



Grado en Enfermería

Trabajo Fin de Grado

**LA HUMANIZACIÓN DE LA
ASISTENCIA EN LOS SERVICIOS
DE URGENCIAS**

Revisión Narrativa

Autor/a: Irene García García

Tutor/a: María del Coro Canalejas

Mayo 2018

INDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
1. Humanización frente a deshumanización en la asistencia sanitaria.....	3
2. Humanización en los servicios de urgencias.....	8
METODOLOGÍA.....	13
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	16
1. Factores que interfieren con la humanización en el servicio de urgencias hospitalarias	17
• Tiempo de espera	17
• La salud mental de los trabajadores	18
• Factores organizacionales	19
• Comunicación paciente-proveedor de cuidados	20
2. Papel de la enfermera en la humanización de las urgencias hospitalarias..	21
3. Propuestas para humanizar los servicios de urgencias hospitalarias.....	24
• Analizar las deficiencias	24
• Humanizar el triage.....	27
• La educación para la salud en urgencias.....	28
• Incrementar u optimizar los recursos	29
• Utilización de terapias mente-cuerpo.....	31
• Cuidado centrado en la persona	32
CONCLUSIONES	34
1. Limitaciones del estudio	36
2. Posibles líneas de investigación	37
AGRADECIMIENTOS	38
BIBLIOGRAFÍA	39
ANEXO I.....	45
Tabla 1: Relación de los resultados bibliográficos ordenados por fecha.	45

RESUMEN

Introducción: la atención en urgencias constituye un punto de referencia básico y crítico en los diferentes sistemas de salud, por lo que existe un creciente interés por incrementar la satisfacción de los pacientes y de sus familiares o acompañantes en este ámbito asistencial mediante un nuevo enfoque humanizador.

Objetivos: describir los factores que interfieren con la humanización de la asistencia en los servicios de urgencias hospitalarias, identificar el papel desempeñado por la enfermera en la misma y exponer las soluciones propuestas por los diferentes autores.

Material y métodos: revisión bibliográfica realizada en cinco bases de datos de Ciencias de la Salud: Pubmed, Cuiden Plus, Cinahl, Medes y en la Biblioteca virtual de Ciencias de la Salud Scielo. Se establecieron los criterios de inclusión y exclusión. Se realizaron las búsquedas bibliográficas utilizando lenguaje libre y controlado, combinando los términos mediante operadores booleanos.

Análisis de resultados: fueron incluidos 27 artículos y se clasificaron en torno a tres categorías: los factores que interfieren con la humanización de la asistencia en urgencias, el papel de la enfermera en la misma y las propuestas de los diferentes autores en torno a esta cuestión.

Conclusiones: la humanización en los servicios de urgencias hospitalarias se enfrenta a numerosas barreras y, por tanto, las propuestas de mejora son muchas y variadas, lo que pone de manifiesto la necesidad de seguir investigando en esta línea, sobre todo, acerca de la figura que parece liderar el proceso de cambio: la enfermera.

Palabras clave: humanización, servicios de urgencia, satisfacción del paciente, cuidado centrado en la persona, relación profesional-paciente.

ABSTRACT

Introduction: emergency care is a basic and critical point of reference in the different health systems, consequently, there is a growing interest in increasing the satisfaction of patients and their relatives or companions with this assistance area through a new humanizing approach.

Objectives: to describe the factors that interfere with the humanization of care in hospital emergency services, to identify the role played by the nurse in this issue and to expose the solutions proposed by different authors.

Material and methods: a literature review was carried out in five Health Sciences databases: Pubmed, Cuiden Plus, Cinahl, Medes and in the Virtual Library of Scielo Health Sciences. The inclusion and exclusion criteria were established. Free and controlled language terms were used for searches in combination with boolean operators.

Analysis of results: 27 articles were included and classified into three categories: factors that interfere with the humanization of emergency assistance, the role of the nurse in this topic and different authors' proposals to overcome the existing barriers.

Conclusion: humanization in the hospital emergency services faces several barriers and therefore the proposals for improvement are numerous and different, which highlights the need to continue researching in this direction, especially about the figure that seems to lead the process of change: the nurse.

Keywords: humanization, emergency department, patient satisfaction, person-centered care, professional-patient relations.

INTRODUCCIÓN

1. Humanización frente a deshumanización en la asistencia sanitaria

Según la Real Academia de la Lengua Española (R.A.E) el término “Humanizar” tiene dos significados: “*Hacer humano, familiar, afable (...)*” o “*Ablandarse, desenojarse, hacerse benigno*”¹.

Pero, ¿qué significa ser humano?

- Desde la perspectiva biológica, el ser humano es aquel que está más evolucionado que otros seres vivos y posee autoconciencia y lenguaje.
- Desde una perspectiva subjetiva, el ser humano es un ser personal con una biografía única que lo diferencia de cualquier otro ser.²

En el presente trabajo, el término “humanizar” se utilizará en su perspectiva subjetiva, para expresar el deseo de que algo sea bueno y se ajuste a la dignidad humana, respondiendo a la misma³; entendiéndose esta como el valor intrínseco de la vida humana simplemente por el hecho de ser, de existir².

En base a esto, cabe reseñar que humanizar en el ámbito sanitario³ conlleva atender a las personas desde una perspectiva pluridimensional u holística, considerándolas una suma de todas las partes que las componen, yendo más allá de la esfera física. Implica que se debe tener en cuenta su realidad emocional y espiritual, sus circunstancias personales, sus expectativas y sus deseos; así como garantizar, en todo momento, la autonomía de los usuarios, su intimidad y su capacidad de elección. Así la asistencia se hace digna del ser humano y coherente para con los valores que son intrínsecos a él⁴.

En España, se introduce por primera vez el concepto de humanización en el ámbito sanitario en los años 80, más concretamente en 1984, con el “Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria”⁵, creado por el Instituto Nacional de la Salud (Insalud) y apoyado por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Este documento se redacta en el marco de la Reforma Sanitaria, tras la dictadura franquista, y gira en torno a la, en aquellos momentos, recién implantada Constitución Española de 1978, que en su artículo 43 reconoce el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud. Además, el escrito contemplaba la carta de los Derechos y los Deberes de los pacientes en la que se recogían valores como la no discriminación social,

el derecho a recibir la información completa sobre el diagnóstico, la capacidad de negarse a recibir un tratamiento o a someterse a investigaciones o experimentos, etc.

En este Plan de Humanización se trataba la humanización como un proceso de gestión de estructuras y mecanismos; buscando un sistema sanitario al servicio de los usuarios, es decir, pensado y creado por y para los mismos.

Desde entonces, se han aprobado progresivamente varios documentos en materia de humanización (Fig 1)^{3,6-14}. Cabe destacar que las comunidades pioneras en este sentido fueron, en 2003, la Comunidad Valenciana con la Carta al Paciente⁶, título de su plan de humanización de la atención sanitaria y, en 2004, el Principado de Asturias con el Plan de Confortabilidad del paciente⁷, que aunque no es estrictamente un plan de humanización, sí que desarrolla el concepto e implementa líneas estratégicas relacionadas con él.

Posteriormente, en junio de 2007 se publicó en Extremadura, el “Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura”⁸ que presentaba un análisis de la situación, una serie de objetivos y diversas líneas de actuación. Además, se analizaban los recursos de cuatro áreas consideradas conflictivas en materia de humanización: atención primaria, las listas de espera de atención especializada, urgencias y emergencias sanitarias y cuidados paliativos.

Por otro lado, en Castilla-La Mancha, a partir de 2015, se ha desarrollado una estrategia, reflejada en el Plan Dignifica⁹ y enmarcado dentro del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria del sistema público de Castilla-La Mancha. Este presenta cinco líneas estratégicas para incrementar el nivel de humanización de las instituciones sanitarias manchegas: comunicación e información de calidad; asistencia sanitaria integral e integrada, es decir, pluridimensional y completa; profesionales involucrados en el movimiento de humanización; acondicionamiento de los espacios y los servicios para brindar el máximo confort; y hacer partícipes a los ciudadanos de la importancia de este nuevo enfoque humanizador.

Además, dentro de estas cinco líneas se desarrolla un decálogo de medidas concretas destinadas a la consecución de los objetivos propuestos dentro del plan: elevar el nivel de humanización en los centros sanitarios, desarrollar un marco común en todos los centros del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) y conseguir el empoderamiento de profesionales y pacientes en esta materia.

Por otro lado, en Murcia, también en el año 2015, se anunció la creación de una Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria y el diseño de un Plan Regional de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Este último se centraba en reducir las listas de espera, realizar avances en investigación biosanitaria, invertir en recursos e infraestructuras y crear una nueva identidad basada en la transparencia¹⁰. Sin embargo, en 2017, tras el cambio en la dirección del Servicio Murciano de Salud, se disolvió la subdirección y con ella la puesta en marcha del plan de humanización; puesto que, según el Servicio Murciano de Salud, la humanización es un aspecto transversal en todos sus proyectos¹¹.

En la Comunidad Autónoma de Madrid se está desarrollando el “Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019”³, que no solo desarrolla con amplitud el término humanización, sino que establece una serie de objetivos generales y específicos a alcanzar en los tres años propuestos. Con este texto, la Consejería de Sanidad realiza un análisis de las necesidades de salud, identificando la necesidad de abordar aspectos estrechamente relacionados con competencias como la comunicación terapéutica, y proponiendo líneas estratégicas al respecto. De esta manera, se acuerda que la humanización no solo tiene que ver con la gestión de estructuras y recursos, sino que alude a la mentalidad de las personas involucradas y la competencia profesional de las mismas.

Más recientemente, en noviembre de 2017, en la Comunidad Foral Navarra¹², se presentó una estrategia de humanización en la que se incluyen líneas estratégicas similares a las ya mencionadas en los dos planes anteriores y que se centran principalmente en los cuidados paliativos, la gestión de la información y la reducción del tiempo de espera en urgencias.

Por su parte, en Andalucía, también en noviembre de 2017, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía¹³, publica una recomendación para promocionar la humanización de la asistencia sanitaria. Como conclusión, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, propone siete buenas prácticas acreditadas y que están estrechamente relacionadas con las actitudes y mentalidades del personal sanitario: la realización de actividades encaminadas a mejorar el confort de los pacientes; la adopción de medidas para garantizar la privacidad y la intimidad; la detección de pacientes frágiles y la valoración del apoyo familiar o social; atención orientada a la recuperación en personas con procesos crónicos que requieren adaptación de su proceso vital; la utilización de asociaciones, grupos de

apoyo u otros recursos no sanitarios para los pacientes y sus familias; el manejo adecuado de habilidades de comunicación sobre todo en situaciones complejas; y la promoción de actividades de formación continuada en materia de humanización.

Por otra parte, en Castilla y León¹⁴, en septiembre de 2017 el consejero de Sanidad, anunció que a finales del año 2017 o principios de 2018 se publicaría una estrategia de humanización, estando específicamente creada para grupos con necesidades especiales como los enfermos de Alzheimer, los menores hospitalizados, personas con discapacidad intelectual, autismo o deterioro cognitivo. Esta humanización irá dirigida, sobre todo, a lo referente a tiempos de espera y la organización de la asistencia.

Figura 1: Proceso de implantación de estrategias o planes relacionados con la humanización por Comunidades Autónomas.



Fuente: Elaboración propia a partir de los planes de humanización en las comunidades autónomas^{3, 6-14}.

No obstante, cabe mencionar que todos estos planes y estrategias que exploran el concepto de “humanizar” no podrían existir sin una realidad previa deshumanizada, por lo que es preciso analizar el concepto contrario que es “deshumanizar”. Concretamente La Real Academia Española de la Lengua define dicho término como “*privar de caracteres humanos*”¹

Si humanizar supone responder a la dignidad humana, deshumanizar es contribuir a la pérdida de la misma; lo cual, según Gafo J¹⁵, es el primer problema ético en salud y se refleja principalmente en la despersonalización de la relación terapéutica. Cabe destacar que pese a ser el de Gafo un escrito de 1997, numerosos documentos actuales, como el publicado por Carlos Andino¹⁶ en 2015, apuntan que, veinte años después, sigue siendo un gran problema ético. En el artículo mencionado, Andino subraya que: *“la situación actual de la deshumanización de los servicios asistenciales en la salud, es un tema de interés (...)”*.

Este concepto de “despersonalización” se define como la *“acción y efecto de despersonalizar”*, entendiéndose “despersonalizar” como: *“quitar a alguien su carácter o atributos personales, hacerle perder la identidad”*¹ o *“quitar carácter personal a un hecho, asunto o relación”*¹

En este contexto, se relaciona de forma muy estrecha con el término “objetificación” o “cosificación”, es decir, concebir a alguien como una cosa u objeto; lo cual, según la filosofía de Martha Nussbaum¹⁷ se da cuando: se utiliza a la persona como una herramienta para cumplir propósitos ajenos, es decir, se le instrumentaliza; se le trata como si fuera incapaz de tomar sus propias decisiones privándole de su autodeterminación o presuponiéndosele falta de ella; se le considera propiedad de otra persona; se le ve como un ser intercambiable; se asume que su destrucción y el menoscabo de su dignidad es aceptable; y se considera que sus experiencias y opiniones personales carecen de valor o relevancia, es decir, se le priva de su subjetividad.

La deshumanización se manifiesta en el sistema sanitario³ a través de una cultura centrada en la patología o en el órgano dañado, así como en las competencias científico-técnicas. Esta visión desprecia toda su parte psicosocial y pone el centro en los profesionales y su comodidad con actitudes como el distanciamiento, el paternalismo, el individualismo y la utilización de jerga profesional incomprensible y poco respetuosa. Esto no solo daña la dignidad del enfermo y trata su autonomía, sus opiniones y su capacidad para tomar decisiones como algo desechable, sino que también contribuye a la instrumentalización del enfermo.

