

## GRADO EN ENFERMARÍA

Curso académico 2024 - 2025

### TRABAJO FIN DE GRADO

# Humanización en la atención de urgencias. Revisión bibliográfica.

**Carla García Salgueiro**

**Directora: Mónica Aurora Pérez Taboada**

**Junio 2025**

**ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA**

**UNIVERSIDAD DE A CORUÑA**

## ÍNDICE

<b>1. RESUMEN.....</b>	<b>3</b>
1.1. Resumen .....	3
1.2. Resumo .....	4
1.3. Abstract.....	5
<b>2. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>6</b>
2.1. Humanización de la asistencia sanitaria .....	6
2.1.1. Definición .....	6
2.1.2. Principios de la humanización en la atención sanitaria .....	7
2.1.3. Historia de la humanización de la asistencia sanitaria .....	8
2.1.4. Antecedentes en España .....	9
2.2. Humanización en los Servicios de Urgencias Hospitalarias.....	10
2.2.1. Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) .....	10
2.2.2. Situación actual en España.....	11
2.2.3. Factores que favorecen a la deshumanización en los SUH .....	12
2.2.4. Estrategias para implementar y garantizar la humanización de los cuidados en los SUH .....	14
<b>3. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>17</b>
<b>4. DEFINICIÓN DE OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
4.1. Objetivo general:.....	18
4.2. Objetivos específicos:.....	18
<b>5. METODOLOGÍA .....</b>	<b>18</b>
5.1. Tipo de estudio .....	18
5.2. Pregunta de investigación .....	18
5.3. Período de estudio.....	19
5.4. Localización de estudios y términos de búsqueda .....	19
5.5. Estrategias de búsqueda y recursos empleados .....	21
5.5.1. Bases de datos empleadas .....	21
5.5.2. Otros recursos electrónicos .....	21
5.5.3. Diagrama de selección de artículos.....	23
5.6. Criterios de inclusión y exclusión .....	25
<b>6. RESULTADOS.....</b>	<b>26</b>
6.1. Artículos seleccionados .....	26
6.2. Evaluación de calidad de los artículos .....	29
6.3. Descripción de los artículos seleccionados .....	30

<b>7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....</b>	<b>40</b>
<b>8. DISCUSIÓN.....</b>	<b>41</b>
<b>9. CONCLUSIONES .....</b>	<b>44</b>
<b>10. GLOSARIO DE TÉRMINOS .....</b>	<b>45</b>
<b>11. ABREVIATURAS .....</b>	<b>45</b>
<b>12. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>46</b>
<b>13. ANEXOS.....</b>	<b>49</b>
<b>Anexo I. Líneas estratégicas para la humanización del SUH.....</b>	<b>49</b>
<b>Anexo II. Niveles de evidencia y grados de recomendación de SIGN (Scottish     Intercollegiate Guidelines Network) .....</b>	<b>50</b>

## 1. RESUMEN

### 1.1. Resumen

**Introducción:** En los últimos años, la humanización de la atención sanitaria ha emergido como una prioridad fundamental, especialmente en los Servicios de Urgencias Hospitalarias, ya que son áreas altamente frecuentadas, con una casuística muy variada y que destacan por su gran ritmo de trabajo.

**Objetivo:** Analizar mediante una revisión bibliográfica la evidencia científica existente sobre la humanización en los servicios de urgencias, con el fin de identificar los factores que dificultan su alcance y las estrategias efectivas para mejorar la experiencia del paciente y el bienestar del personal sanitario.

**Metodología:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Dialnet, LILACS y CINAHL. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, finalmente se seleccionaron 9 artículos para la ejecución de esta revisión.

**Discusión:** Los autores analizan y exponen los múltiples factores que impiden servicios de urgencias humanizados como la sobrecarga laboral y a falta de recursos. La enfermería destaca como eje central en la mejora del trato humanizado, aunque persisten limitaciones estructurales y organizativas.

**Conclusión:** La humanización en urgencias es un reto prioritario con avances institucionales aún limitados a la práctica. Las enfermeras juegan un papel clave en su implementación, pero persisten barreras. Aunque se observa un impacto positivo en la experiencia del paciente, aún faltan estudios actuales que demuestren su efecto clínico directo.

