formativas en el manejo de situaciones de violencia de género y maltrato infantil y en ancianos	

Bibliografía consultada:

Vulnerabilidad en Urgencias.

Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes. Estudio conjunto de los defensores del pueblo. Madrid: enero 2015. Disponible en: <https://www.defensordelpueblo.es/informe-monografico/las-urgencias-hospitalarias-en-el-sistema-nacional-de-salud-derechos-y-garantias-de-los-pacientes-estudio-conjunto-de-los-defensores-del-pueblo-enero-2015/>. Acceso mayo 2020.

Seaberg D et al. Patient Navigation for Patients Frequently Visiting the Emergency Department: A Randomized, Controlled Trial. *Acad Emerg Med* 2017;24(11):1327-33.

Keijzers G, Crilly J, Walters B, Crawford R, Bell C. Does a dedicated pediatric team within a busy mixed emergency department make a difference in waiting times, satisfaction, and care transition? *Pediatr Emerg Care* 2010;26(4):274-280.

Pagnamenta R, Bengler JR. Factors influencing parent satisfaction in a children's emergency department: prospective questionnaire-based study. *Emerg Med J* 2008;25(7):417-419.

Guerra-Diez JL et al. Analisis de calidad asistencial en Urgencias de Pediatría en la atención integral al paciente pediátrico y su familia. Encuesta de satisfacción. Disponible en: <https://rb.gy/qjtyu7>. Acceso mayo 2020.

Rodríguez-Laso A, Caballero-Mora MA, García Sánchez I et al. On behalf of all ADVANTAGE Joint Action partners. State of the art report on the prevention and management of frailty [ADVANTAGE Report 2014-2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/euQWH84>. Acceso mayo 2020.

Nerney MP, Chin MH, Jin L, et al. Factors associated with older patients' satisfaction with care in an inner-city emergency department. *Ann Emerg Med* 2001;38(2):140-145.

Gany F et al. Patient satisfaction with different interpreting methods: A randomized controlled trial. *J Gen Intern Med* 2007;22(Suppl 2):312-318.

Biese K et al. A randomized trial exploring the effect of a telephone call follow-up on care plan compliance among older adults discharged home from the emergency department. *Acad Emerg Med* 2014;21(2):188-195.

Reinius P, Johansson M, Fjellner A, et al. A telephone-based case-management intervention reduces healthcare utilization for frequent emergency department visitors. *Eur J Emerg Med* 2013;20(5):327-34.

Redelmeier DA, Molin JP, Tibshirani RJ. A randomised trial of compassionate care for the homeless in an emergency department. *Lancet* 1995;345(8958):1131-1134.

Julbet LE, Graham J, Maeng DD et al. Patient Ratings of Case Managers in a Medical Home: Associations With Patient Satisfaction and Health Care Utilization. *Ann Intern Med* 2014;161(10 Suppl):S59-65.

Shankar KN, Bhatia BK, Schuur JD. Toward patient-centered care: a systematic review of older adults' views of quality emergency care. *Ann Emerg Med* 2014;63(5):529-550.

Bristow DP, Herrick CA. Emergency department case management: the dyad team of nurse case manager and social worker improve discharge planning and patient and staff satisfaction while decreasing inappropriate admissions and costs: a literature review. *Lippincotts Case Manag* 2002;7(3):121-128.

Ramirez D, Engel KG, Tang TS. Language interpreter utilization in the emergency department setting: a clinical review. *J Health Care Poor Underserved* 2008;19(2):352-362.

Carpenter CR, Shelton E, Fowler S, et al. Risk factors and screening instruments to predict adverse outcomes for undifferentiated older emergency department patients: a systematic review and meta-analysis. *Acad Emerg Med* 2015;22(1):1-21.

Hinsliff-Smith K, McGarry J. Understanding management and support for domestic violence and abuse within emergency departments: A systematic literature review from 2000-2015. *J Clin Nurs* 2017;26(23-24):4013-4027.

Elliott A, Hull L, Conroy SP. Frailty identification in the emergency department-a systematic review focussing on feasibility. *Age Ageing* 2017;46(3):509-513.

Ellis G, Marshall T, Ritchie C. Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clin Interv Aging* 2014;9:2033-2043.

Stein-Parbury J, Gallagher R, Fry M, Chenoweth L, Gallagher P. Expectations and experiences of older people and their carers in relation to emergency department arrival and care: A qualitative study in Australia. *Nurs Health Sci* 2015;17(4):476-482.

Bonin-Guillaume S, Durand AC, Yahi F, et al. Predictive factors for early unplanned rehospitalization of older adults after an ED visit: role of the caregiver burden. *Ageing Clin Exp Res* 2015;27(6):883-891.

Espinosa-Almendro JM, Rodríguez-Gómez S (coord.). Examen de salud para mayores de 65 años: actualización 2017. Disponible en: <https://cutt.ly/UuQThE2>. Acceso mayo 2020.

Martín-Sánchez FJ, Fernández-Alonso C, Gil-Gregorio P. Puntos clave en la asistencia al anciano frágil en Urgencias. *Med Clin (Barc)* 2013;140(1):24-29.

Brousseau AA, Dent E, Hubbard R, et al. Identification of older adults with frailty in the Emergency Department using a frailty index: results from a multinational study. *Age Ageing* 2018;47(2):242-248.

Jørgensen R, Brabrand M. Screening of the frail patient in the emergency department: A systematic review. *Eur J Intern Med* 2017;45:71-73.

Fernández-Alonso C, Romero-Pareja R, Rivas-García A et al. en representación del Grupo de Trabajo del paciente Fidelizado del Plan estratégico de Urgencias de la Comunidad de Madrid. Proyecto FIDUR: pacientes hiperfrecuentadores fidelizados en servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias* 2016;28:16-20.