La cultura de la deshumanización focaliza en ahorrarle tiempo al dador de cuidados mediante la estandarización, tratando a todos los pacientes como si fuesen intercambiables, y entiende a la familia como un ente que, en lugar de contribuir, obstaculiza las labores de los profesionales. No obstante, esta cultura no ha surgido de la

nada, sino que se apoya en un paradigma o mirada que durante siglos ha predominado en la asistencia sanitaria: el modelo biomédico. Dicho modelo, operativo desde el siglo XVIII, reduce al enfermo a lo biológico, a la enfermedad que padece, apoyándose en una perspectiva puramente analítica, empírica y experimental, considerando los procesos biológicos y fisiopatológicos estables, regulares, constantes e independientes del contexto que los rodea y a la persona un mero objeto de estudio¹⁸.

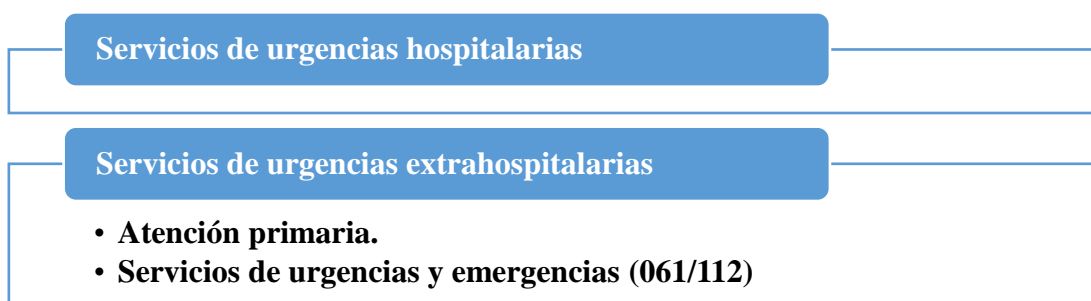
Como dicho modelo, por su carácter deshumanizado, tiene ciertas carencias, el sistema sanitario busca alternativas al mismo. El cambio de paradigma pasaría por llegar a un modelo holístico, psicosocial y humanizado. Esto es un reto que se extiende a todas las áreas del cuidado y, especialmente, al ámbito de la atención en urgencias y, sobre todo, en los servicios de urgencias hospitalarias.

2. Humanización en los servicios de urgencias

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la “urgencia”¹⁹ como: *“la aparición fortuita (imprevisto o inesperado), en cualquier lugar o actividad, de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”*

Para dar respuesta a las mismas, en el Sistema Sanitario Español, existen tres ámbitos organizativos: los servicios de urgencias de los hospitales, el nivel de atención primaria y la coordinación llevada a cabo por los Servicios de Urgencias y Emergencias ante demandas realizadas, principalmente a través de los teléfonos 112/061 (Fig 2)²⁰.

Figura 2: Ámbitos organizativos de la atención urgente en el Sistema Sanitario Español.



Fuente: Elaboración propia.²⁰

El marco legislativo que apoya y justifica dichas estructuras y organizaciones es la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud²¹,

en la que establece, en su Artículo 15, que: *“La atención de urgencia se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería.”*

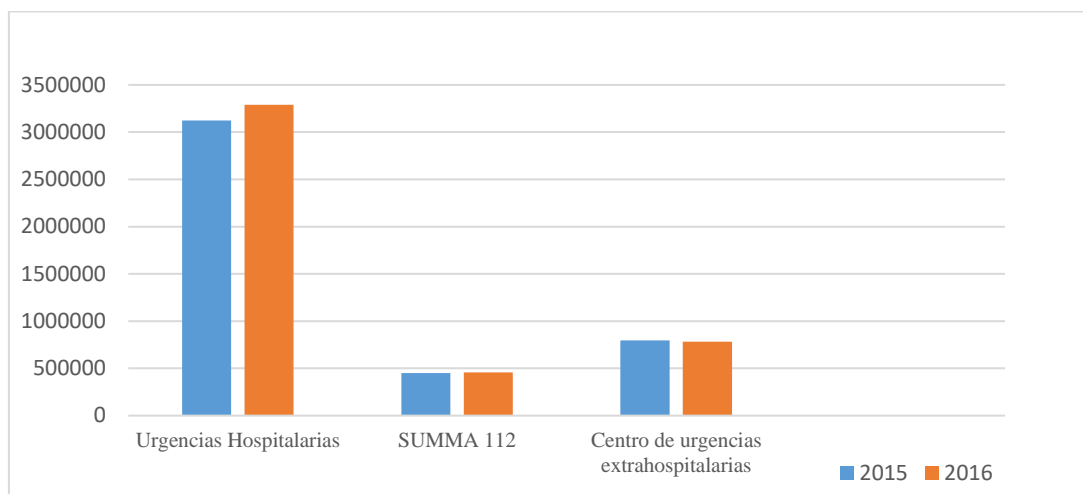
Las estructuras más frecuentadas de la atención urgente, son los servicios de urgencias hospitalarios²⁰; los cuales se conciben como servicios abiertos y especializados en pacientes que necesitan asistencia urgente. Su tarea consiste en valorar a los pacientes para, a continuación, derivarlos a una planta de hospitalización, trasladarlos a otro nivel asistencial o bien atajar su problema en sus propias instalaciones para, una vez resuelto, proceder al alta. Es decir, reciben a los pacientes y activan los recursos asistenciales más apropiados para con la demanda de los mismos²².

Con independencia de estas últimas, existen las urgencias extrahospitalarias que disponen de otros dos niveles de atención. Por un lado, se encuentra el nivel de atención primaria, en el cual se atienden y solucionan gran parte de las demandas de atención urgente²⁰. En este nivel tienen la obligación legal de prestar asistencia sanitaria urgente a los usuarios adscritos al equipo en coordinación con otros niveles asistenciales²³; por lo que todo aquello que los equipos de atención primaria puedan resolver por sus propios medios queda bajo su responsabilidad.

Por otro lado, el Servicio Nacional de Salud dispone de los servicios de urgencias y emergencias extrahospitalarias que responden a las demandas de atención realizadas a través de los teléfonos 112/061²⁰. Esta estructura busca simplificar el contacto de los ciudadanos con los servicios sanitarios ante una urgencia o emergencia con el fin de llevar a cabo una atención eficaz y mejorada. Además, se coordina con otros servicios, especialmente la urgencia hospitalaria, para dar la respuesta más adecuada ante las urgencias y emergencias que acontecen.

Aunque tanto la atención primaria como los servicios de urgencias y emergencias son esenciales para la asistencia urgente, cabe destacar que los servicios de urgencias hospitalarias son el área con mayor frecuentación y que, además, están experimentando un crecimiento exponencial de la misma, año tras año²⁴ (Gráfico 1).

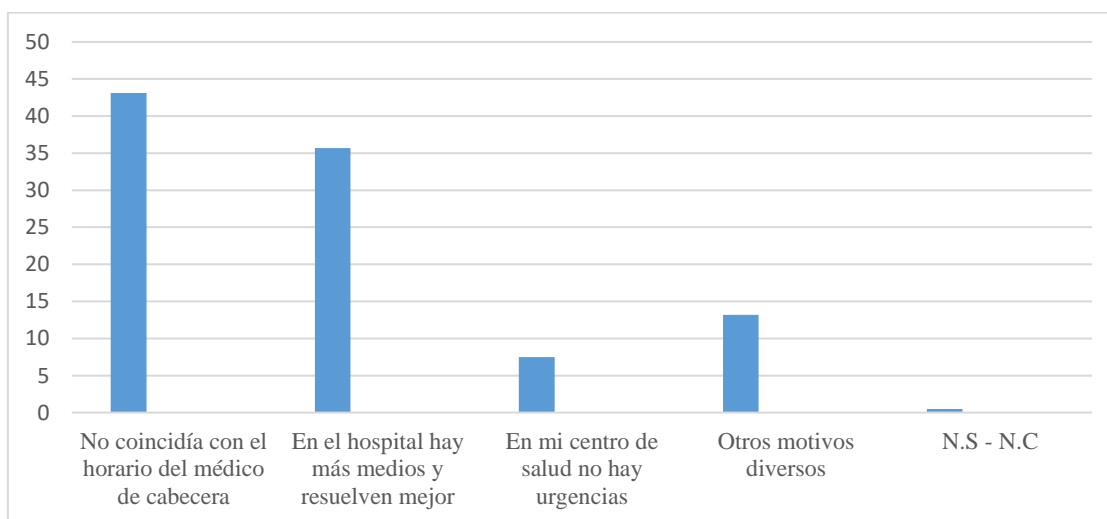
Gráfico 1: Número de pacientes atendidos en los diferentes ámbitos organizativos de la asistencia urgente en la Comunidad de Madrid 2015 y 2016.



Fuente: Elaboración propia²⁴.

Según el barómetro sanitario en 2013, pues no hay más datos comparables hasta la fecha, entre los factores que contribuyen a explicar esta situación se encuentran la mayor accesibilidad del hospital, tanto en cobertura horaria como en cercanía, y la percepción de que las urgencias cuentan con más medios y resuelven mejor el problema²⁵ (Gráfico 2).

Gráfico 2: Razones por las que el usuario acudió directamente a urgencias.



Fuente: Barómetro sanitario 2013²⁵

Sin embargo, también pudiese estar estrechamente relacionado con el aumento de la cronicidad y la esperanza de vida; pues, en España, ya en 2011, las enfermedades crónicas fueron el primer motivo de demanda asistencial en los centros sanitarios (80%

de consultas de atención primaria y 60% de ingresos hospitalarios) y el 50% de las camas de la red hospitalaria estaban ocupadas por personas mayores de 65 años²⁶.

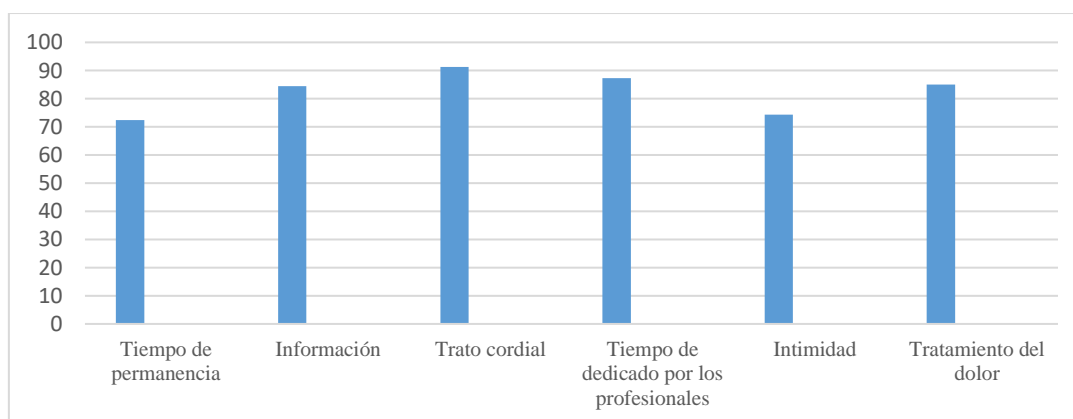
Por otro lado, en cuanto a satisfacción de los usuarios, en comparación con urgencias extra-hospitalarias, cuyos porcentajes de satisfacción son muy altos (una media de 94% aproximadamente), el servicio de urgencias hospitalarias obtiene peores resultados y, por ende, existen mejores oportunidades de mejora²⁷.

Según la evaluación de la encuesta de satisfacción de los usuarios de los servicios de asistencia sanitaria pública de la Comunidad de Madrid en 2016²⁷, aunque los porcentajes satisfacción para con los profesionales, y más concretamente las enfermeras (91,4%) y celadores (91,7%), son muy altos, estos decrecen cuando se plantean otras cuestiones relacionadas con los tiempos de espera y las instalaciones, con un porcentaje especialmente bajo cuando se menciona la intimidad (74,3%).

En cuanto a la información facilitada, el porcentaje más bajo lo obtiene el indicador de aquella que se brinda al familiar o acompañante (83,8%).

Además, en la mencionada encuesta, con motivo de la implementación del Plan de Humanización en la Comunidad de Madrid, se crea un índice de satisfacción con la humanización (ISH), que incluye 6 dimensiones clave: el tiempo de asistencia, lo cual incluye el tiempo hasta la primera valoración y el tiempo total de permanencia; la información recibida tanto por el enfermo como por sus acompañantes; el trato recibido por parte de los médicos y enfermeros, la dedicación en cuanto a tiempo de estos últimos en su caso, la intimidad y el tratamiento de dolor²⁷ (Gráfico 3). El índice de humanización, en los servicios de urgencias hospitalarias, total alcanzó el 82,9%.

Gráfico 3: Dimensiones del índice de satisfacción con la humanización (ISH)



Fuente: Elaboración propia²⁷.

Por otra parte, cabe destacar que, en general, desde 2012, los porcentajes en las áreas mencionadas han ido descendiendo, y en concreto la satisfacción para con la intimidad. No obstante, en el año 2016 los porcentajes, salvo en intimidad, han aumentado respecto a años anteriores²⁷.

Como no hay índices de humanización previos, no se puede hacer una comparativa cien por cien fiable, no obstante, basándose en la comparativa de las diferentes áreas, se podría concluir que la humanización en el servicio de urgencias hospitalarias ronda los mismos valores que hace cuatro años, lo cual invita a tomar medidas²⁷. Por otro lado, a nivel nacional, la existencia de los numerosos planes de humanización y los proyectos de implementación de los mismos en las comunidades que carecen de ellos, justifica la necesidad de un cambio paradigmático en el Sistema Sanitario Español.

En cuanto a las urgencias hospitalarias, el Plan de Humanización de la Comunidad de Madrid, así como el Plan Dignifica de Castilla-La Mancha, entre otros, ponen de manifiesto la necesidad de humanizar esta área de atención.