**Palabras clave:** Humanización, atención sanitaria, servicios de urgencias hospitalarias, cuidados de enfermería.

## 1.2. Resumo

**Introdución:** Nos últimos anos, a humanización da atención sanitaria converteuse nunha prioridade nos Servizos de Urgencias Hospitalarias, xa que son áreas moi frecuentadas, cunha casuística moi variada e caracterizadas por un ritmo de traballo elevado.

**Obxectivo:** Analizar mediante unha revisión bibliográfica a evidencia científica existente sobre a humanización nos servizos de urgencias, co fin de identificar os factores que dificultan o seu alcance e as estratexias eficaces para mellorar a experiencia do paciente e o benestar do persoal sanitario.

**Metodoloxía:** Realizouse unha busca bibliográfica nas bases de datos PubMed, Dialnet, LILACS e CINAHL. Tras aplicar os criterios de inclusión e exclusión, seleccionáronse finalmente 9 artigos para a realización desta revisión.

**Discusión:** Os autores analizan e exponen os múltiples factores que dificultan unha atención humanizada nos servizos de urgencias, como a sobrecarga laboral e a falta de recursos. A enfermaría destaca como eixo central na mellora do trato humanizado, aínda que persisten limitacións estruturais e organizativas.

**Conclusión:** A humanización en urgencias é un reto prioritario, con avances institucionais aínda limitados na práctica. As enfermeiras desempeñan un papel clave na súa implementación, pero persisten barreiras. Aínda que se observa un impacto positivo na experiencia do paciente, faltan estudos actuais que demostren o seu efecto clínico directo.

**Palabras clave:** Humanización, atención sanitaria, servizos de urgencias hospitalarias, coidados de enfermería.

### 1.3. Abstract

**Introduction:** In recent years, the humanization of healthcare has emerged as a key priority, especially in Hospital Emergency Services, as these are highly frequented areas with a wide variety of cases and a fast-paced working environment.

**Objective:** To analyze, through a literature review, the existing scientific evidence on humanization in emergency services, in order to identify the factors that hinder its implementation and the effective strategies to improve patient experience and healthcare staff well-being.

**Methodology:** A literature search was conducted in the PubMed, Dialnet, LILACS, and CINAHL databases. After applying inclusion and exclusion criteria, a total of 9 articles were selected for this review.

**Discussion:** The authors analyze and highlight the multiple factors that hinder a humanized emergency service, such as work overload and lack of resources. Nursing stands out as a central component in improving humanized care, although structural and organizational limitations remain.

**Conclusion:** Humanization in emergency services is a priority challenge, with institutional advances still limited in practice. Nurses play a key role in its implementation, but barriers persist. Although a positive impact on patient experience is observed, current studies demonstrating its direct clinical effect are still lacking.

**Keywords:** Humanization, healthcare, hospital emergency services, nursing care.

## 2. INTRODUCCIÓN

### 2.1. Humanización de la asistencia sanitaria

#### 2.1.1. Definición

La Real Academia Española (RAE) define **humanizar** como “*hacer humano, familiar y afable a alguien o algo*” lo que implica dotar a una persona de cualidades humanas, volviéndola más accesible y amable. La segunda definición que ofrece es “*ablandarse, desenojarse, hacerse benigno*”, se refiere a un cambio en la disposición, en el ánimo, donde una persona actúa con mayor sensibilidad y adopta una buena actitud<sup>1</sup>.

Diferentes autores han profundizado en este concepto a lo largo de los años y lo han aplicado al ámbito de la salud, donde la humanización es inherente a la acción sanitaria<sup>2</sup>. En este contexto, el concepto de **humanización** suele hacer referencia al abordaje integral de la persona, es decir su extensión holística, donde interactúan las dimensiones biológica, psicológica, social y conductual. Desde esta perspectiva se debe otorgar igual importancia a las necesidades sociales, emocionales y psicológicas que a las físicas<sup>3</sup>.

Afirmar y defender que la atención sanitaria debe ser humanizada, puede parecer algo retórico, redundante y hasta innecesario, ya que son personas tanto quienes la ofrecen como quienes la reciben y que el acto de asistencia sanitaria por definición ya es meramente humano. Sin embargo, el concepto de **humanización de la asistencia sanitaria** implica acercarse al paciente desde una perspectiva integral de lo científico y lo humano centrándose en la persona y la familia e involucrando a todos los profesionales sanitarios y a las estructuras donde desarrollan su labor<sup>2</sup>.