Korczak V, Shanthosh J, Jan S, Dinh M, Lung T. Costs and effects of interventions targeting frequent presenters to the emergency department: a systematic and narrative review. Korczak et al. *BMC Emerg Med* 2019;19:83.

Moe J, Kirkland S, Ospina MB, et al. Mortality, admission rates and outpatient use among frequent users of emergency departments: a systematic review. *Emerg Med J* 2016;33(3):230-236.

Raven MC, Kushel M, Ko MJ, Penko J, Bindman AB. The Effectiveness of Emergency Department Visit Reduction Programs: A Systematic Review. *Ann Emerg Med* 2016;68(4):467-483.e15.

O'Caoimh R, Costello M, Small C, et al. Comparison of Frailty Screening Instruments in the Emergency Department. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16(19):3626.

Transferencia de información.

Braet A, Weltens C, Sermeus W. Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep* 2016;14(2):106-173

Van Spall HGC, Lee SF, Xie F, et al. Knowledge to action: Rationale and design of the Patient-Centered Care Transitions in Heart Failure (PACT-HF) stepped wedge cluster randomized trial. *Am Heart J* 2018;199:75-82.

Martín-Sánchez FJ, Llopis-García G, Llorens P, et al. Planificación del alta desde urgencias para reducir eventos adversos a 30 días en pacientes mayores frágiles con insuficiencia cardiaca aguda: diseño y justificación del ensayo clínico DEED FRAIL-AHF. *Emergencias* 2019;31(1):27-35.

Vollbrecht M, Biese K, Hastings SN, Ko KJ, Preville LA. Systems-Based Practice to Improve Care Within and Beyond the Emergency Department. *Clin Geriatr Med* 2018;34(3):399-413.

Kessler C, Williams MC, Moustoukas JN, Pappas C. Transitions of care for the geriatric patient in the emergency department. *Clin Geriatr Med* 2013;29(1):49-69.

Comunicación interdisciplinaria.

Preston L, Chambers D, Campbell F, et al. What evidence is there for the identification and management of frail older people in the emergency department? A systematic mapping review. Southampton (UK): NIHR Journals Library; April 2018.

Theou O, Campbell S, Malone ML, Rockwood K. Older Adults in the Emergency Department with Frailty. *Clin Geriatr Med* 2018;34(3):369-386.

Carpenter CR, Bromley M, Caterino JM, et al. Optimal older adult emergency care: introducing multidisciplinary geriatric emergency department guidelines from the American College of Emergency Physicians, American Geriatrics Society, Emergency Nurses Association, and Society for Academic Emergency Medicine. *J Am Geriatr Soc* 2014;62(7):1360-1363.

Pillow MT, Doctor S, Brown S, Carter K, Mulliken R. An Emergency Department-initiated, web-based, multidisciplinary approach to decreasing emergency department visits by the top frequent visitors using patient care plans. *J Emerg Med* 2013;44(4):853-860.

Organización del Servicio de Urgencias.

Dumoulin S, Bouchard S, Ellis J, et al. A Randomized Controlled Trial on the Use of Virtual Reality for Needle-Related Procedures in Children and Adolescents in the Emergency Department. *Games Health J* 2019;8(4):285-293.

Iglesias K, Baggio S, Moschetti K, et al. Using case management in a universal health coverage system to improve quality of life of frequent Emergency Department users: a randomized controlled trial. *Qual Life Res* 2018;27(2):503-513.

Eklund K, Wilhelmson K, Gustafsson H, Landahl S, Dahlin-Ivanoff S. One-year outcome of frailty indicators and activities of daily living following the randomised controlled trial: "Continuum of care for frail older people". *BMC Geriatr* 2013;13:76.

Burns TR. Contributing factors of frequent use of the emergency department: A synthesis. *Int Emerg Nurs* 2017;35:51-55.

Hinsliff-Smith K, McGarry J. Understanding management and support for domestic violence and abuse within emergency departments: A systematic literature review from 2000-2015. *J Clin Nurs* 2017;26(23-24):4013-4027.

Manguy AM, Joubert L, Oakley E, Gordon R. Psychosocial Care Models for Families of Critically Ill Children in Pediatric Emergency Department Settings: A Scoping Review. *J Pediatr Nurs* 2018;38:46-52.

Campbell R, Patterson D, Lichty LF. The effectiveness of sexual assault nurse examiner (SANE) programs: a review of psychological, medical, legal, and community outcomes. *Trauma Violence Abuse* 2005;6(4):313-329.

Evensen S, Saltvedt I, Lydersen S, Wyller TB, Taraldsen K, Sletvold O. Environmental factors and risk of delirium in geriatric patients: an observational study. *BMC Geriatr* 2018;18(1):282.

Pinto de Oliveira G, D'Innocenzo M. Family Members' Satisfaction With the Care Flow in the Pediatric Emergency Department. *Rev Bras Enferm* 2019;72(2):435-441.

Rosted E, Wagner L, Hendriksen C, Poulsen I. Geriatric Nursing Assessment and Intervention in an Emergency Department: A Pilot Study. *Int J Older People Nurs* 2012;7(2):141-51.

Bruun IH, Maribo T, Nørgaard B, Schiøttz-Christensen B, Mogensen CB. A prediction model to identify hospitalised, older adults with reduced physical performance. *BMC Geriatr* 2017;17(1):281.

Uí Bhroin S, Kinahan J, Murphy A. Profiling frequent attenders at an inner city emergency department. *Ir J Med Sci* 2019;188(3):1013-1019.

Acompañamiento.

Lowthian J, Straney LD, Brand CA, et al. Unplanned early return to the emergency department by older patients: the Safe Elderly Emergency Department Discharge (SEED) project. *Age Ageing* 2016;45(2):255-261.

Gestión de la emoción.

Butterworth JE, Hays R, McDonagh ST, Richards SH, Bower P, Campbell J. Interventions for involving older patients with multi-morbidity in decision-making during primary care consultations. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;2019(10):CD013124.