Asimismo, a nivel mundial, la necesidad y la idea de incrementar la satisfacción en las urgencias hospitalarias, a través de un cuidado más humanizado, es un tema estudiado y considerado prioritario en todos los continentes. Por este motivo, se plantean como objetivos de este trabajo:

- **Objetivo general**
 - Analizar los beneficios de la humanización de la asistencia urgente.
- **Objetivos específicos**
 - Describir los factores que interfieren en humanización de la asistencia en el servicio de urgencias hospitalarias.
 - Identificar el papel desempeñado por la enfermera en el proceso de humanización de la asistencia en el servicio de urgencias hospitalarias.
 - Proponer alternativas para humanizar el servicio de urgencias hospitalarias.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión de la literatura, a partir de una búsqueda bibliográfica llevada a cabo en las bases de datos de Ciencias de la Salud Pubmed, Cuiden Plus, Cinahl, y Medes, así como en la Biblioteca virtual en Ciencias de la Salud Scielo.

Para la búsqueda se han utilizado los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y los términos de lenguaje controlado de los tesauros Medical Subject Headings (MeSH), en español e inglés, respectivamente (Cuadro 1). Como términos de lenguaje libre se emplearon: “humanisation”, y “servicio de urgencias”. Todos ellos se combinaron con los operadores booleanos “AND” y/o “OR” (Tabla 1) y como filtros se utilizaron:

- Fecha de publicación: últimos 5 años.
- Resumen.
- Humano.

Cuadro 1: Descriptores DeCs y MeSH.

DeCs	MeSH
Humanización	
Servicios Médicos de Urgencias	Emergency department Emergency Service, Hospital
Satisfacción	Patient Satisfaction Professional-Patient Relations

Inicialmente se obtuvieron 566 artículos, pero tras la lectura del resumen se seleccionaron sólo 48.

Una vez realizada la revisión crítica de los mismos se descartaron 21 (Fig 3), utilizando los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Tratar la humanización en los servicios de urgencias.
- Atención en unidades de urgencias de adultos.

- Estudios con pacientes sin deterioro cognitivo o problemas mentales.

Criterios de exclusión:

- Artículos en los que no aparezcan al menos dos de las palabras utilizadas.
- Aquellos documentos que a pesar de cumplir los criterios de inclusión no se centran en los objetivos marcados en este trabajo.
- Atención en unidades de urgencia pediátrica.
- Atención en unidades de urgencias de psiquiatría.
- Atención de urgencia a ancianos (mayores de 70 años)

Figura 3: Proceso de selección de la información.

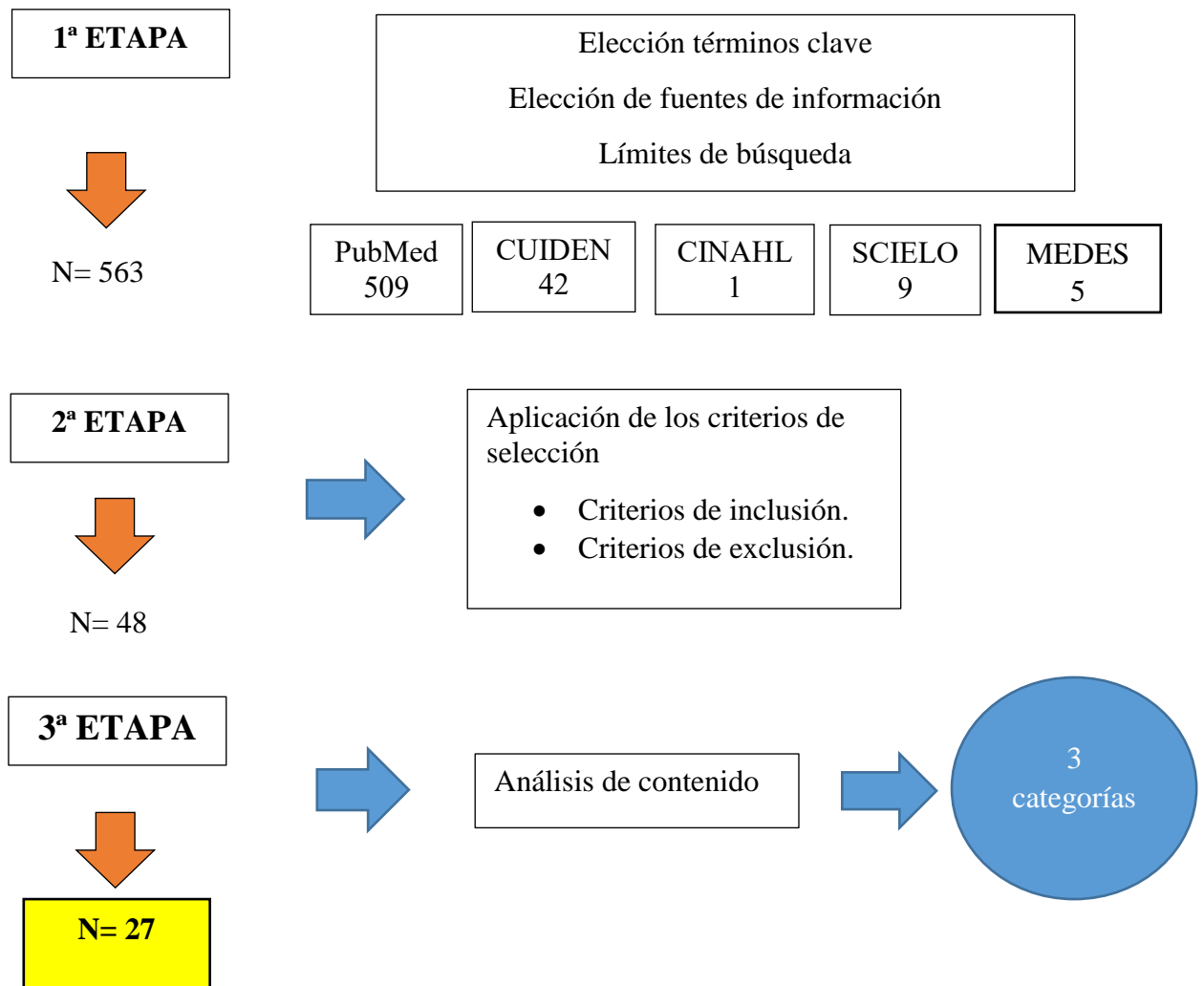


Tabla 1: Artículos seleccionados por bases de datos tras la aplicación de los criterios de exclusión e inclusión.

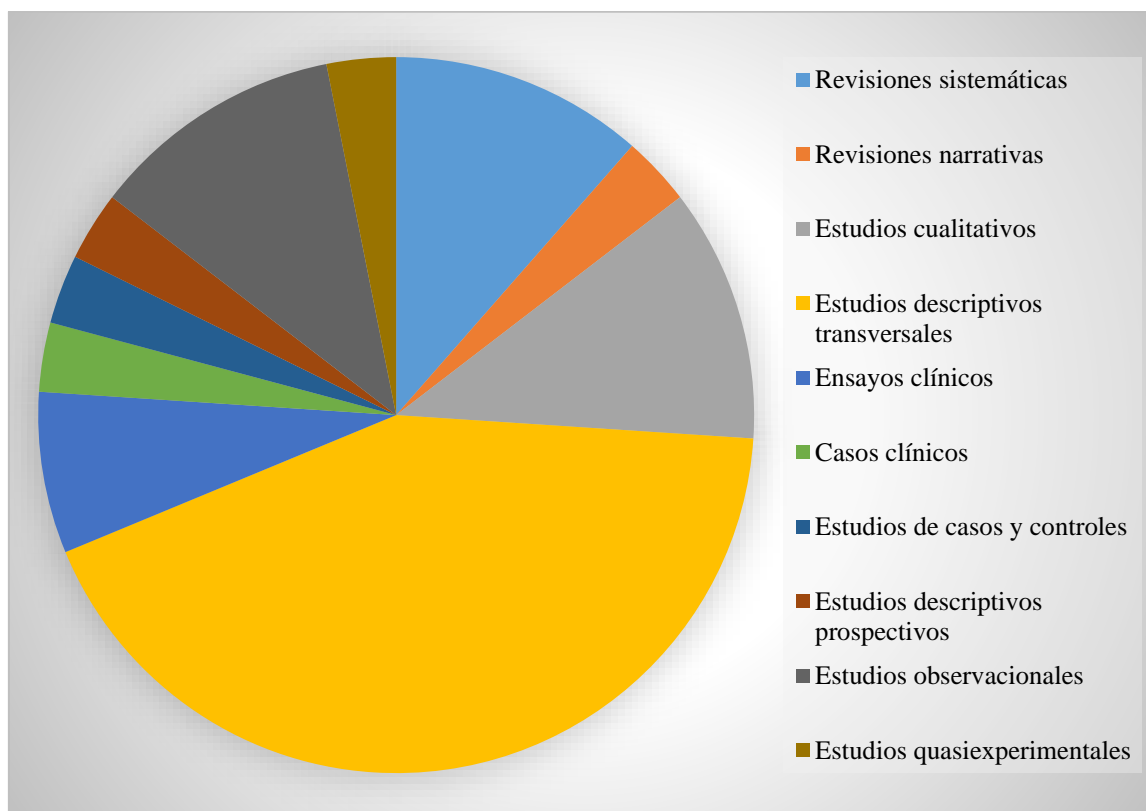
BASES DE DATOS	Sentencias de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
PUBMED	"(Emergency Service, Hospital"[Mesh]) AND Humanisation	3	1
	"Professional-Patient Relations"[Mesh] AND "Emergency Service, Hospital"[Mesh]	166	9
	"Emergency Service, Hospital"[Mesh] AND "Patient Satisfaction"[Mesh]	340	12
CUIDEN	("humanización")AND("urgencias")	42	3
CINAHL	Humanization AND emergency department	1	0
SCIELO	Servicio de urgencias AND satisfacción.	9	1
MEDES	Humanización[título] OR humanización[resumen] OR humanización[palabras_clave]) AND (urgencias[título] OR urgencias[resumen] OR urgencias[palabras_clave]	5	1
TOTAL		566	27

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los estudios revisados se han llevado a cabo principalmente en EEUU, Canadá, Brasil, Turquía y Europa.

Como se refleja en el anexo 1, la metodología de los estudios comentados en los artículos revisados es: estudios descriptivos transversales (41%), estudios cualitativos (11%), revisiones sistemáticas (11%), ensayos clínicos (7%), caso clínicos (3%) y estudios de casos y controles (3%), estudios descriptivos prospectivos (3%), estudios observacionales (11%) y estudios quasi-experimentales (3%) (Fig 4).

Figura 4: Metodología los artículos revisados.



Fuente: elaboración propia

Los principales temas recogidos en los artículos encontrados se pueden clasificar en tres categorías.

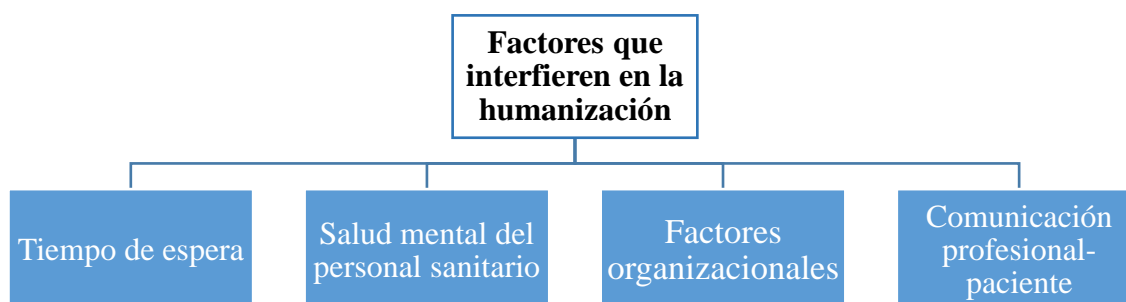
1. Factores que interfieren con la humanización en el servicio de urgencias hospitalarias.
2. Papel de la enfermera en la humanización de las urgencias hospitalarias.
3. Propuestas para humanizar los servicios de urgencias hospitalarias.

1. Factores que interfieren con la humanización en el servicio de urgencias hospitalarias

El colapso de las urgencias hospitalarias es un fenómeno que se plantea a nivel mundial, además de una de las barreras más importantes para la humanización en dicha área de atención²⁸. Este colapso da lugar a numerosos problemas que afectan de forma directa a la satisfacción del usuario²⁹, siendo esta el grado de congruencia entre las expectativas del paciente de la atención ideal y su percepción del cuidado real que recibe y que, según Gamella et al³⁰, está conformada por la humanización de la asistencia prestada y el tiempo de espera percibido.

Por lo tanto, la congestión de los servicios de urgencias origina numerosos factores, interrelacionados entre sí, que afectan de forma significativa a la humanización en el servicio de urgencias, entre los cuales destacan (Fig 5): el tiempo de espera, la salud mental del personal sanitario, los factores organizacionales y las características de la comunicación paciente-proveedor de cuidados.

Figura 5: Factores que interfieren en la humanización de los servicios de urgencias



Fuente: elaboración propia.

- **Tiempo de espera**

Diversos autores^{28,30-34} coinciden en que uno de los obstáculos más acuciantes, derivado del colapso ya mencionado, es el tiempo de espera, el cual depende, entre otros factores, del triage³⁵, que es la herramienta utilizada para establecer prioridades de cuidado de acuerdo con la gravedad de cada caso. No obstante, aunque en la mayor parte de los sistemas sanitarios presentados en la literatura consultada (España, Australia y Estados Unidos, principalmente) es una herramienta implementada; todavía hay lugares, como Brasil en los que se está introduciendo^{35, 36}.

El triage, pese a ser una herramienta sumamente útil para controlar el flujo de pacientes en los servicios de urgencias y acotar los tiempos de espera³⁵, también puede ser motivo de conflicto entre los pacientes y el personal sanitario³⁷, ya que suelen discrepar en cuanto al nivel de gravedad asignado. El acuerdo o desacuerdo entre ambos grupos, depende de muchos factores distintos, como la personalidad, las diferencias culturales y las expectativas de ambas partes; mas al ser el triage un breve y complejo proceso de toma de decisiones sobre el paciente, debería estar centrado en él y en su familia, de tal manera que, conociendo todos los factores mencionados, se pueda encontrar el nivel de prioridad idóneo. Al no encontrar este punto, el nivel de espera percibido por el paciente es cada vez mayor, lo que ocasiona un decrecimiento de la satisfacción del usuario³⁰.