Los **profesionales de enfermería**, como figura de referencia en esta revisión, juegan un papel fundamental en la prestación de cuidados humanizados. Su trabajo aborda una atención de calidad y centrada en la persona. Además, los cuidados enfermeros implican un proceso interpersonal entre el paciente y el profesional donde la comunicación es un elemento clave, y esto es, precisamente lo que diferencia a esta profesión del resto. Este vínculo cercano y constante con el paciente favorece un entorno de confianza y seguridad. En términos comparativos, donde la intervención de otros profesionales puede ser más puntual, la enfermera se caracteriza por una presencia continua, participando activamente en el proceso de enfermedad del paciente y su familia. Por lo tanto, es esencial para mejorar la humanización de los cuidados en salud.

### 2.1.2. Principios de la humanización en la atención sanitaria

La humanización es un deber ético que ayuda a proteger la dignidad humana, alineándose con los principios bioéticos y las normas deontológicas que rigen la práctica sanitaria. Las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. El **respeto a los derechos humanos** es inherente a la profesión enfermera, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto<sup>4</sup>.

Para guiar una atención sanitaria humanizada se han definido los siguientes principios: trato con dignidad y respeto; fomentar la autonomía del paciente; accesibilidad y equidad; confidencialidad y privacidad; comunicación efectiva; acompañamiento y apoyo por parte de la familia y los profesionales; una atención integral; bienestar del profesional sanitario; participación del paciente y su familia; y, por último, el compromiso institucional, integrando así la humanización en todos los niveles.<sup>5</sup>

Estos principios garantizan que la atención no sea solo técnica y eficiente, sino también humanizada, compasiva y centrada en las necesidades de cada paciente<sup>5</sup>.

### 2.1.3. Historia de la humanización de la asistencia sanitaria

Durante la antigüedad, las explicaciones del proceso salud-enfermedad eran de carácter mágico y religioso. No es hasta el siglo V con Hipócrates cuando los primeros estudios comienzan a comprender las causas naturales de la enfermedad e introducen los principios éticos en la medicina con el *Juramento Hipocrático*, promoviendo la beneficencia y el respeto a los pacientes<sup>6</sup>.

En la Edad Media se menciona por primera vez la palabra “*humanitas*” que hacía referencia a ciertos comportamientos humanos considerados ejemplares. En el siglo XIX el vocablo “*humanidad*” equivaldría a civilización o cultura<sup>6</sup>. Históricamente, “*humanitas*” se usó a lo largo de la Edad Media para abordar un movimiento filosófico, poético, jurídico, político y artístico de los griegos y romanos, en contraposición a la actitud teocéntrica. A finales de la Edad Media nace el plural “*humanidades*” usado por Ortega con una doble acepción: los fenómenos humanos que se investigan y las propias investigaciones<sup>6</sup>.

Desde la disciplina de enfermería, **Florence Nightingale** es considerada la precursora de la Enfermería Moderna y una de las figuras más influyentes en la humanización del cuidado. Implementó una serie de cambios como las medidas de higiene, ventilación y saneamiento que revolucionaron la atención sanitaria logrando reducir la mortalidad. Su enfoque holístico incluyó también el bienestar emocional de los pacientes, fomentando la luz natural, la alimentación adecuada y el acompañamiento empático. Sus ideas y aportes han influido en modelos más actuales como el de Jean Watson<sup>7</sup>.

En el siglo XX, **Margaret Jean Watson** formuló la **Teoría del Cuidado Humano**. El modelo hace un llamamiento a los profesionales de enfermería a transformar el sistema de salud, mediante un cuidado basado en la ética y los valores, restaurando así el espíritu humano para la persona cuidada y para la que cuida<sup>7</sup>.

#### 2.1.4. Antecedentes en España

La Constitución Española de 1978, en su artículo 43, reconoce el derecho de los ciudadanos a la **protección de la salud**, lo que sentó las bases para la transformación del sistema sanitario en un modelo centrado en la persona<sup>8</sup>.