Sousa KHJF, Damasceno CKCS, Almeida CAPL, Magalhães JM, Ferreira MA. Humanization in urgent and emergency services: contributions to nursing care. Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Rev Gaucha Enferm* 2019;40:e20180263.

Hartling L, Newton AS, Liang Y, et al. Music to reduce pain and distress in the pediatric emergency department: a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr* 2013;167(9):826-835.

Miller K, Tan X, Hobson AD, et al. A Prospective Randomized Controlled Trial of Nonpharmacological Pain Management During Intravenous Cannulation in a Pediatric Emergency Department. *Pediatr Emerg Care* 2016;32(7):444-451.

Belland L, Rivera-Reyes L, Hwang U. Using music to reduce anxiety among older adults in the emergency department: a randomized pilot study. *J Integr Med* 2017;15(6):450-455.

Felluga M, Rabach I, Minute M, et al. A quasi randomized-controlled trial to evaluate the effectiveness of clowntherapy on children's anxiety and pain levels in emergency department. *Eur J Pediatr* 2016;175(5):645-650.

Rimon A, Shalom S, Wolyniez I, Gruber A, Schachter-Davidov A, Glatstein M. Medical Clowns and Cortisol levels in Children Undergoing Venipuncture in the Emergency Department: A Pilot Study. *Isr Med Assoc J* 2016;18(11):680-683.

Wolyniez I, Rimon A, Scolnik D, et al. The effect of a medical clown on pain during intravenous access in the pediatric emergency department: a randomized prospective pilot study. *Clin Pediatr (Phila)* 2013;52(12):1168-1172.

Antonelli E, Vagnoli L, Ciucci E, Vernucci C, Lachi F, Messeri A. A Comparison of Nonpharmacologic Interventions on the Emotional State of Children in the Emergency Department. *Pediatr Emerg Care* 2019;35(2):81-88.

Heilbrunn BR, Wittern RE, Lee JB, Pham PK, Hamilton AH, Nager AL. Reducing anxiety in the pediatric emergency department: a comparative trial. *J Emerg Med* 2014;47(6):623-631.

Violencia de género.

Moreno-Casbas T (coord.). El maltrato contra las mujeres: cribado, identificación y respuesta inicial. Programa Nursing best practice guidelines program. RNAO Creado año 2005 y revisado año 2012.. Traducido por Investén-ISCIII. Instituto Salud Carlos III España: 2005. Disponible en: <https://cutt.ly/guQ2Uu5>. Acceso mayo 2020.

Holgado Jiménez-Castellanos M, Molina-Martínez S, Pérez González R. Plan de mejora para el abordaje de la violencia contra la mujer en el área de urgencias. *Biblioteca Lascasas* 2015;11(3).

Muñoz-Cobos F, Burgos-Varo ML, Carrasco-Rodríguez A. El torbellino de la violencia. Relatos biográficos de mujeres que sufren maltrato. *Aten Primaria* 2009;41(9):493-500.

Sánchez-Castro S, De la Fuente-Aparicio D, Salamanca-Castro AB, Robledo Martín J. Valoración de las mujeres maltratadas sobre la asistencia sanitaria recibida. *NURE Inv* 2010;7(48):1-15.

González-Calvo G, Camacho-Bejarano R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enfermería Global* 2014;33:424-439.

Vivimos en un contexto sociosanitario en el que prevalece el concepto de medicina curativa, donde se impone el esfuerzo diagnóstico y terapéutico para alargar la vida y evitar la muerte, a veces pagando el precio de la deshumanización.

Cuando hablamos de cuidados al final de la vida todos pensamos en nuestra vida biológica, que es la que tenemos todos los seres vivos y perdemos con la muerte. Ortega y Gasset ya diferenció dos sentidos para la palabra vida, la vida "biológica" y la vida "biográfica". La medicina siempre ha tratado la enfermedad como un fenómeno biológico, pero desde el prisma de la humanización no podemos olvidar esa parte biográfica que forma parte inherente de los seres humanos.

El final de la vida es un proceso, que va a depender en buena medida de nuestro sistema de valores y que en muchas ocasiones dejamos en manos de extraños. La enfermedad es una construcción cultural y si esta construcción está directamente relacionada con nuestro sistema de valores y de la sociedad en la que vivimos, no podemos obviar la variabilidad en nuestra atención al final de la vida, puesto que vivimos en una sociedad pluralista. El único nexo en común será el respeto a los valores de la persona en concreto a la que estamos prestando nuestros cuidados. Una vida digna, no puede tener otra cosa distinta que un final de vida y muerte dignos.

En este sentido, los profesionales sanitarios tenemos el deber de ayudar a planificar un final de vida digno para nuestros pacientes y familiares. Y esto no sólo es posible en esa recta final, sino que podemos y debemos anticiparnos cuando se presente la oportunidad, y ello requiere aprendizaje y formación.

En los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH), donde se atienden a personas con procesos agudos y procesos crónicos reagudizados cuyo final, en muchas ocasiones, es irreversible en mayor o menor tiempo, tenemos una oportunidad única desde la perspectiva de la humanización para poder empezar a indagar en su escala de valores e ir dejando constancia de ello en su historia de salud. La planificación anticipada de la atención comienza antes de que el paciente inscriba en el registro sus voluntades vitales anticipadas junto a su representante, entendiéndose ésta como un proceso y no como un acto en sí.




Esta visión del paciente nos ayudará en el futuro, próximo o lejano, a tomar decisiones asegurando la autonomía del mismo y respetando sus valores y su voluntad, acompañándolo en todo momento, integrando a la familia en este proceso si así lo desea, limitando nuestro esfuerzo y oyendo su rechazo; en definitiva, proporcionando los mejores cuidados paliativos posibles, cubriendo de esta manera sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.