Por otro lado, esta enorme demanda en la urgencia hospitalaria se debe en gran medida a la población cada vez más envejecida, el incremento exponencial de las enfermedades crónicas y a la gran cantidad de consultas no urgentes³⁸ que se atienden y que podrían ser solucionadas en otras áreas de atención. En relación con este último factor Unwin et al³⁸, destacan tres motivos por los que los usuarios acuden a urgencias en lugar de a otros servicios más apropiados y acordes con sus necesidades de cuidado: la conveniencia del servicio en cuanto a recursos y atención universal, la necesidad percibida por los usuarios y que otros profesionales los deriven.

Estos usuarios, por lo tanto, son los que más esperan en las urgencias hospitalarias y, por ende, aquellos que se encuentran más descontentos con la atención que se les presta, ya que, en el estudio de García et al³¹ se ha determinado que el umbral de tolerancia en la espera es de aproximadamente media hora, tiempo que se supera con creces ante este tipo de consultas.

- **La salud mental de los trabajadores**

El colapso, las largas listas de espera y las consultas no urgentes, originan una gran carga de trabajo; lo cual puede tener consecuencias en la salud mental de los trabajadores; como es la aparición del síndrome de burnout. Este se define como la respuesta psicológica al estrés crónico con motivo del trabajo³⁹. Se compone de tres dimensiones: agotamiento emocional, cinismo y reducción de la eficacia profesional; lo cual tiene consecuencias negativas tanto para la salud de los usuarios como para la salud de quien lo sufre. Además, cabe destacar la repercusión que puede tener en la eficiencia de la organización en la que trabaja y en el cuidado humanizado que brinda.

Los factores predictivos del burnout profesional, además de los dos ya mencionados, son según García et al³⁹: los conflictos interpersonales, la falta de personal y recursos, la falta de apoyo social, la excesiva carga de trabajo y la muerte o sufrimiento de los pacientes. Por lo tanto, este proceso es el resultado de la interacción de múltiples factores, tanto a nivel personal como a nivel organizacional.

En quienes sufren este síndrome es usual encontrar actitudes negativas³ como la pérdida de recursos emocionales para enfrentarse al trabajo, la despersonalización, la insensibilidad y cinismo hacia los usuarios, todo ello unido a una intensa falta de autorrealización y baja autoestima profesional; lo cual se traduce en cuidados deshumanizados.

- **Factores organizacionales**

La misma estructura u organización de los edificios y de las zonas de espera⁴⁰ puede ser una barrera para la humanización, pues está demostrado que un diseño confortable y humanizado reduce el estrés e influye de forma positiva en el proceso de curación.

Una señalización confusa de las áreas de atención, las salas de espera sin ningún tipo de elemento distractor o incluso sucias, el mobiliario incómodo o salas de tratamiento en las cuales no hay intimidad; provocan ansiedad en el usuario y, por tanto, bajos niveles de satisfacción para con el servicio.

La falta de recursos en el servicio, también es un factor importante a tener en cuenta como freno de la humanización. En este sentido Almeida et al²⁸, destacan que la falta de recursos materiales y los aspectos relacionados con la infraestructura de los hospitales, como la falta de camas o los ruidos, son un problema a nivel mundial.

Dichos autores señalan que diversos estudios realizados en Brasil y Alemania revelan que es habitual que, en ambos países, se trate a algunos pacientes en los pasillos debido a la falta de camas. En este sentido, Stiffer et al³² resaltan que aquellos usuarios tratados en los pasillos están significativamente más descontentos con los cuidados recibidos y que un alto porcentaje vuelve a urgencias porque perciben que en su primera visita no se ha tratado su problema correctamente.

- **Comunicación paciente-proveedor de cuidados**

La falta de comunicación en los servicios de urgencia³³, aunque derivada de los problemas ya mencionados, es una enorme barrera. Una comunicación proveedor de cuidados-paciente inadecuada es, posiblemente, el motivo de insatisfacción de la mayor parte de los usuarios; ya que provoca en ellos sentimientos de abandono, y se interpreta como una falta de respeto además de provocar sentimientos de falta de control, no solo por el pronóstico incierto del paciente sino también el tiempo de espera desproporcionado en contraste con el poco tiempo empleado por el médico para examinarlos. Todos estos sentimientos experimentados por el paciente y sus acompañantes provocan finalmente frustración y enfado; situación que podría ser evitada o paliada haciendo a los pacientes participes del proceso mediante la administración de información durante la espera³¹.

Aparte de recibir información de forma periódica, los usuarios echan en falta recibir apoyo emocional, ya que la percepción del usuario está asociada a la buena o mala relación con la persona con la que interactúa durante su estancia en urgencias; de tal manera que los pacientes que tienen un acompañante se sienten más seguros y fuertes y, por lo tanto, están más satisfechos con la atención recibida. No obstante, las quejas no solo se limitan a la falta de comunicación y de apoyo emocional, sino que también resaltan un comportamiento inapropiado por parte de los profesionales³². Además, destacan la importancia de recibir información sobre el retraso de la atención⁴¹, así como sobre la patología por la que demandan la misma³⁰.

En un estudio estadounidense, McCarthy et al⁴² calculan la duración de las conversaciones paciente-personal sanitario y determinan que un único paciente se pasa un 75% del tiempo de su visita a urgencias sin interactuar con ningún miembro del equipo y que, además, dichas interacciones a menudo se ven interrumpidas. No obstante, las autoras concluyen que lo importante, no es el tiempo de las conversaciones sino hallar una manera de comunicarse con el usuario eficazmente, es decir, optimizar el tiempo, lo cual requiere mayores habilidades de comunicación por parte de enfermeros, médicos y el resto del equipo multidisciplinar^{42, 43}.

En otros estudios, McCarthy et al^{43, 44} determinan, igualmente, la importancia de una comunicación efectiva e identifican que, según los pacientes encuestados, los equipos de salud del servicio de urgencias son respetuosos, se preocupan por el usuario y les permiten hablar sin interrupciones; no obstante, tal y como se ha señalado con anterioridad, identifican que los proveedores de cuidados no pueden o quieren estimar el

tiempo de espera, lo cual es incómodo para ellos. A la par, señalan la importancia de que esta comunicación efectiva esté acompañada de un entendimiento mutuo y de la construcción de una relación terapéutica⁴⁴, de tal manera que no se limite solo a la administración de información de carácter biomédico sino que además abarque toda la dimensión psicosocial; por lo que, los autores señalan que los pacientes necesitan más tiempo de educación para la salud y menos jerga técnica e incomprensible.

Por otro lado, los australianos Coombs et al⁴⁵ reconocen que, en su sistema de salud, una de las mayores debilidades a las que se enfrentan es la comunicación inefectiva y que esta juega un papel determinante en la construcción de una relación en la que cuidador y población puedan intercambiar sus expectativas y llegar a un acuerdo con respecto a sus necesidades. En este artículo, también se señala la repercusión positiva que puede tener la educación para la salud en la satisfacción del usuario.

En España, García et al³⁰ en un estudio realizado en el Hospital Clínico de Salamanca concluyen, a partir de una encuesta de opinión, necesidades similares en la población atendida en urgencias. Identifican que el punto débil del servicio es la información proporcionada e indican la importancia de que este aspecto sea primordial en la atención de urgencia.

2. Papel de la enfermera en la humanización de las urgencias hospitalarias

En el servicio de urgencias, la satisfacción del usuario está estrechamente relacionada con el rol de las enfermeras; puesto que la acogida, en la mayor parte de los sistemas de salud está a cargo de las mismas⁴¹.

En la revisión sistemática de Abdul Rehman et al²⁹, dichos autores exploran la satisfacción del triage dirigido por enfermeras en comparación con el dirigido por médicos y cual de ambos estilos se relaciona más estrechamente con una mayor satisfacción del usuario. En los estudios revisados, se destaca la actitud de cuidado de las enfermeras: su compasión, su competencia, sus trabajadas habilidades de comunicación (dar consejos, explicaciones con lenguaje sencillo y claro, escuchar con atención, brindar la oportunidad de hacer preguntas, etc), es decir, las características propias de un cuidado humanizado, lo cual les otorga gran ventaja para con el triage dirigido por médicos.

Además, tres estudios de la revisión²⁹ demuestran que el triage a cargo de enfermeras, reporta menos tiempo de espera.

En el mismo sentido, Jennings et al³⁴, determinan que el menor tiempo de espera en el triage realizado por enfermeras es el factor clave de su eficacia, sin embargo, no hallan diferencias significativas en cuanto a satisfacción del usuario, exceptuando el enfoque más holístico del triage enfermero en las instrucciones al alta y educación para la salud.

Por otra parte, en Brasil^{36,46}, en donde se está empezando a implementar una estrategia de humanización para mejorar el funcionamiento de los servicios de salud a nivel nacional, el triage trata de aplicarse desde un punto de vista totalmente humanizado, es decir, no se limitan a utilizar una escala de clasificación de riesgo, sino que se concibe como una forma de “dar la bienvenida” y “acoger” a los usuarios que llegan al servicio de urgencias con el objetivo de que se sientan seguros. Introducen, por lo tanto, el concepto Clasificación de Riesgo³⁶, que es el equivalente del concepto triage que se utiliza en Europa, Australia y Norteamérica, y que se define como *“un método dinámico consistente en identificar la vulnerabilidad o el riesgo al que se enfrenta el usuario”*³⁶. En este, la enfermera debe tener en cuenta factores subjetivos, biológicos y sociales del proceso de enfermedad para priorizar la necesidad de cuidado de los pacientes.

En relación con lo comentado anteriormente, Lima et al⁴⁶ exponen que en Brasil la humanización del cuidado y, por tanto, de la clasificación de riesgo o triage, se enfrenta a muchas dificultades como puede ser la falta de recursos o una infraestructura inadecuada, al igual que en otros sistemas de salud. No obstante, también cuenta con numerosos facilitadores como la motivación y disposición del equipo de cuidados, en el cual la piedra angular es la enfermera, así como que ya esté implementada la clasificación de riesgo o triage, a la que solo le faltaría el componente humanizado que se está desarrollando.

Esto se pone de manifiesto en el estudio de Silva et al³⁵, quienes analizan la satisfacción con el triage de las urgencias hospitalarias en un hospital público en Brasil y determinan que la deshumanización del mismo, es una de las deficiencias del sistema. A su vez, en un hospital privado, Brito et al³⁶, apuntan que se está humanizando el triage mediante el Protocolo de Acogida con Clasificación de Riesgo. No obstante, al ser un concepto que se está introduciendo, revelan que algunas enfermeras tienen ideas erróneas sobre lo que implica el protocolo o simplemente lo desconocen.

Por otra parte, ya en Europa, en el estudio de Messina et al⁴¹ exploran los factores que afectan a la satisfacción del paciente con las enfermeras de los servicios de urgencia y recalcan que lo más importante para el paciente son: las habilidades técnicas, la atención de las enfermeras y la comunicación y la sensibilidad durante los procedimientos invasivos; mientras que en el estudio de Mollaoglu et al⁴⁷ en Turquía, que evalúa a las enfermeras del servicio de urgencias y la satisfacción del usuario, se da mayor importancia a los aspectos relacionados con la humanización: realizar asesoramiento, prestar atención al usuario, tener empatía, dar apoyo psicosocial, rapidez en el servicio, puntualidad, etc. A la par, recalcan que una relación enfermera-paciente basada en la cooperación es un pilar fundamental para alcanzar los mayores niveles de satisfacción para con el servicio, pues son los miembros del equipo que más tiempo pasan con los usuarios y, por ende, quienes más responsabilidades tienen en el mantenimiento de la salud de estos y su posterior rehabilitación.

Por otro lado, en el estudio de Levandovki et al⁴⁸, se demuestra que, pese a las barreras para la humanización ya comentadas, en general, el cuidado de enfermería sí que cubre las expectativas de los pacientes. No obstante, al igual que en el artículo anterior de Mollaoglu et al⁴⁷, se identifica como punto débil que las enfermeras, a menudo, priorizan las actividades científico-técnicas frente a su labor educacional y la relación terapéutica.

Figura 6: Fortalezas y debilidades de la atención de enfermería en el servicio de urgencias hospitalarias.

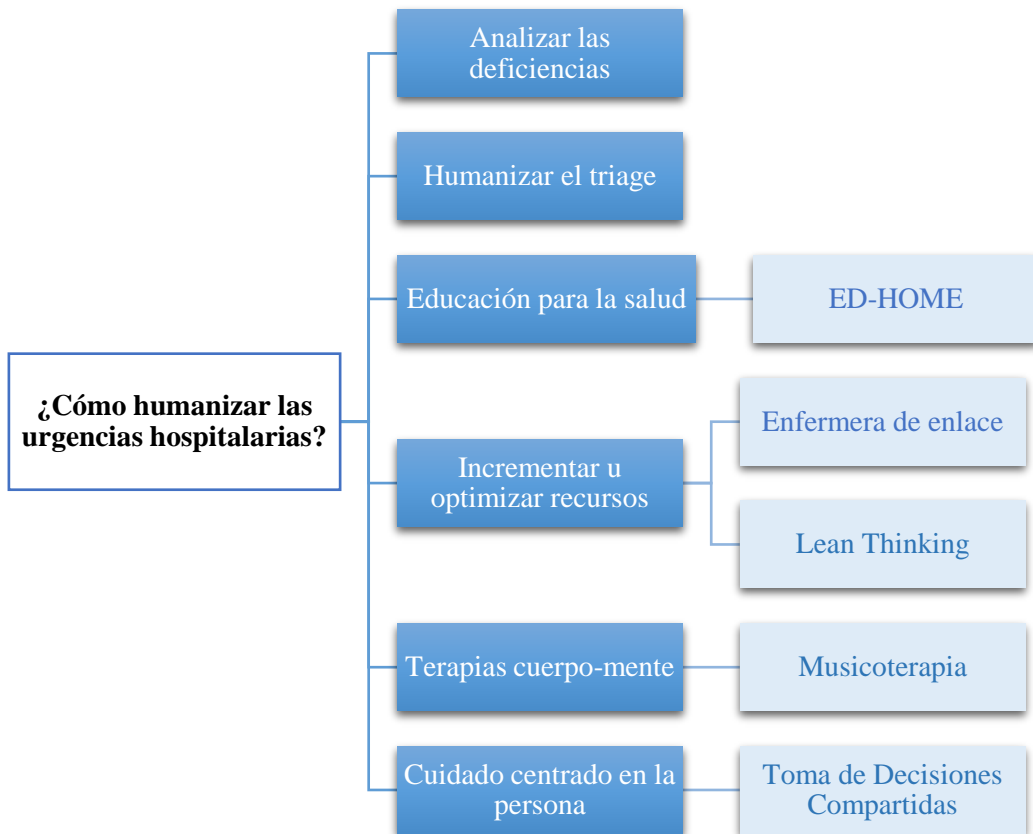


Fuente: elaboración propia^{29, 34-36, 41, 46-48}.