La humanización de los cuidados surge en 1984 con la creación del “**Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria**”, impulsado por el Instituto Nacional de Salud (INSALUD) y respaldado por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Este plan surgió en el contexto de la Reforma Sanitaria y tenía como objetivo mejorar la calidad de la atención hospitalaria a todos los niveles, poniendo el foco en la humanización de la atención, promoviendo la participación de los pacientes y garantizando sus derechos. En el marco de este plan, se adoptó la “Carta de los Derechos y Deberes de los Pacientes”, que incluyó principios como la no discriminación, el derecho a la información sobre el diagnóstico y la posibilidad de rechazar un tratamiento<sup>9</sup>.

En el año 1989, España estableció el Sistema Nacional de Salud (SNS), un sistema de atención médica público y universal que brinda cobertura a todos los ciudadanos. El SNS se basa en los principios de equidad, universalidad y solidaridad, y se rige por la Ley General de Sanidad de 1986<sup>9</sup>.

En 2002, se llevó a cabo la transferencia de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas (CC. AA). Este proceso de descentralización tuvo especial influencia en el desarrollo de la humanización en España, donde su promoción y desarrollo pasó a depender de cada C.A que lo hicieron con distintas prioridades y tiempos<sup>9</sup>.

## 2.2. Humanización en los Servicios de Urgencias Hospitalarias

### 2.2.1. Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la “**urgencia**” como: *“la aparición fortuita o inesperada, en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera una consciencia o necesidad inminente de atención por parte del sujeto que la sufre o de su familia”*<sup>10</sup>.

Es importante saber la diferencia entre “urgencia” y “emergencia”<sup>10</sup>:

- *Urgencia*: situación que no amenaza de forma inminente la vida del enfermo, ni hace peligrar ninguna parte vital de su organismo o si lo hace es en el transcurso de varias horas.
- *Emergencia*: situación que hace peligrar de manera inminente la vida del enfermo por lo que debe recibir atención sanitaria lo más precoz posible.

El SUH es un servicio abierto, ubicado en el hospital y especializado en la atención de toda la población que demanden asistencia urgente, con capacidad para ordenar su ingreso en una planta de hospitalización, trasladarlo a otro nivel asistencial o proceder a su alta al domicilio<sup>11</sup>.

Entre las características de un SUH se encuentra una cobertura asistencial las 24 horas del día, los 365 días del año. Requiere una disponibilidad continua, integrada y proyectada hacia el lugar de la demanda de atención. Además de cubrir a todos los ciudadanos, dispone de equipos multidisciplinares y

altamente cualificados, y su marco de actuación se centra, principalmente, en pacientes agudos y graves<sup>11</sup>.

Cabe destacar que los SUH son unidades de gran demanda y alta complejidad, con una diversidad de casos. Su diseño y funcionamiento están orientados principalmente en los aspectos físicos del paciente, dejando en segundo plano las necesidades psicológicas, sociales y espirituales tanto del paciente y su familia, como de los profesionales. Esta forma de atención puede estar influida por el ritmo intenso de trabajo, la complejidad de los procedimientos, la dependencia de la tecnología y el elevado número de pacientes, lo que puede favorecer a una atención deshumanizada<sup>12</sup>.

### 2.2.2. Situación actual en España

Según los datos más recientes del Ministerio de Sanidad, en 2023 se registraron cerca de 24,9 millones de atenciones en los SUH del Sistema Nacional de Salud (SNS). De estas, aproximadamente un 10,3% derivaron en ingresos hospitalarios, lo que confirma que las urgencias continúan siendo una de las principales vías de acceso al hospital<sup>13</sup>.

Por su parte, el Instituto Nacional de Estadística (INE) refleja, el porcentaje de utilización del servicio de urgencias en los últimos 12 meses según grupo de edad. En este sentido, el 20,5% son personas entre 65 y 74 años; el 25,81% entre 75 y 84 años; y el 30,68% son personas mayores de 84 años<sup>14</sup>. Este perfil de paciente suele presentar enfermedades crónicas y, en numerosos casos, necesidades sociales complejas que requieren una atención integral que, en ocasiones, no puede ofrecerse adecuadamente debido a las limitaciones estructurales y organizativas del sistema.