En este proceso tan difícil y sensible no estamos solos en la toma de decisiones prudente, podemos contar con los Comités de Ética Asistencial creados con el fin de asesorar a profesionales y usuarios en aquellos aspectos de la práctica clínica que presenten conflictos éticos, y proporcionando formación en Bioética a los profesionales sanitarios con el fin de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria. Humanización y Bioética son compañeros de viaje inseparables.

<p>Línea estratégica 6</p>	<p>CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA</p>	<p>PROTOCOLIZACIÓN DE CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA</p>
		<p>ACOMPañAMIENTO EN SITUACIONES AL FINAL DE LA VIDA</p>
		<p>SOPORTE A LAS NECESIDADES SEGÚN LA ESCALA DE VALORES DE LOS PACIENTES EN SITUACIONES AL FINAL DE LA VIDA</p>
		<p>PROTOCOLIZACIÓN DE CUIDADOS EN PACIENTES CON LIMITACIÓN/ADECUACIÓN DE TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL Y RECHAZO AL TRATAMIENTO</p>
		<p>IMPLICACIÓN INTERDISCIPLINAR EN LA DECISIÓN Y DESARROLLO DE MEDIDAS DE LIMITACIÓN/ADECUACIÓN DE TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL Y RECHAZO DEL TRATAMIENTO</p>
		<p>CONSULTA AL REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES, A LA PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES Y AL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL</p>

Línea estratégica 6	CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA	PROTOCOLIZACIÓN DE CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA
Realizar intervenciones sanitarias dirigidas, desde un enfoque integral, a mejorar la calidad de vida de los pacientes que se encuentren en situación al final de la vida		
Buena práctica 6.1	Existe un protocolo interdisciplinar de cuidados al final de la vida adaptado a las recomendaciones de las sociedades científicas	B A E
Buena práctica 6.2	Existe un procedimiento para la identificación de necesidades en pacientes que precisan cuidados al final de la vida ingresados en el SUH	B A E
Buena práctica 6.3	Existe un servicio especializado de cuidados paliativos disponible para consulta y manejo específico de casos (ingresos en unidades de paliativos, gestión para visita domiciliaria...)	B A E
Buena práctica 6.4	Se registra y se sigue el procedimiento establecido en la unidad para el uso de sedación paliativa	B A E



Línea estratégica 6	CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA	ACOMPAÑAMIENTO EN SITUACIONES AL FINAL DE LA VIDA
Facilitar el acompañamiento de los pacientes en situaciones al final de la vida		
Buena práctica 6.5	Se facilita el acompañamiento continuo de los familiares de los pacientes en situación al final de la vida	B A E
Buena práctica 6.6	Existe posibilidad de ubicar al paciente y persona cuidadora/familia en un box individual con el fin de preservar su intimidad y confidencialidad	B A E
Buena práctica 6.7	Se facilita formación en acompañamiento y atención al duelo a los profesionales implicados en el cuidado del paciente/persona cuidadora/familia	B A E

Línea estratégica 6	CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA	SOPORTE A LAS NECESIDADES SEGÚN LA ESCALA DE VALORES DE LOS PACIENTES EN SITUACIONES AL FINAL DE LA VIDA
<p>Detectar y dar soporte a las necesidades emocionales y espirituales de pacientes y allegados en situaciones al final de la vida, teniendo en cuenta la historia de valores de los pacientes</p>		
Buena práctica 6.8	En la historia de salud del paciente se registra su escala de valores para facilitar la aplicación de estrategias de apoyo emocional	
Buena práctica 6.9	Se aplican estrategias de apoyo emocional para los pacientes y allegados en situaciones al final de la vida acorde a sus valores	
Buena práctica 6.10	Se ofrece apoyo emocional y de soporte a los profesionales que participan en los cuidados al final de la vida con el objetivo de reducir la aparición de síndromes como el sufrimiento moral, la percepción de cuidados inapropiados o fatiga por compasión	

Línea estratégica 6	CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA	PROTOCOLIZACIÓN DE CUIDADOS EN PACIENTES CON LIMITACIÓN/ADECUACIÓN DE TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL Y RECHAZO AL TRATAMIENTO
<p>Disponer de un protocolo de limitación/adequación de tratamientos de soporte vital que siga las recomendaciones de las sociedades científicas, y disponer de un registro adecuado para que el paciente/representante pueda ejercer su derecho a rechazar un tratamiento</p>		
Buena práctica 6.11	Existe protocolo de Limitación/Adecuación de Tratamiento de Soporte Vital	
Buena práctica 6.12	Se incorpora la donación de órganos y tejidos en los cuidados al final de la vida en los casos en que esté indicado según protocolo de la Unidad	
Buena práctica 6.13	Existe un registro para el rechazo del tratamiento, quedando constancia de ello en la historia de salud (respeto a la autonomía del paciente)	
Buena práctica 6.14	Se facilita el traslado seguro a domicilio de los pacientes que no quieran morir en el SUH, acompañado de persona cuidadora/familiar	

Línea estratégica 6	CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA	IMPLICACIÓN INTERDISCIPLINAR EN LA DECISIÓN Y DESARROLLO DE MEDIDAS DE LIMITACIÓN/ADECUACIÓN DE TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL Y RECHAZO DEL TRATAMIENTO
Asegurar la participación de todos los profesionales implicados en la Limitación/Adecuación de Tratamientos de Soporte Vital. Y de éstos con el paciente, la familia y/o representante en caso de rechazo de tratamiento		
Buena práctica 6.15	La decisión de Limitación/Adecuación de Tratamientos de Soporte Vital se realiza contando con la participación de todos los profesionales implicados en la atención del paciente, buscando el mayor consenso por parte del equipo asistencial	
Buena práctica 6.16	El rechazo del tratamiento se realiza respetando la decisión del paciente y, si este lo desea, conjuntamente con personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho. En caso de paciente incapaz será su representante el encargado	
Buena práctica 6.17	Existe un grupo de trabajo interdisciplinar en relación a los cuidados al final de la vida y a la limitación/adequación de los tratamientos de soporte vital	