3. Propuestas para humanizar los servicios de urgencias hospitalarias

La bibliografía consultada ofrece una serie de soluciones para reducir o eliminar las barreras para la humanización de los servicios de urgencias hospitalarias desarrolladas en puntos anteriores. Dichas soluciones, se resumen en 6 propuestas analizadas a continuación (Fig 7).

Figura 7: Propuestas para humanizar los servicios de urgencias hospitalarias.



Fuente: elaboración propia.

- **Analizar las deficiencias**

Como se ha visto en el punto 1, los diferentes sistemas sanitarios tienen deficiencias muy similares que interfieren de forma significativa con la atención humanizada en el servicio de urgencias hospitalarias. Para identificarlas y encontrar soluciones realistas, es necesario analizar la satisfacción del usuario con las herramientas más adecuadas (Tabla 2).

Tabla 2: Herramientas para analizar las deficiencias en las urgencias hospitalarias.

HERRAMIENTA	OBJETIVO	RESULTADOS	LIMITACIONES
Encuesta telefónica (García et al ³¹)	Evaluar la satisfacción del usuario con información, comunicación y trato.	Deficiencias en este ámbito.	Muestra pequeña. No se puede usar de forma rutinaria. Demasiado tiempo entre la visita y la encuesta.
CAT-T (McCarthy et al ⁴³)	Evaluar las habilidades de comunicación del equipo desde el punto de vista del paciente.	Profesionales respetuosos. No involucran a paciente.	No creado de forma específica para las urgencias hospitalarias. Muestra pequeña.
Estudio fenomenológico. (Försgarde et al ³³)	Determinar el significado emocional el concepto de insatisfacción.	Abandono, falta de control, preocupación...	Subjetividad. No extrapolable.
Herramienta de Buffoli et al ⁴⁰	Analizar las estructuras físicas del servicio.	Insatisfacción con la distribución.	Muestra pequeña.

Fuente: elaboración propia^{31, 33, 40, 43}

La información prestada a los usuarios³¹, es uno de estos elementos-barrera y, además, es modificable. No obstante, solo dos estudios de la revisión proponen cuestionarios específicamente creados para analizar su impacto en el servicio de urgencias hospitalarias^{31, 43}.

En su artículo García et al³¹ utilizan una encuesta telefónica con el objetivo de evaluar la información, la comunicación y el trato cuidador-paciente focalizando en las particularidades del servicio de urgencias hospitalarias.

Las entrevistas se realizan 15 días después de la visita, informando debidamente al encuestado del objetivo de la entrevista. Las preguntas hacen referencia a 3 aspectos fundamentales: datos sobre el triage, sobre la información recibida y acerca del trato recibido. Además, con el objetivo de realizar un análisis más exhaustivo, se recogen datos como la edad, el sexo, el estado civil, el nivel de estudios y la situación laboral, y se constata si acuden o no con un acompañante.

No obstante, aunque el estudio demuestra que es importante ponderar la opinión de los usuarios con respecto a la comunicación, la información y el trato, con independencia de la satisfacción general para con el servicio; es necesario recalcar que cuenta con importantes limitaciones como el tamaño reducido de la muestra, el hecho de que la encuesta debe ser modificada para poder ser utilizada de forma rutinaria y que 15 días es un lapso de tiempo largo en el que las percepciones y los sentimientos suscitados pueden verse atenuados.

Por su parte, McCarthy et al⁴³ utilizan otra herramienta para evaluar la comunicación en el servicio de urgencias: *The Communication Assessment Tool For Teams (CAT-T)*. Esta permite analizar los aspectos clave de la comunicación en el equipo asistencial del servicio y evaluar su asociación para con aspectos demográficos. No obstante, es importante tener en cuenta que el cuestionario no está específicamente creado para las urgencias hospitalarias, sino que lo adaptan los autores para esta área de atención. Además, cabe destacar que el tamaño de la muestra es pequeño.

Por otro lado, Forsgårde et al³³ utilizan un enfoque diferente, centrándose en la experiencia emocional del paciente. Para ello, proponen un estudio fenomenológico en el cual se analiza el significado del concepto “insatisfacción” para los pacientes y acompañantes que han visitado recientemente el servicio de urgencias. De esta manera, se analizan las deficiencias desde un punto de vista subjetivo, identificándose sentimientos y recuerdos relacionados con las deficiencias imperantes en el sistema sanitario y en el servicio de urgencias. Al ser un estudio cualitativo, las conclusiones son subjetivas y, por tanto, no son extrapolables a otras poblaciones.

En la misma línea, en el estudio de Buffoli et al⁴⁰ se desarrolla otra herramienta relacionada con el análisis de deficiencias en relación con la humanización; no obstante, en este caso, se analizan la infraestructura y el espacio físico en el que se desarrolla la actividad cuidadora en el servicio de urgencias hospitalarias.

Mediante un cuestionario, se abordan preguntas acerca de 3 macro-áreas: la orientación (señalización y distribución), las salas de espera (subdivisiones de la sala, confort y humanización y tiempo de espera) y las zonas de tratamiento (confort y humanización y percepción del servicio prestado). Al igual que los cuestionarios anteriores, incluye un apartado de información general para poner en relación los resultados obtenidos con las características socio-demográficas de los encuestados.

El cuestionario demuestra su utilidad, ya que los resultados ponen de manifiesto que existe insatisfacción con respecto a la distribución de las áreas en las que se dividen los servicios de urgencias hospitalarias analizados, pero la muestra es demasiado pequeña.

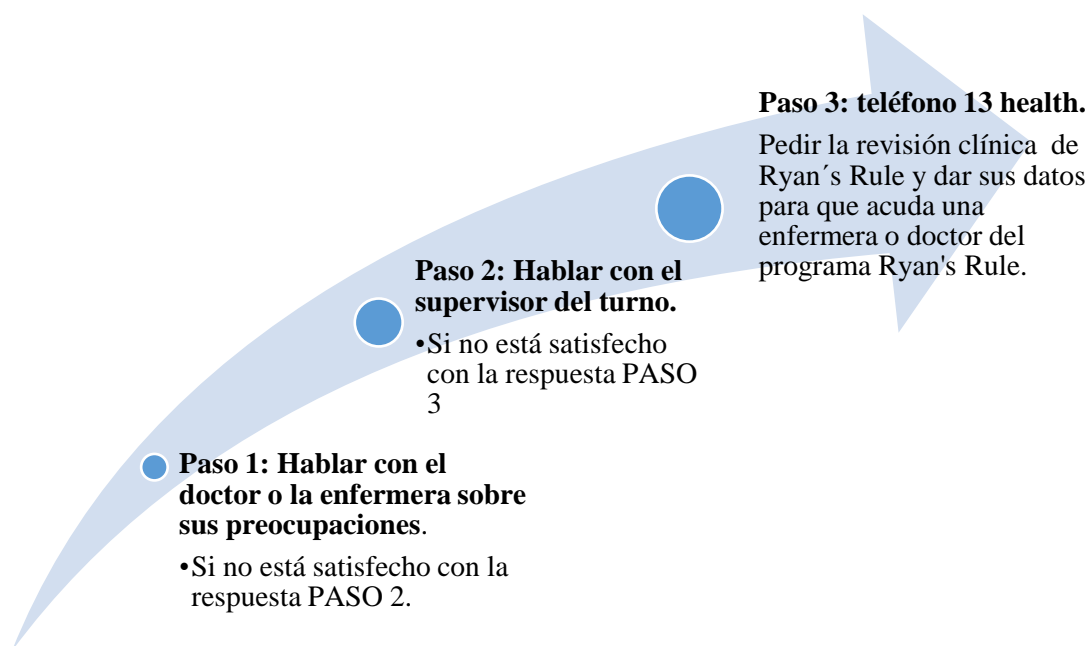
- **Humanizar el triage**

Otro de los problemas en la urgencia hospitalaria es el desacuerdo paciente-proveedor de cuidados sobre la categoría asignada durante el triage. Por ello, manejarse en torno a las expectativas del paciente les brinda una oportunidad a los profesionales para comunicarse con el paciente, involucrándolos en el proceso y consiguiendo que comprendan decisión tomada con respecto a la prioridad de cuidado³⁷; cosa que, como ya se ha señalado en el apartado anterior, se hace en el hospital las Teresinas donde se ha implementado un Protocolo de Acogida con Clasificación de Riesgo⁴⁸, cuyo objetivo es descentralizar el cuidado que, tradicionalmente, ha estado centrado en el médico y extenderlo al resto del equipo para así incrementar los servicios que se le proporcionan al usuario además de escuchar las necesidades del paciente desde un punto de vista holístico.

Con este mismo objetivo, en Queensland Health, el sistema sanitario de la región de Queensland, Australia; introdujo una herramienta denominada *Ryan Rule*³⁷ consistente en permitir al paciente pedir ayuda de nuevo si el propio paciente o sus acompañantes están preocupados por el estado de salud del usuario y desean una segunda opinión sobre su nivel de prioridad. Esto se consigue mediante una secuencia de pasos de la cual se informa a la población⁴⁹ (Fig 8).

Esta estrategia es útil, ya que el triage es un proceso rápido y corto en el que puede obviarse alguna posibilidad, por lo que esta intervención puede mejorar tanto la seguridad como la calidad de la asistencia brindada.

Figura 8: Secuencia de actuación de Ryan's Rule.



Fuente: elaboración propia⁴⁹

- **La educación para la salud en urgencias**

Promover el autocuidado y contribuir a la mejora de la salud comunitaria, a menudo, es un aspecto deficitario en la medicina de urgencias, como consecuencia de la falta de comunicación entre los pacientes y los proveedores de cuidado. No obstante, según Coombs et al⁴⁵, es un aspecto estrechamente relacionado con la satisfacción del usuario que contribuye a la humanización de la asistencia. Dichas autoras, además de recalcar la importancia de las instrucciones al alta, señalan que es importante elevar el nivel de conocimientos y de habilidades de comunicación de las enfermeras con el objetivo incrementar su confianza como educadoras.

Después de analizar detenidamente la literatura, se encuentra una única herramienta específica para el servicio de urgencias, denominada ED-HOME, acrónimo de conocimientos previos (Existing knowledge), procesos del servicio (Department processes), servicio de salud brindados (Health services), cuidados necesarios después del alta (On-going care), medicación (Medication) y evaluación de los conocimientos (Evaluation). Esta herramienta lo que le otorga a la enfermera es una estructura con la que abordar la educación para la salud, incrementando su seguridad y sus habilidades en esta área. Usar una herramienta basada en la evaluación, la planificación, la implementación y, de nuevo, evaluación; le permite a la enfermera analizar su práctica y

encontrar sus debilidades con el objeto realizar cambios que mejoren sus habilidades de comunicación, lo cual según Coombs et al⁴⁵ está basado en la “Teoría de la propia eficacia de Bandura” que expone que aquel que cree tener habilidades y conocimientos para alcanzar sus objetivos, intentará y dedicará su tiempo a ello.

- **Incrementar u optimizar los recursos**

En primer lugar, se analiza la propuesta de Fulbrook et al⁵⁰, que consiste en introducir una nueva figura en el servicio de urgencias: la enfermera de enlace, término que puede ser similar a otras ya existentes como: coordinador de flujo de pacientes o encargado de operaciones en el servicio de urgencias.

Dicha enfermera se encargaría de ayudar al equipo a brindar cuidados de calidad, haciéndose cargo de numerosas tareas que a las enfermeras de urgencias les quitan tiempo para atender a los usuarios de forma directa como pueden ser: la monitorización del tiempo de espera, la gestión de reservas, el traslado de pacientes a camas libres, la búsqueda de información médica relevante de los pacientes que están todavía en proceso de admisión, etc.

Por otra parte, Fulbrook et al⁵⁰ consideran que esta tiene que ser una enfermera experimentada de las urgencias hospitalarias y debe conocer el *National Emergency Access Target (NEAT)*, propuesto por el gobierno australiano que consiste en darles el alta a los pacientes sin que estos superen las cuatro horas de espera, por lo menos en el 90% de las visitas.

Para determinar el efecto de este rol sobre el *NEAT*, estos autores realizan un proyecto de implementación y evaluación. En él, dos enfermeras ocupan este puesto, cada una 8 horas al día, en diferentes turnos, con el objetivo de cubrir dieciséis horas. El proyecto dura veinte semanas.

Los resultados señalan que hay una disminución estadísticamente significativa en el tiempo de las visitas al servicio; no obstante, se objetiva que los turnos de ocho horas de ambas enfermeras dejan ocho horas sin cubrir que reportarían mucho más beneficio en cuanto a coste y tiempo de atención. Otro problema percibido sería que ninguna de ellas tenía un entrenamiento previo, por lo que no se puede asegurar que, si se implementara este programa en otros lugares, fuera a ser igualmente exitoso. Además, en una revisión del *Four Hour Rule Program* citada por Fullbrook et al⁵⁰, se identifica que este rol puede

causar estrés en el personal de urgencias y que incluso se han reportado casos de “mobbing” o acoso laboral.

Para optimizar el tiempo y los recursos, también se ha encontrado otro enfoque denominado: Lean Thinking⁵¹ que es el método desarrollado por Toyota Motors Corporation en los años 50 para incrementar la calidad de sus productos. La clave de dicho método es identificar aquellos aspectos del cuidado que no tienen un valor real en el mismo, o que lo menoscaban, y eliminarlos. Para ello, se busca la raíz del problema y se concientiza a los trabajadores de que existe, normalmente mediante la utilización de un mapa de procesos.

Bucci et al⁵¹ aplicando el Lean Thinking, proponen la estandarización de procesos desde un punto de vista humanizado, mediante el apoyo de una gerencia que otorgue los recursos materiales y humanos adaptados al contexto en el que se desarrolla la actividad cuidadora; lo cual solo puede realizarse mediante un liderazgo fuerte centrado en motivar a los trabajadores e involucrarlos en el proceso de cambio. No obstante, cabe destacar que la falta de colaboración entre los diferentes componentes del equipo es una de las grandes barreras de este enfoque.

La importancia del liderazgo en la reducción de los tiempos de espera es un tema que también tratan Patel et al⁵². Estos estudian el efecto de un programa basado en el liderazgo sobre el tiempo de espera en las urgencias hospitalarias de un hospital comunitario en California, determinando que hay una asociación estadísticamente significativa entre dicho programa y el aumento del porcentaje de pacientes que son admitidos en el hospital en una hora.

Uno de los abordajes utilizados en el programa, fue mejorar la comunicación entre los médicos de urgencias y la admisión del hospital, de tal manera que se permitiera a los primeros iniciar el proceso de admisión para redirigir a algunos pacientes al hospital; lo cual redujo el tiempo de espera hasta 98 minutos, frente a los 458-360 minutos de espera que se manejaban con el modelo de gestión antiguo. Además, la dirección también introdujo un sistema informático (*Health Connect*) que monitoriza las camas que se encuentran libres y cuantifica el tiempo restante hasta la admisión.

No obstante, estas prácticas, por si solas, no fueron suficientes para reducir el tiempo de espera; puesto que las estrategias efectivas requieren que todo el personal del hospital esté involucrado y conozca esta nueva forma de gestión. Para ello, los líderes o

gestores del servicio de urgencias deben involucrar a todo su equipo y enseñarles a trabajar con la administración del hospital.

En este mismo estudio⁵², se cita el estudio de Weber et al quienes desarrollan un programa similar en nueve servicios de urgencia del Reino Unido. En este documento se enfatiza la necesidad de: hacer partícipe a toda la organización del problema existente en las urgencias hospitalarias, centrarse mejorar la calidad del cuidado evitando traslados prematuros e identificar los actores necesarios para conseguir resultados óptimos; de lo cual se deduce que la eficacia y efectividad de una organización depende de la colaboración entre servicios y de que el proceso de admisión sea una responsabilidad compartida.

Otra solución es la de Green J citada por Patel et al⁵², que plantea que aquellos pacientes que por la no urgencia de su visita se encuentran en los pasillos del servicio de urgencias, sean movidos directamente a los pasillos de la planta donde fuera a ser tratada su afección; no obstante, esto además de ser una práctica igualmente deshumanizada está prohibida en California.

- **Utilización de terapias mente-cuerpo**

En la búsqueda bibliográfica, se identifica un único artículo relacionado con las terapias mente-cuerpo, que estudia el efecto de la musicoterapia en las urgencias hospitalarias.

Según Chang et al citados por los turcos Parlar Kilic et al⁵³, la musicoterapia es una rama del cuidado en la cual se utiliza la música como herramienta para tratar los efectos fisiológicos y psicológicos de la enfermedad y que según Gallagher et al también citados por los autores turcos⁵³, no tiene efectos secundarios y sí un efecto psicológico, social, emocional y espiritual en la recuperación tras una enfermedad.

En el estudio de Parlar Kilic et al⁵³, por tanto, se realiza un ensayo con el objetivo de evaluar si la musicoterapia, como intervención enfermera no farmacológica, ayuda a reducir el dolor y la ansiedad e incrementa la satisfacción del usuario que acude al servicio de urgencias.

Los resultados demuestran que el efecto de la musicoterapia depende de factores individuales, ya que el 21% de los pacientes se mostraron satisfechos con la intervención y otro 21% no se mostraron satisfechos en absoluto y refirieron que la música los irritaba.

El resto de la muestra refirió estar al menos un poco satisfecho con la intervención. No obstante, el estudio tiene numerosas limitaciones como que la muestra sea muy pequeña y homogénea ya que se abarca una única región de Turquía, se analizaron solo pacientes que a los que se les había realizado una intervención previa y la música administrada la eligieron los miembros del equipo de investigación siendo esta un único género.

- **Cuidado centrado en la persona**

El enfoque centrado en la persona⁵⁴ es un modelo que se ha estado promoviendo en los últimos años con el objetivo de mejorar la calidad del cuidado. Este va más allá del cuidado clínico excelente e incluye el área psicológica, social y espiritual del usuario; otorgándole gran importancia a la amabilidad, la compasión y el respeto. Además, al igual que los planes de humanización en España^{3,6-14}, enfatiza la necesidad de focalizar en las actitudes y los comportamientos de los profesionales, así como en la relación que estos establecen con los usuarios.

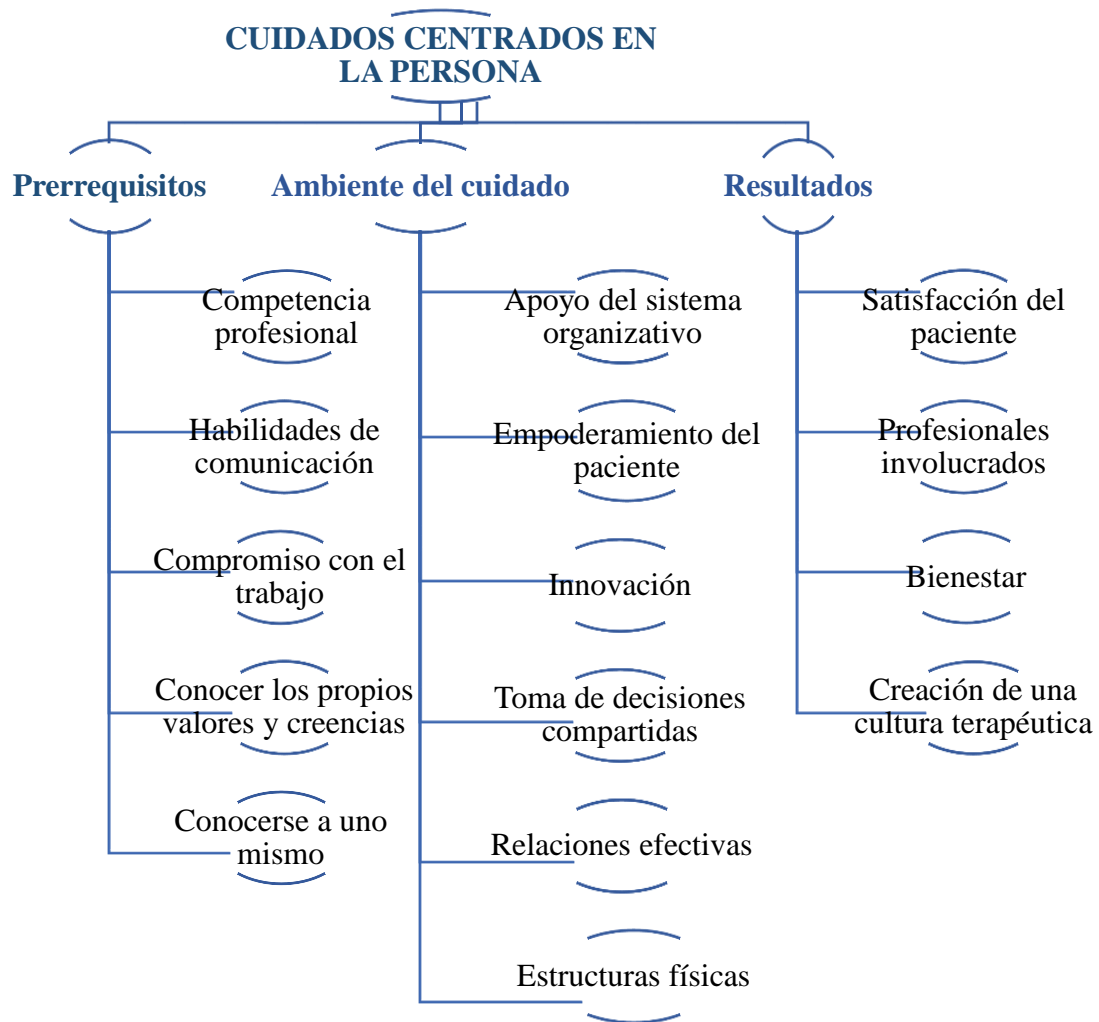
En la revisión bibliográfica de McConnell et al⁵⁴, señalan que para brindar cuidados desde este enfoque centrado en la persona, es necesario que existan una serie de prerequisites. Estos tienen que ver con el personal sanitario que trabaja en las urgencias hospitalarias, así como con su competencia profesional, el grado de desarrollo de sus habilidades de comunicación y el nivel de conocimientos que tienen acerca de sus propios valores y creencias.

A continuación, exponen que el ambiente en el que se brinda el cuidado es otro factor fundamental en este modelo; ya que el contexto debe, en la medida de lo posible, promover una comunicación efectiva entre los distintos miembros del equipo interdisciplinar, así como la toma de decisiones compartida con el paciente. Esta última se define como *“un proceso colaborativo que permite al paciente o sus representantes y al médico tomar decisiones relacionadas con la salud del primero juntos, teniendo en cuenta la mejor evidencia científica y los valores, objetivos y preferencias del paciente”*⁵⁵. Es decir, este término tiene cuatro características esenciales⁵⁵: el paciente y el personal sanitario se encuentran inmersos en el proceso, existe un flujo de información bidireccional, usuario y cuidador buscan el consenso y, finalmente, se alcanza un acuerdo.

Por último, el enfoque centrado en la persona⁵⁵, permite evaluar los resultados conseguidos tras el cuidado, desde el punto de vista del paciente y sus familiares, y si se

ha creado un ambiente terapéutico o, por el contrario, es estresante y, consecuentemente, negativo para la salud del usuario (Fig 9).

Figura 9: Conceptos relacionados con el enfoque centrado en la persona.



Fuente: Elaboración propia⁵⁴

CONCLUSIONES

La humanización de la asistencia es uno de los grandes conceptos del nuevo modelo holístico al que tratan de transitar los diferentes sistemas de salud, con el objetivo de eliminar las grandes carencias del modelo anterior, entre las que se encuentra, por ejemplo, la insatisfacción del usuario.

En el ámbito de los servicios de urgencias hospitalarias, las barreras para la humanización son diversas y difíciles de salvar, ya que se encuentran interrelacionadas y, finalmente, parecen deberse al colapso o sobreutilización de esta área de atención. Esto último puede ser resultado de, entre otros factores, la evidente falta de conocimiento de la población en lo referente a las diferentes estructuras de la asistencia urgente, lo cual implica una necesidad de que los gobiernos y los directivos de las instituciones sanitarias analicen este problema y lo atajen, por ejemplo, mediante la financiación de campañas informativas.

Otra de las muchas barreras mencionadas, es el tiempo de espera que está directamente relacionado con el triage, es decir, el método de selección y clasificación de los pacientes en el servicio de urgencias según su prioridad de atención. Es habitual que el usuario y los profesionales discrepen en torno a dicha prioridad. En relación con esto, cabe señalar la importancia de llevar a cabo un proceso que integre una acogida a fin de proporcionarle al paciente cierta tranquilidad y seguridad. Para ello, sería lícito incorporar la opinión del usuario para realizar una valoración completa en el triage, así como brindarle a este una explicación sobre los motivos por los que se le ha asignado cierto nivel de prioridad y no otro. Además, sería práctico disponer de sistemas que permitan conocer el tiempo de espera estimado para poder informar a los pacientes del mismo, ya que esto contribuye a disminuir las falsas expectativas y otorga cierta sensación de control.

Otro aspecto a tener en cuenta, es la salud mental de los trabajadores, pues el colapso de las urgencias hospitalarias junto con otros obstáculos como la falta de recursos tanto materiales como personales o las estructuras físicas que no apoyan la actividad cuidadora, resultan en una mayor carga de trabajo, lo que puede originar estrés crónico o “burnout”; repercutiendo negativamente en la comunicación paciente-proveedor de cuidados, que se torna pobre e incluso inadecuada. Esto implica que los equipos directivos deben establecer mecanismos para detectar precozmente la aparición de dichos problemas

en los profesionales sanitarios, así como para controlar los factores causantes de los mismos. Desde los equipos directivos, también sería beneficioso que se otorgase la misma importancia a las competencias psico-emocionales que a las físico-técnicas, mediante la implementación actividades de formación relacionadas con la gestión de las emociones o el trabajo en equipo.

A la par, cabe destacar que la enfermera es una de las figuras más importantes en este cambio paradigmático al que están asistiendo los sistemas de salud ya que, tanto desde su función asistencial como de gestión, tiene la responsabilidad de incorporar las actitudes positivas y humanizadoras que ofrece el modelo holístico de cuidado y de desechar todos aquellos aspectos negativos del obsoleto modelo biomédico; lo cual implica potenciar la relación terapéutica desde el primer momento de contacto con el paciente y acompañarle durante todo su paso por los servicios de urgencias.

Las soluciones propuestas por los diferentes autores para humanizar el cuidado en los servicios de urgencias hospitalarias son muy diversas y aluden a uno o varios de los factores que interfieren con la humanización en esta área de atención; no obstante, al ser un problema complejo y multifactorial, dichos estudios ponen de manifiesto la necesidad de continuar investigando en esta línea.