Línea estratégica 6	CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA	CONSULTA AL REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES, A LA PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES Y AL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL
Se facilita la Consulta al Registro de Voluntades Vitales, a la planificación anticipada de decisiones y al comité de ética asistencial para la toma de decisiones compartida en caso de conflicto ético		
Buena práctica 6.18	El profesional valora el grado de información del paciente sobre su proceso y su capacidad para la toma de decisiones clínicas	
Buena práctica 6.19	Se consulta de manera sistemática el registro de voluntades vitales anticipadas, o consulta en historia de salud la existencia de la planificación anticipada de decisiones de aquellos pacientes críticos o en fase al final de la vida que carezcan de capacidad para decidir por sí mismos o a petición del representante, si presenta dicha incapacidad	
Buena práctica 6.20	Cuando no existe registro de voluntades vitales anticipadas, ni hay constancia escrita en la historia de salud de planificación anticipada de decisiones, en pacientes incapacitados para la toma de decisiones, ésta será compartida con el representante o personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.	

Buena práctica 6.21	Se dispone de un procedimiento de consulta con el Comité de Ética Asistencial para casos de desacuerdo	
Buena práctica 6.22	Se facilita formación específica a los profesionales en aspectos bioéticos y legales relacionados con la toma de decisiones y los cuidados al final de la vida	

Bibliografía recomendada:

Cuidados al final de la vida.

Barbero-Gutiérrez J, Romero-Casabona C, Gijón P, Júdez J. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Med Clin (Barc)* 2002;117(15):586-594.

Abbott J. The POLST Paradox: Opportunities and Challenges in Honoring Patient End-of-Life Wishes in the Emergency Department. *Ann Emerg Med* 2019;73(3):294-301.

Michael GE, Jesus JE. Treatment of potential organ donors in the emergency department: a review. *Ann Emerg Med* 2012;60(4):485-491.

Limehouse WE, Feeser VR, Bookman KJ, Derse A. A model for emergency department end-of-life communications after acute devastating events--part I: decision-making capacity, surrogates, and advance directives. *Acad Emerg Med* 2012;19(9):E1068-E1072.

Monzón Marín JL, Saralegui Reta I, Abizanda Campos R et al. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Med Intensiva* 2008;32(3):121-33.

Barrio Cantalejo IM, Simón-Lorda P, Júdez-Gutiérrez J. De las Voluntades Anticipadas o Instrucciones Previas a la Planificación de Decisiones. *Nure Investigación* 2004;5.

Simón-Lorda P, Barrio-Cantalejo IM, Alarcos Martínez FJ, et al. tica y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Rev Calidad Asistencial* 2008;23(6):271-85.

Gracia D. Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. *Rev Chil Neuropsiquiat* 2006;44(3):222-223.

Martin-Roselló ML, Fernández-López A, Sanz-Amores R, Gómez-García R, Vidal-España F, Ciar Ramos R. IDC-Pal. Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas sociales. Fundación Cudeca. Accesible en: <https://cutt.ly/tuQ6saA>. Acceso mayo 2020.

Elding C, Scholes J. Organ and tissue donation: a trustwide perspective or critical care concern? *Nurs Crit Care* 2005;10(3):129-135.

Del Pozo P, García JA, Escribano M, Soria V, Campillo-Soto A, Aguayo-Albasini JL. Evaluación y mejora del manejo del consentimiento informado en urgencias. *Rev Calid Asist* 2009;24(5):222-227.

Sepúlveda-Sánchez JM, Miguel Morales-Asencio JM, Morales-Gil IM, Canca-Sánchez JC, Crespillo-García E, Timonet-Andreu EM. El derecho a morir con dignidad en un hospital de agudos: un estudio cualitativo. *Enfermería Clínica* 2014;24(4):211-218.

O'Rourke DJ, Thompson GN, McMillan DE. Ethical and moral considerations of [patient] centredness in nursing and healthcare: Navigating uncharted waters. *Nurs Inq* 2019;26(3):e12284.

Ortega-Galán ÁM, Ruiz-Fernández MD, Ortiz-Amo R, Cabrera-Troya J, Carmona-Rega IM, Ibáñez-Masero O. Care received at the end of life in emergency services from the perspective of caregivers: A qualitative study. *Enferm Clin* 2019;29(1):10-17.

Legislación.

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. BOE núm. 274, de 15/11/2002.

Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. BOJA Núm. 88, de 07/05/2010, BOE Núm. 127, de 25/05/2010.

Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada. BOJA Núm. 210, de 31/10/2003, BOE Núm. 279, de 21/11/2003.

Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. BOJA nº 88 de 07/05/2010.

Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal. BOE Núm. 40, de 15/02/2007.

Portal de voluntades anticipadas/Advance Directives Collaboratory.
www.voluntadesanticipadas.com

Jiménez-García A, Granados-Bolívar M, Fernández-Moreno C. Revisión legislativa de la eutanasia, suicidio asistido y muerte digna en Europa. *Biblioteca Lascasas* 2015;11[2].

Transferencia de información.

Wang D, Creel-Bulos C. A Systematic Approach to Comfort Care Transitions in the Emergency Department. *J Emerg Med* 2019;56(3):267-274.

Comunicación interdisciplinar. Organización del Servicio de Urgencias.

Jackson A, Purkis J, Burnham E, Hundt GL, Blaxter L. Views of relatives, carers and staff on end of life care pathways. *Emerg Nurse* 2010;17(10):22-26.

Acompañamiento.

Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA* 2009;302(7):741-749.

Ética de la RCP.

Brummell S. Resuscitation in the A & E department: can concepts of death aid decision making? *Accid Emerg Nurs* 1998;6(2):75-81.

Supervivencia y emociones.

Siegel M, Bigelow S. Palliative Care Symptom Management in The Emergency Department: The ABC's of Symptom Management for The Emergency Physician. *J Emerg Med* 2018;54(1):25-32.