La utilización de métodos pertinentes para analizar las deficiencias en el servicio de urgencias es el primer paso para encontrar soluciones. De esta manera, se identifica la necesidad de incorporar la opinión del usuario tanto en el triage como a lo largo de toda la visita; así como la importancia de brindar información detallada y clara al alta, mediante un modelo estructurado. Esto último mejoraría el cumplimiento del régimen terapéutico evitando la vuelta a los servicios de urgencias por mala adherencia al mismo y, por otro lado, optimizaría el tiempo de las enfermeras quienes, mediante este método, se comunicarían de forma más eficaz.

Además, también se detecta la necesidad incrementar u optimizar los recursos, por lo que se proponen dos métodos: la introducción de la figura de la enfermera de enlace y la implementación de un método de estandarización de cuidados desde un punto de vista humanizado. Ambos métodos consisten en identificar prioridades aportando procesos facilitadores de la práctica clínica, lo cual le otorga a la enfermera, tiempo y recursos para acompañar al paciente durante su viaje, tanto físico como emocional, por el servicio de urgencias.

Por otro lado, otros autores proponen el modelo de cuidados centrados en la persona, cuyo concepto clave es la toma de decisiones compartida y que supondría el atajo de la mayor parte de los obstáculos identificados en esta revisión narrativa puesto que con su incorporación se daría voz al paciente convirtiéndolo en elemento activo en su propio cuidado y en su propia salud.

Como método complementario a los ya presentados, también se propone la utilización de intervenciones no farmacológicas como la musicoterapia para aliviar el estrés y la ansiedad que produce la espera, lo que permite atisbar la posibilidad de introducir las terapias mente-cuerpo en el ámbito de la asistencia urgente.

Por último, cabe destacar que, aunque muchos de los problemas identificados tienen su origen en factores organizacionales que debieran ser solucionados desde las posiciones de poder, no se puede obviar que la enfermera es uno de los elementos cruciales en la humanización de los servicios de urgencias; pues este nuevo paradigma holístico y humanizado no es exclusivamente un proceso de estructuras, sino también de actitudes. Es por ello que la enfermera ha de ser, en sí misma, un instrumento de cambio y liderar, mediante la investigación y la innovación, la búsqueda de soluciones; todo ello con el objetivo de mejorar la percepción del usuario y la calidad de la atención.

1. Limitaciones del estudio

Además de los sesgos que establecen los autores de los estudios consultados, existen una serie de limitaciones a la hora de realizar este trabajo que deben ser tomadas en consideración.

En primer lugar, cabe destacar que esta revisión bibliográfica, aunque se ha realizado mediante una búsqueda en bases de datos nacionales e internacionales, abarcando estudios de países de casi todos los continentes, son muchos los territorios de los que no se ha hallado ningún tipo de información, por lo que las categorías identificadas no son aplicables a los mismos.

También cabe destacar que, aunque los estudios consultados ofrecen conclusiones similares, las diferencias contextuales de unos países y otros, como el sistema de salud, los datos demográficos, datos socioeconómicos, etc. pueden ser una barrera para la aplicación de las soluciones planteadas; puesto que la gran mayoría de estas se han

analizado en pequeñas muestras, a nivel regional, por lo que no se puede conocer su eficacia en los lugares cuyas muestras no tengan las mismas características.

Por otro lado, al ser el 11% de los estudios revisados estudios cualitativos, basados en las percepciones del usuario, algunos de los problemas identificados no son extrapolables a todos los individuos atendidos en los servicios de urgencias hospitalarias, ya que hay un gran componente subjetivo que depende de la personalidad del usuario, del contexto, etc.

2. Posibles líneas de investigación

Este documento pone de manifiesto la necesidad de continuar investigando en este ámbito ya que, aunque la bibliografía sobre conceptos relacionados con la humanización es abundante, son pocos los estudios que versan sobre este término en concreto.

Por otra parte, como esta revisión bibliográfica demuestra que la enfermera es una agente clave en el cambio paradigmático, sería conveniente la búsqueda de soluciones que la involucren de forma directa en él; no obstante, en esta revisión, solo tres documentos aportan soluciones directamente relacionadas con las competencias de la enfermera en los servicios de urgencias hospitalarias.

Por último, como las propuestas de mejora planteadas por los diferentes autores cuentan con numerosos sesgos y limitaciones, convendría ampliar las muestras y realizar estudios que demostraran la eficacia de las soluciones planteadas a nivel nacional, pues numerosos artículos citados en esta revisión narrativa apuntan que muchos gobiernos contemplan el enfoque humanizador como herramienta para mejorar la calidad de la asistencia en sus sistemas de salud.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, querría agradecerle a mi tutora, Dña. María del Coro Canalejas Pérez su ayuda y paciencia durante todo el proceso y por creer en este trabajo y en mí en todo momento.

En segundo lugar, a mi familia por inculcarme los valores y los principios que creo se reflejan en cada palabra de este documento, así como la importancia de trabajar duro por lo que uno desea.

Por último, a todos y cada uno de mis pacientes que me inspiran cada día y me recuerdan por qué hago lo que hago.

Y especialmente a Nicolás, aquel paciente que un día me explicó cómo es dejar de sentirse persona para identificarse como paciente, en todos los sentidos de la palabra. Porque, allá donde esté, es y será siempre la persona que me abrió los ojos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Academia Española [Internet]. Rae.es. 2017 [citado 31 Dic 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/LbrZkh>
2. Campione F. Clinical Psychology and Congenital Heart Disease. Bolonia: Springer-Verlag. 2015; p. 21-32.
3. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 [Internet]. Madrid: Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria.; 2016 [citado 11 Dic 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/h4Ky7k>
4. García Cabeza ME. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. Metas Enferm 2014; 17(1): 70-74.
5. Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1984 [citado 11 Dic 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/FLGAUD>
6. Carta al paciente: Plan de Humanización de la Atención Sanitaria en La Comunidad de Valencia. [Internet] Conselleria de Sanitat: Generalitat Valenciana; 2003 [citado 11 Dic 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/a4Gxoh>
7. Plan de confortabilidad del Principado de Asturias [Internet] Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2004 [citado 11 Dic 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/bgcFXM>
8. Plan de Humanización de Sistema Sanitario Público de Extremadura 2007-2013. Mérida: Junta de Extremadura; 2007.
9. Plan Dignifica. Humanizando la asistencia [Internet]. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha; 2015 [citado 11 Dic 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/qHDJuk>
10. El SMS prescinde de la subdirección de Humanización y apuesta por la innovación [Internet]. La Verdad. 2018 [citado 17 Feb 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/fLBVHV>
11. Murcia: Sanidad diseña un Plan Regional de Humanización de la Asistencia Sanitaria. [Internet]. Consejería de Sanidad y Política Social; 2018 [citado 17 Feb de 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/hdyyEm>
12. La sanidad navarra presenta su Plan de Humanización [Internet]. Redacción Médica. 2018 [citado 31 Dic 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/qc7qRB>

13. Recomendación nº 32: Humanización [Internet]; Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. 2017 [citado 11 Dic 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/MnsZmh>
14. Castilla y León ultima su estrategia de humanización para comienzos de 2018 [Internet]. Redacción Médica. 2018 [citado 31 Dic 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/qc7qRB>
15. Gafo J. Diez Palabras Clave en Bioética. 3ª ed. Navarra: Verbo Divino; 1997.
16. Andino Costa CA. Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud. 2015; 10(1): 38-64.
17. Nussbaum MC. Objectification. Philosophy & Public Affairs [Internet] 1995. [citado 11 Dic 2017] 24 (4): 249-291. Disponible en: <https://goo.gl/sz8ogq>
18. Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enferm. [Internet] 2007; [citado 21 Dic 2017] 20(4): 499-503. Disponible en: <https://goo.gl/6pqt9r>
19. Gómez Jiménez J. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. [Internet] 2006; [citado 21 Dic 2017] 18: 156-164. Disponible en: <https://goo.gl/ujqnrB>
20. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación Urgencias extrahospitalarias. Su organización en el Sistema Nacional de Salud. [Internet] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016 [citado 21 Dic 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/LkVmuu>
21. Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003 de 28 mayo. Boletín Oficial del Estado, nº 128, (29/05/2003).
22. Los defensores del Pueblo. Las Urgencias Hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: Derechos y Garantías de los pacientes. [Internet] Defensor del Pueblo; 2015 [citado 31 Dic 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/TVLCsH>
23. Estructuras Básicas de Salud. Real Decreto 137/1984 de 11 de enero. Boletín Oficial del Estado, nº 27, (01/02/1984).
24. Memoria Anual de Actividad del Servicio Madrileño de Salud [Internet] Madrid: Consejería de Sanidad; 2015 [citado 31 Dic 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/Cg9mhV>
25. Barómetro Sanitario 2013 [Internet] Secretaría General de Sanidad y consumo; 2013 [citado 31 Dic 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/fgMX7H>

26. Libro Blanco de la Coordinación Sanitaria en España [Internet] Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 [citado 31 Dic 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/Vzpv82>
27. Encuestas de satisfacción de los usuarios de los Servicios de Asistencia Sanitaria Pública de la Comunidad de Madrid - madrid.org - PortalSalud [Internet]. Madrid.org. 2018 [citado 26 Feb 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/RESZSa>
28. De Almeida Lima C, Prates dos Santos BT, Batista Andrade DL et al. Quality of emergency rooms and urgent care services: user satisfaction. Health economics and management [Internet]. 2015 [citado 28 Mar 2018]; 13(4): 587-593. Disponible en: <https://goo.gl/9W4vox>
29. Abdul Rehman S, Azam Ali P. A review of factors affecting patient satisfaction with nurse led triage in emergency department. Internat Emerg Nursing. [Internet]. 2015 [citado 28 Mar 2018]; (29): 38-44. Disponible en: <https://goo.gl/vt1NYu>
30. Gamella Pizarro C, Sánchez Martos J, González Armengol JJ et al. Impacto de una unidad de atención e información a la familia y los acompañantes del paciente en los servicios de urgencia en la mejora del grado de satisfacción. Emerg. [Internet]. 2014 [citado 28 Mar 2018]; 26 (2): 114-120. Disponible en: <https://goo.gl/HkX88x>
31. García García A, Arévalo Velasco A, García Iglesias MA, Sánchez Barba M, Delgado Vicente MA, Bajo Bajo A et al. Información, comunicación y trato en un servicio de urgencias: evaluación mediante una encuesta de opinión. Rev Cal Asistn. [Internet]. 2015 [citado 28 Mar 2018]; 30 (4): 203-209. Disponible en: <https://goo.gl/R4aHZe>
32. Stiffler KA, Wilber ST. Hallway patients reduce overall emergency department satisfaction. Admin of Emerg Med. [Internet]. 2014 [citado 28 Mar 2018]; 49 (2): 211-216. Disponible en: <https://goo.gl/7LJ2Ly>
33. Forsgårde ES, From Attebring M, Elmqvist C. Powerlessness: dissatisfied patients' and relatives' experience of their emergency department visit. Internat Emerg Nursing. [Internet]. 2016 [citado 28 Mar 2018]; 25: 32-36. Disponible en: <https://goo.gl/8X9oBt>
34. Jennings N, Stuart C, Fox AR. The impact of nurses' practitioner on cost, quality care, satisfaction and waiting times in the emergency department. Internat journal of nurs studies. [Internet]. 2015 [citado 28 Mar 2018]; 52 (1): 421-435. Disponible en: <https://goo.gl/TsFUCS>

35. Silva PL, Paiva L y Bernardes Faria V. Triage in an adult emergency department: patient satisfaction. *Rev esc enferm.* [Internet]. 2016 [citado 28 Mar 2018]; 50 (3): 427-432. Disponible en: <https://goo.gl/sC4WDq>
36. Brito Rodrigues AP, Cavalcante de Lima Ribeiro S, Ribeiro dos Santos AM. Nursing staff's conception of user embracement with risk classification. *Rev enferm.* [Internet]. 2014 [citado 28 Mar 2018]; 8(8):2626-32. Disponible en: <https://goo.gl/PF3UqQ>
37. Toloo GS, Aitken P, Crilly J. Agreement between triage category and patient perception of priority in ED. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* [Internet]. 2016 [citado 28 Mar 2018]; 24(1):126-204. Disponible en: <https://goo.gl/f7NEMR>
38. Unwin M, Kinsman L, Rigby S. Why are we waiting? Patients' perspectives for accessing emergency department services with non-urgent complaints. *Internat Emerg Nursing.* [Internet]. 2016 [citado 28 Mar 2018]; 29: 3–8. Disponible en: <https://goo.gl/EsyAfH>
39. García-Izquierdo M, Ríos-Rísquez MI. Relationship between psychological job stress and burnout in the emergency department: an exploratory study. *Nurs Outlook.* [Internet]. 2012 [citado 28 Mar 2018]; 60 (5): 322-329. Disponible en: <https://goo.gl/eGLwpF>
40. Buffoli M, Bellini E, Dell'Ovo M. Humanisation and soft qualities in emergency rooms. *Ann Ist Super Sanità.* [Internet]. 2016 [citado 28 Mar 2018]; 52 (1): 40-57. Disponible en: <https://goo.gl/U7jAfJ>
41. Messina G, Vencia F, Mecheroni S et al. Factors affecting Patient Satisfaction with emergency department care: an Italian rural hospital. *Glob J Health Sci.* [Internet]. 2014 [citado 28 Mar 2018]; 7 (4):30-9. Disponible en: <https://goo.gl/Q1scvd>
42. McCarthy DM, Engel KG, Buckley BA et al. Talk-time in the emergency department: duration of patient provider conversation during an emergency department visit. *J Emerg Med.* [Internet]. 2014 [citado 28 Mar 2018]; 47(5):513-9. Disponible en: <https://goo.gl/bv7S2w>
43. McCarthy DM, Ellison EP, Venkatesh AK et al. Emergency department team communication with the patient: the patient perspective. *J Emerg Med.* [Internet]. 2013 [citado 28 Mar 2018]; 45(2):262-70. Disponible en: <https://goo.gl/tBvS25>
44. McCarthy DM, Buckley BA, Engel KG et al. Understanding Patient-Provider Conversations: What are we talking about? *Acad Emerg Med.* [Internet]. 2013 [citado 28 Mar 2018]; 20(5):441-8. Disponible en: <https://goo.gl/KxQGoR>

45. Coombs NM, Porter JE, Beauchamp A. ED HOME: Improving educator confidence and patient education in the Emergency Department. *Australas Emerg Nurs J.* [Internet]. 2016 [citado 28 Mar 2018]; 19(3):133-7. Disponible en: <https://goo.gl/TokNUP>
46. Lima Neto AV, Nunes VMA, Fernandes RL et al. Humanization and reception in hospital emergency: conditioning factors under de look of nurses. *Fundam Care.* [Internet]. 2013 [citado 28 Mar 2018]; 5(4):519-28. Disponible en: <https://goo.gl/TfWyA7>
47. Mollaoğlu M, Çelik P. Evaluation of emergency department nursing services and patient satisfaction services. *J Clin Nurs.* [Internet]. 2016 [citado 28 Mar 2018]; 25: 2778–2785. Disponible en: <https://goo.gl/DDfeuN>
48. Levandovki PF, Dias da Silva Lima MA, Marques Acosta A. Patient Satisfaction with nursing care in an emergency department. *Invest Educ Enferm.* [Internet]. 2015 [citado 28 Mar 2018]; 33 (3): 473-481. Disponible en: <https://goo.gl/kWPXX4>
49. Ryan's Rule | Queensland Health [Internet]. *Health.qld.gov.au.* 2018 [citado 7 Abr 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/5f5Mch>
50. Fulbrook P, Jessup M, Kinnear F. Implementation and evaluation of a “Navigator” role to improve emergency department throughput. *Australas Emerg Nurs J.* [Internet]. 2017 [citado 28 Mar 2018]; 20 (3): 114-121. Disponible en: <https://goo.gl/HhD7Ze>
51. 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.* [Internet]. 2016 [citado 28 Mar 2018]; 20 (20): 4209-4219. Disponible en: <https://goo.gl/De4F2L>
52. Patel PB, Combs MA, Vinson DR. Reduction of admit wait times: the effect of leadership-based program. *Acad Emerg Med.* [Internet]. 2014 [citado 28 Mar 2018]; 21(3):266-73. Disponible en: <https://goo.gl/yeCfYy>
53. Parlar Kilic S, Karadag G, Oyucu S et al. Effect of music on pain, anxiety and patient satisfaction in patients who present to the emergency department in Turkey. *Jpn J Nurs Sci.* [Internet]. 2015 [citado 28 Mar 2018]; 12(1):44-53. Disponible en: <https://goo.gl/47U2yZ>
54. McConnell D, McCance T, Melby V. Exploring person-centeredness in ED: a literature review. *Int Emerg Nurs.* [Internet]. 2016 [citado 28 Mar 2018]; 26: 38-46. Disponible en: <https://goo.gl/ZNnC2k>

55. Kraus CK, Marco CA. Shared decision making in the ED: ethical considerations. Am J Emerg Med. [Internet]. 2016 [citado 28 Mar 2018]; 34(8):1668-72. Disponible en: <https://goo.gl/q2HVms>

ANEXO I

Tabla 1: Relación de los resultados bibliográficos ordenados por fecha.

AUTORES	AÑO Y PAIS	OBJETIVO	TIPO DE DISEÑO	MUESTRA	PRINCIPALES RESULTADOS
Fulbrook P. et al (50)	2017 Australia	Se propone la figura de la enfermera de enlace y se evalúa su efectividad.	Ensayo clínico	20000 intervenciones	Todos los resultados mejoraron durante las diez semanas que la enfermera de enlace estuvo trabajando.
Buffoli M et al (40)	2016 Italia	Evaluar, a través de un cuestionario, la humanización, la comodidad percibida y otros problemas críticos para realizar propuestas de mejora.	Estudio descriptivo transversal	-	La aplicación del cuestionario puede brindar la oportunidad de mejorar tanto la calidad del cuidado como la eficiencia del personal en los espacios del departamento de emergencias.
Kraus CK et al (55)	2016 Estados Unidos.	Describir las consideraciones éticas de la “Toma de decisiones compartida” en el servicio de urgencias.	Casos clínicos	3 pacientes.	La “Toma de decisiones compartida” es un componente importante para mantener el equilibrio entre el respeto por la autonomía del paciente y la beneficencia.

AUTORES	AÑO Y PAIS	OBJETIVO	TIPO DE DISEÑO	MUESTRA	PRINCIPALES RESULTADOS
Coombs NM et al (45)	2016 Australia	Mejorar la calidad de la educación sanitaria impartida en el servicio de urgencias mediante el método ED-HOME.	Ensayo clínico	102 enfermeras	La confianza de la enfermera y la autoeficacia mejoraron al utilizar el nuevo formato ED-HOME estructurado.
McConnell D et al (54)	2016 Irlanda	Definir el enfoque centrado en la persona dentro de los servicios de urgencias hospitalarias.	Revisión narrativa	39 artículos revisados	Se identificaron seis temas clave: intervención médico-técnica, cultura de la persona como ser único, entender el viaje emocional del paciente, las relaciones enfermera/doctor, experiencia de cuidado de pacientes y familiares y el ambiente estresante.
Bucci S et al (51)	2016 Italia	Definir los principios y las herramientas <i>Lean Thinking</i> y cómo se pueden aplicar en un servicio de urgencias.	Revisión sistemática	40 artículos revisados	El enfoque centrado en el paciente, el apoyo, la estandarización del trabajo, la asignación de recursos y la adaptación al contexto local parecen ser cruciales.
Toloo GS et al (37)	2016 Australia	Comprender el grado de acuerdo/desacuerdo entre la prioridad percibida del paciente y la categoría de triage real y los factores asociados.	Estudio descriptivo transversal	417 pacientes	Se confirmó la discrepancia entre la percepción de urgencia del paciente y la evaluación del personal de urgencia.

AUTORES	AÑO Y PAIS	OBJETIVO	TIPO DE DISEÑO	MUESTRA	PRINCIPALES RESULTADOS
Unwin M et al (38)	2016 Australia	Analizar la percepción del paciente del acceso a urgencias con problemas no urgentes.	Estudio de descriptivo transversal	5283 pacientes	Los procesos de toma de decisiones de los pacientes estaban influenciados por la conveniencia, la necesidad percibida y la referencia por parte de un proveedor de atención médica.
Mollaoğlu M et al(47)	2016 Turquía	Identificar las características de la práctica enfermera y evaluar la satisfacción de los pacientes que acuden al servicio de urgencias.	Estudio descriptivo transversal	84 pacientes	La satisfacción del paciente se asoció principalmente con la disponibilidad de enfermeras, la educación y atención psicosocial.
Abdul Rehman S et al (29)	2016 Reino Unido	Determinar los factores que afectan a la satisfacción del paciente con el triage a cargo de enfermeras.	Revisión sistemática	18 artículos revisados	Los factores son la atención centrada en el paciente, habilidades de comunicación, habilidad técnica y la disponibilidad de las enfermeras.
Forsgårde ES et al (33)	2016 Suecia	Determinar el significado de la experiencia de insatisfacción de pacientes y familiares en sus visitas al servicio de urgencias.	Estudio cualitativo	6 pacientes	Las experiencias de insatisfacción fueron similares entre pacientes y familiares. Las rondas de enfermería son una forma de disminuir la insatisfacción.

AUTORES	AÑO Y PAIS	OBJETIVO	TIPO DE DISEÑO	MUESTRA	PRINCIPALES RESULTADOS
Silva PL et al (35)	2016 Brasil	Evaluar el grado de satisfacción del paciente con el triage en el servicio de urgencias de un hospital público.	Estudio descriptivo transversal	300 pacientes	Los encuestados reconocieron estar satisfechos con: el tiempo al ser atendidos, la acogida, la confianza que le inspiraba el servicio, el ambiente y la humanización.
De Almeida Lima C et al (36)	2015 Brasil	Evaluar la calidad de las salas de urgencias según la satisfacción de sus usuarios.	Estudio descriptivo transversal	136 usuarios	Existe relación entre la satisfacción del usuario y el tiempo de espera, la confianza en el servicio, el modelo de atención, el motivo para buscar atención, la limpieza y el ambiente confortable.
Stiffler KA et al (32)	2015 Estados Unidos	Evaluar las diferencias entre la satisfacción de los pacientes tratados en salas y los tratados en el pasillo.	Estudio descriptivo transversal	270 pacientes	Los niveles de satisfacción general son menores para los pacientes tratados en las áreas de tratamiento en el pasillo.
García-García A et al (31)	2015 España	Determinar detalles específicos sobre la información, la comunicación y el tratamiento mediante una encuesta telefónica para implementar medidas de mejora.	Estudio descriptivo prospectivo	400 pacientes	La percepción de la atención recibida por los pacientes es buena, mientras que en relación con la información y la comunicación es evidentemente mejorable.

AUTORES	AÑO Y PAIS	OBJETIVO	TIPO DE DISEÑO	MUESTRA	PRINCIPALES RESULTADOS
Jennings N et al (34)	2015 Australia	Determinar el impacto de los servicios de enfermería especializada sobre el costo, la calidad de la atención, la satisfacción y los tiempos de espera en el servicio de urgencias.	Revisión sistemática	14 artículos revisados	El servicio de enfermería de urgencias tiene un impacto positivo en la calidad de la atención, la satisfacción del paciente y los tiempos de espera.
Parlar Kilic S et al (53)	2015 Turquía	Evaluar el efecto de la musicoterapia sobre el dolor, la ansiedad y la satisfacción de los pacientes que acuden al servicio de urgencias.	Estudio de casos y controles	200 pacientes	La musicoterapia tuvo un efecto positivo en términos de reducción de la severidad del dolor y el nivel de ansiedad en los pacientes.
Levandovski PF et al (48)	2015 Brasil	Analizar la satisfacción de los usuarios con los cuidados de enfermería en un servicio de urgencias hospitalarias.	Estudio descriptivo transversal	250 usuarios	Los hallazgos apuntaron a un buen nivel de satisfacción de los usuarios con los cuidados de enfermería, siendo mayor el puntaje en el dominio técnico-profesional.
Messina G et al (41)	2014 Italia	Identificar las áreas de actividad de enfermería de emergencia asociadas con la satisfacción del paciente menor o mayor.	Estudio descriptivo transversal	259 usuarios	Dos características influyen en la satisfacción general: recibir información continua sobre la demora (efecto positivo) y el tiempo de espera (efecto negativo).

AUTORES	AÑO Y PAIS	OBJETIVO	TIPO DE DISEÑO	MUESTRA	PRINCIPALES RESULTADOS
McCarthy DM et al. (42)	2014 Estados Unidos	Evaluar la proporción de tiempo que un paciente pasa conversando con los proveedores de cuidados en su visita al servicio de urgencias.	Estudio observacional	26 encuentros paciente- profesional	Aproximadamente en el 75% del tiempo que pasa un paciente en el servicio de urgencias, no interactúa con el proveedor de cuidados.
McCarthy DM et al (44)	2014 Estados Unidos	Analizar las características de las conversaciones entre pacientes y proveedores de cuidados en los servicios de urgencias.	Estudio observacional	26 encuentros paciente- profesional	La conversación con los pacientes se centró principalmente en dos áreas: información y la construcción de una relación.
Patel PB et al (52)	2014 Estados Unidos	Evaluar el efecto de un programa basado en el liderazgo para agilizar las admisiones hospitalarias.	Estudio observacional prospectivo	76169 pacientes	Un programa basado en el liderazgo se asoció con un aumento en el porcentaje de pacientes ingresados en el hospital en 1 hora y una disminución en el tiempo de abordaje.
Brito Rodrigues AP et al (36)	2014 Brasil	Conocer la concepción del equipo de enfermería sobre Acogimiento con Clasificación de Riesgo (ACCR) y discutir los factores que interfieren en su aplicación.	Estudio cualitativo etnográfico	16 enfermeras	Algunos profesionales poseen conocimiento sobre el protocolo en cuestión y los beneficios del mismo. No obstante, se identificaron dificultades para distinguir: “triage” y “ACCR”

AUTORES	AÑO Y PAIS	OBJETIVO	TIPO DE DISEÑO	MUESTRA	PRINCIPALES RESULTADOS
Gamella Pizarro C et al (30)	2014 España	Evaluar el impacto en el grado de satisfacción, de una unidad de atención a la familia y los acompañantes (FyA).	Estudio quasi experimental	450 pacientes	La información proactiva y periódica, facilitando el acompañamiento al paciente la implantación de una unidad de atención a la familia o acompañantes del paciente mejora de la percepción de la calidad asistencial.
McCarthy DM et al (43)	2013 Estados Unidos	Determinar las percepciones de los pacientes sobre las habilidades de comunicación del equipo.	Estudio descriptivo transversal	226 pacientes	El equipo es respetuoso y permite hablar sin interrupciones, pero los usuarios no están conformes con la participación activa en la toma de decisiones y la resolución de dudas.
Neto AVL et al (46)	2013 Brasil	Identificar los factores que facilitan y dificultan la práctica de la acogida de forma humanizada.	Estudio cualitativo etnográfico	58 enfermeras	Se identificó que la estructura física y los recursos humanos insuficientes dificultan la práctica de la acogida y se destacó la buena voluntad de los profesionales y la clasificación de riesgo.
García-Izquierdo M et al (39)	2012 España	Analizar las asociaciones entre la satisfacción de los pacientes y la percepción del estrés laboral y el agotamiento de los profesionales de enfermería que los atendían.	Estudio descriptivo transversal	148 enfermeras 390 pacientes	Se halló una asociación entre la percepción del estrés de las enfermeras, el agotamiento emocional y el cinismo. La mayor duración de la visita se relacionó con la frecuencia de enfermeras que experimentan estrés.

Fuente: elaboración propia.