Gestión de las emociones.

Butterworth JE, Hays R, McDonagh ST, Richards SH, Bower P, Campbell J. Interventions for involving older patients with multi-morbidity in decision-making during primary care consultations. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;2019(10):CD013124.

Walters DT, Tupin JP. Family grief in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am* 1991;9(1):189-206.

McClain K, Perkins P. Terminally ill patients in the emergency department: a practical overview of end-of-life issues. *J Emerg Nur* 2002;28(6):515-522.

Calleja P. Caring for families during critical illness: a reflective case study. *Emerg Nurse* 2007;15(4):28-31.

Wright AA, Keating NL, Ayanian JZ, et al. Family Perspectives on Aggressive Cancer Care Near the End of Life. *JAMA* 2016;315(3):284-292.

Parris RJ, Schlosenberg J, Stanley C, Maurice S, Clarke SF. Emergency department follow-up of bereaved relatives: an audit of one particular service. *Emerg Med J* 2007;24(5):339-342.

LÍNEA ESTRATÉGICA 7

INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA

En los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) coexisten percepciones de ansiedad y miedo por las consecuencias físicas derivadas de la enfermedad, y por la incertidumbre de su causa y pronóstico. El entorno físico de los SUH debe facilitar, junto con la mejoría del motivo de consulta, el cuidado del estado físico y psicológico de pacientes, profesionales y familiares.

Por tanto, esta línea de trabajo promueve la creación de espacios donde la eficacia técnica y la calidad humana vayan unidas a la preservación de la comodidad y cobertura de necesidades de todos los intervinientes en el proceso. Un diseño adecuado puede ayudar a disminuir errores de los profesionales y mejorar los resultados de los pacientes, así como reducir conflictos con familiares y pacientes emocionalmente alterados por condiciones ambientales adversas.

Dentro de esta línea se incluyen propuestas sobre privacidad y orientación del paciente. Sin la debida intimidad, y con pérdida de la orientación temporal y del ritmo circadiano, el paciente puede desarrollar incomodidad e intranquilidad, que pueden evolucionar a agitación y delirium. También políticas flexibles que promuevan la distracción del paciente contribuyen a este objetivo. Otros factores estresantes pueden radicar en las condiciones no ergonómicas, lumínicas y acústicas, o en los derivados de decoración y mobiliario inadecuados.

Otro ítem es el que trata sobre comodidad de espacios para familiares. El mobiliario y espacio para acompañar a pacientes vulnerables o menores junto a su cama debe estudiarse con detenimiento ya que el familiar puede usarlo durante un largo tiempo. Un aspecto básico es el diseño de

las salas de estar (que no de espera) que incluyan espacios privados para grupos de familiares, con una decoración motivadora, mobiliario cómodo, distracciones adecuadas, y facilidades para cubrir las necesidades básicas (alimentos, bebidas) y técnicas como TV, teléfono y red inalámbrica.

A nivel de los profesionales, se pretende habilitar áreas de trabajo ergonómicas, con condiciones de luz y sonido idóneas; también diseñando accesos adecuado a los espacios asistenciales y dispositivos médicos, junto con mobiliario funcional, y la tecnología informática suficiente para introducir o recuperar la información de la forma más rápida y eficiente posible. No debemos olvidar el adecuado acondicionamiento de las áreas de descanso comunitario e individuales, donde el personal pueda recuperar fuerzas en los momentos en que la actividad asistencial lo permita.

Las medidas indicadas pretenden originar espacios humanos adaptados a la función de los SUH. Espacios con la máxima funcionalidad posible, pero que ayudan a generar un entorno que favorezca el logro de objetivos asistenciales y de calor humano. Para ello, y dado los altos costes de cambios de infraestructura, se tratará de adaptar lo mejor posible las estructuras existentes, pero teniendo en mente su cambio o rediseño en cuanto las condiciones económicas o estratégicas de cada centro lo permitan.

<p>Línea estratégica 7</p>	<p>INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA</p>	PRIVACIDAD E INTIMIDAD DEL PACIENTE
		CONFORT: GENERALIDADES
		CONFORT AMBIENTAL DEL PACIENTE, PERSONAS CUIDADORAS Y FAMILIARES
		ORIENTACIÓN DEL PACIENTE
		CONFORT Y FUNCIONALIDAD EN EL ÁREA DE ASISTENCIA Y CUIDADOS
		CONFORT EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA Y DE PROFESIONALES
		DISTRACCIÓN DEL PACIENTE


Línea estratégica 7	INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA	PRIVACIDAD E INTIMIDAD DEL PACIENTE
Asegurar la privacidad e intimidad del paciente		
Buena práctica 7.1	Existe y aplica un protocolo/procedimiento intimidad del paciente y se evalúa su seguimiento.	
Buena práctica 7.2	Existe un procedimiento de llamada al paciente codificado que preserve su anonimato	
Buena práctica 7.3	Existen consultas, boxes o en su defecto, biombos, cortinas u otros elementos separadores, de material antibacteriano y fácil limpieza, que hacen posible crear un espacio independiente que favorezca la privacidad e intimidad por necesidades de cuidados y/o médicas	
Buena práctica 7.4	Existen baños accesibles a los pacientes, incluidos wc portátiles en observación, que aseguren una mínima intimidad para las funciones fisiológicas sin pudor y con sistema de llamada de emergencia	
Buena práctica 7.5	Existen boxes individuales en observación	










Línea estratégica 7	INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA	CONFORT: GENERALIDADES
Asegurar el confort ambiental en el SUH		
Buena práctica 7.6	La decoración de las distintas dependencias de la unidad contribuye a la creación de un ambiente agradable para los pacientes, familiares/personas cuidadoras y profesionales.	
Buena práctica 7.7	Existe sistema de control de luz, incluida la regulación de la intensidad, en todas las áreas sensibles del SUH	
Buena práctica 7.8	Se instauran medidas para mantener control del ruido ambiental, procurando mantener un ambiente lo menos bullicioso posible en las diferentes áreas del SUH	


Buena práctica 7.9	Existe música ambiental en el SUH con posibilidad de regulación de la misma	
Buena práctica 7.10	Existe una limpieza adecuada de las instalaciones que incluye el reciclaje de basura y gestión de residuos	
Buena práctica 7.11	Existe un sistema de control de la temperatura en toda el área del SUH que permite la regulación de la misma de forma independiente según área	



Línea estratégica 7	INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA	CONFORT AMBIENTAL DEL PACIENTE, PERSONAS CUIDADORAS Y FAMILIARES
Asegurar el confort ambiental del paciente, personas cuidadoras y familiares		
Buena práctica 7.12	Existe mobiliario adecuado y correctamente distribuido para crear un espacio funcional, con una circulación óptima, evitando molestias y obstáculos innecesarios	
Buena práctica 7.13	Existe un área de estar para personas cuidadoras y familiares con mobiliario confortable, wc y máquinas de bebidas y comidas, correctamente señalizadas	
Buena práctica 7.14	Se facilitan medidas de distracción en las salas de estar: televisión con consejos sanitarios, periódicos, conexión inalámbrica gratuita, música, biblioteca	





Línea estratégica 7	INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA	ORIENTACIÓN DEL PACIENTE
Fomentar la comunicación y la orientación del paciente		
Buena práctica 7.15	Se permite llevar reloj y móvil según condiciones de uso del servicio	
Buena práctica 7.16	Cuando ni la observación ni la sala de espera dispone de luz natural y/o ventana, existen ventanas virtuales	

Buena práctica 7.17	Existen calendarios y relojes de pared visibles a los pacientes/familiares/personas cuidadoras	

Línea estratégica 7	INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA	CONFORT Y FUNCIONALIDAD EN EL ÁREA DE ASISTENCIA Y CUIDADOS
Asegurar el confort y la funcionalidad en el área de trabajo asistencial		
Buena práctica 7.18	Existen espacios de trabajo ergonómicos, adaptables, con varias entradas alternativas y dotados de las instalaciones y recursos materiales y tecnológicos necesarios para llevar a cabo la asistencia habitual	
Buena práctica 7.19	Se posibilita un adecuado acceso a la documentación con suficientes puestos de ordenador para consulta de historias	
Buena práctica 7.20	Existe un sistema de información clínica (SIC) ajustado al flujo de trabajo del SUH que permita trabajar en red	
Buena práctica 7.21	Existe un mapa de trabajo informatizado donde se recoge la información sobre pruebas complementarias, cuidados, registro enfermería y médico, historia clínica, localización y movimientos del paciente	
Buena práctica 7.22	En observación existe un sistema de monitorización central que recoja todos los monitores de la unidad, controlados por los médicos y las enfermeras, fácilmente accesibles	
Buena práctica 7.23	Existen sistemas de visualización adecuada del paciente desde diferentes puestos de trabajo	
Buena práctica 7.24	Existe un sistema de llamadas en pantalla con señales acústicas y visuales para pacientes/familiares desde diferentes puestos de trabajo	
Buena práctica 7.25	Están señalizadas las diferentes estancias de la Unidad de forma visible y clara, para personas cuidadoras/familiares, pacientes y profesionales	
Buena práctica 7.26	Existe un sistema de alarma de fácil acceso y activación, mediante el cual se pueda avisar a los profesionales del SUH de la existencia de una PCR o alerta clínica de algún paciente	

Buena práctica 7.27	Las zonas de recepción de ambulancias son flexibles y adaptadas, con buena señalización y ventilación de gases de combustión, etc., y con posibilidad de habilitar dársenas adicionales	

Línea estratégica 7	INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA	CONFORT EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA Y DE PROFESIONALES
Asegurar el confort en el área administrativa y de profesionales		
Buena práctica 7.28	Existen habitaciones para profesionales de guardia, con espacios adecuados y confortables	
Buena práctica 7.29	Se dispone de una sala de estar para profesionales con rápido acceso a la unidad.	

Línea estratégica 7	INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA	DISTRACCIÓN DEL PACIENTE
Fomentar la distracción del paciente		
Buena práctica 7.30	Se dispone de luz para lectura en pacientes ingresados en observación	
Buena práctica 7.31	Se permite el uso regulado de libros, prensa, radios, tabletas, portátiles, móviles	
Buena práctica 7.32	Se dispone de conexión inalámbrica gratuita para uso de tabletas y móviles que permitan al paciente ingresado en observación comunicarse y distraerse, con regulación debida de su utilización	
Buena práctica 7.33	Se dispone de acceso a medios de distracción en el área de pediatría	

Bibliografía recomendada:

Infraestructuras.

Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI; 2017.

Velasco Bueno JM, La Calle GH. Humanizing Intensive Care: From Theory to Practice. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2020;32(2):135-147.

Bryans A, Camilleri-Brennan J, Hua L, Patel N, Price R, Browning J. What do adolescents want from their ED? An evaluation on the preferences and opinions of adolescents attending local EDs. *Emerg Med J* 2018;35(11):675-679.

Walsh M, Knott JC. Satisfaction with the emergency department environment decreases with length of stay. *Emerg Med J* 2010;27(11):821-828.

Aaronson, Emily L.; Mort, Elizabeth; Sonis, Jonathan D.; Chang, Yuchiao; White, Benjamin A. Overall Emergency Department Rating: Identifying the Factors That Matter Most to Patient Experience. *J Healthc Qual* 2018;40(6):367-376.

Agarwal AK, Mahoney K, Lanza AL, et al. Online Ratings of the Patient Experience: Emergency Departments Versus Urgent Care Centers. *Ann Emerg Med* 2019;73(6):631-638.

Kirsch M, Zahn P, Happel D, Gries A. Interdisziplinäre Notaufnahme - Schlüssel zum Erfolg? [Interdisciplinary emergency room - key to success?]. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2014;109(6):422-428.

Gordon J, Sheppard LA, Anaf S. The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. *Int Emerg Nurs* 2010;18(2):80-88.

Graham B, Endacott R, Smith JE, Latour JM. 'They do not care how much you know until they know how much you care': a qualitative meta-synthesis of patient experience in the emergency department. *Emerg Med J* 2019;36(6):355-363.

Boyle A, Viccellio P, What Ch. Is "Boarding" Appropriate to Help Reduce Crowding in Emergency Departments? *Br Med J* 2015;350:2249.

Chavis J, Cochran AL, Kocher KE, Washington VN, Zayas-Cabán G. A simulation model of patient flow through the emergency department to determine the impact of a short stay unit on hospital congestion. WSC '16: Proceedings of the 2016 Winter Simulation Conference 2016:1982-1993. Disponible en: <http://www.informs-sim.org/wsc16papers/173.pdf>. Acceso junio 2020.

Servicio Andaluz de Salud y Escuela Andaluza de Salud Pública. Guía de diseño del Servicio de Urgencias de Hospitales. Edición 2018. Disponible en: <https://www.easp.es/project/arquitectura-sanitaria-en-el-sistema-sanitario-publico-de-andalucia-guia-de-diseno-del-servicio-de-urgencias-de-hospitales-edicion-2018/>. Acceso junio 2020.

Bates V. 'Humanizing' healthcare environments: architecture, art and design in modern hospitals. *Design Health (Abingdon)* 2018;2(1):5-19.

Bromley E. Building patient-centeredness: hospital design as an interpretive act. *Soc Sci Med* 2012;75(6):1057-1066.

Anåker A, Heylighen A, Nordin S, Elf M. Design Quality in the Context of Healthcare Environments: A Scoping Review. *HERD* 2017;10(4):136-150.

Elf M, Fröst P, Lindahl G, Wijk H. Shared decision making in designing new healthcare environments-time to begin improving quality. *BMC Health Serv Res* 2015;15:114.

Romero-Guerrero MT, Baules-Borrull A, Sevillano-Rodríguez MJ, Padilla-Sánchez A, Casanovas-Marsal JO. Contaminación acústica en un servicio de urgencias hospitalarias. *Metas Enferm* 2019;22(4):59-64.

Alberto Villamor-Ordozgoiti A, Priu-Parra I, España Salvador MC, Torres-Valdés C, Bas-Ciudad MP, Ponce-Quílez MR. Intervención para reducir la repercusión en el sueño de la luz y el ruido en áreas de observación de urgencias. *Emergencias* 2017;29:39-42.

Navarro Carrascal OE. Psicología ambiental: visión crítica de una disciplina desconocida. *Duazary* 2005;2(1):65-68.

Vico-Romero J, Cabré-Roure M, Monteis-Cahis R, Palomera-Fanegas E, Serra-Prat M. Prevalencia de trastornos del sueño y factores asociados en pacientes hospitalizados. *Enfermería Clínica* 2014;24:276-82.

Hewart C, Fethney L. Improving patients' sleep: reducing light and noise levels on wards at night. *Nurs Manag (Harrow)* 2016;22(9):18-23.

Tineo-Drove T, Montero-Pérez A, Trujillo-González MJ, et al. ¿Por qué se altera la necesidad de descanso-sueño en los pacientes ingresados en cuidados críticos? *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol* 2011;34:39-45.

Actividad y Calidad de los Servicios Sanitarios Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2017 INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2019. MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL. Disponible en: <https://cutt.ly/huTJAXa>. Acceso mayo 2020.

Buenas prácticas en Humanización en los Servicios de Urgencias Hospitalarias

2020

Autores:

- Yáñez Caballero Benjamín. Enfermero. Hospital Alta Resolución de Benalmádena. Málaga.
- Serrano Moraza Alfredo. Médico Summa 112. Madrid.
- Serrano Cepas Mari Carmen. Coordinadora de Cuidados UGC Coín. Málaga.
- Rojas Rojas Dolores. TCAE de urgencias Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga.
- Rodríguez Chaves Ana. Enfermera asistencial Hospital de Alta Resolución de Benalmádena. Málaga.
- Ortega Martínez Araceli. Psicóloga experta acreditada en Psicología de Emergencias y Catástrofes, GIPED COPAO y Especialista en Crisis. Málaga.
- Igeño Cano José Carlos. Jefe de Servicio de Medicina Intensiva y Urgencias. Hospital San Juan de Dios. Córdoba.
- Hidalgo Pedraza María Luisa. Enfermera de cuidados críticos y urgencias del Hospital de Montilla. Córdoba.
- Gómez Tello Vicente. Jefe de Servicio de Urgencias. Hospital Universitario HLA Moncloa. Madrid.
- García Llamas Valle. Responsable de RRHH. Hospital de Montilla. Córdoba.
- Del Campo Molina Emilio. Director de la línea de Cuidados críticos y urgencias. Hospital de Montilla. Córdoba.
- Coba Diéguez Antonio. Supervisor de URG/UCI/REA/S. Transversales. Hospital San Juan de Dios. Córdoba.
- Antúnez Miranda Francisco Jesús. Director de Enfermería del Hospital de Montilla. Córdoba.
- Serra Eduardo Alejandro. Médico especialista en clínica médica y terapia intensiva. Servicio de Terapia Intensiva de Adultos del Hospital Regional Ushuaia. Argentina.
- Alarcón Muñoz-Cobo Luisa María. Responsable de Unidad de Enfermería de Proceso Crítico. Hospital de Alta Resolución de Benalmádena. Málaga.



Manual de buenas prácticas de Humanización en los Servicios de Urgencias Hospitalarias