Respecto a la percepción de la ciudadanía, el Barómetro Sanitario 2024 del Ministerio de Sanidad indica que el 76% de las personas que utilizaron los SUH del SNS valoraron positivamente la atención recibida. No obstante, pese a que la valoración ha mejorado respecto a 2023 (75,2%), es el más bajo entre los servicios de la sanidad pública<sup>15</sup>. Esta situación evidencia la existencia de áreas susceptibles de mejora, como los tiempos de espera y la coordinación interprofesional.

### 2.2.3. Factores que favorecen a la deshumanización en los SUH

La **deshumanización de la asistencia sanitaria** se define como la reducción del paciente a un objeto de atención médica, eliminando la dimensión subjetiva de su experiencia. Según Gafo J., la deshumanización ocurre cuando la atención sanitaria se centra exclusivamente en la enfermedad y procedimientos técnicos, dejando de lado las emociones y la individualidad del paciente. En el ámbito de enfermería, este fenómeno se traduce en falta de empatía, una comunicación deficiente y un cuidado mecanizado<sup>16</sup>.

En los SUH este fenómeno impacta directamente en la calidad del cuidado de los pacientes, donde se ve condicionada por diversos factores que no permiten un cuidado humanizado, se reportó que los que más influyen son:

- **Predominio del enfoque biomédico sobre el modelo holístico:** actualmente la asistencia sanitaria se enmarca en un modelo predominantemente biomédico, altamente tecnificado y fragmentado, que es capaz de dar respuesta eficazmente a la dimensión física de la salud, pero que parece insuficiente en la respuesta a aspectos psicológicos, sociales, emocionales y espirituales generando experiencias negativas e insatisfacción en los pacientes<sup>17</sup>.

- **Comunicación deficiente:** debido a la alta carga laboral y a la dinámica acelerada de los SUH, pueden dificultar la escucha activa y la transmisión de información clara<sup>18</sup>.
- **Tiempos de espera prolongados:** la demora de la atención genera ansiedad y malestar en los pacientes, contribuyendo a una percepción negativa del servicio y a la sensación de ser desatendidos por parte del personal de enfermería. Este escenario, sumado a la urgencia de atender múltiples casos simultáneamente, genera interacciones apresuradas y poco empáticas<sup>19</sup>.
- **Falta de formación en habilidades psicosociales:** diversos estudios han identificado carencias en la formación de enfermeros sobre habilidades blandas<sup>19</sup>.
- **Sobrecarga asistencial y recursos limitados:** la alta demanda de los SUH, junto con la incongruencia entre los deberes a realizar por parte de los enfermeros y el escaso tiempo para ejecutarlos, impide dedicarles tiempo a los pacientes. Esta situación genera estrés debido a la posibilidad de no terminar todas las actividades al finalizar el turno<sup>20</sup>.
- **Condiciones laborales desfavorables:** las jornadas laborales extensas, el estrés y agotamiento del profesional disminuyen la capacidad de los profesionales para ofrecer una atención humanizada, influyendo negativamente en su bienestar y en la calidad del servicio<sup>20</sup>.
- **Diseño inadecuado de la estructura física:** la falta de privacidad en los espacios de atención, el ruido excesivo y la insuficiente posibilidad de zonas de confort para los pacientes y familiares afectan a la calidad del cuidado<sup>19</sup>.

Para que las enfermeras puedan desempeñar un rol central en la humanización de los SUH, es necesario abordar estos factores mediante estrategias institucionales y organizativas.

#### 2.2.4. Estrategias para implementar y garantizar la humanización de los cuidados en los SUH

En España, algunas comunidades autónomas se han hecho eco de esta necesidad y han elaborado diferentes planes de humanización. También varios autores han propuesto diferentes estrategias o modelos para humanizar la asistencia sanitaria. Destaca el modelo del Proyecto de Humanización de las Unidades de Cuidados Intensivos (HUCI). En el contexto de los Servicios de Urgencias Hospitalarias, se crea el grupo para la humanización de los SUH (**HURGENCIAS**), que elaboró un manual de buenas prácticas de humanización de los SUH. Existen siete líneas estratégicas, que promueven la implantación de la humanización de los cuidados en los SUH<sup>17</sup> (Anexo I):

- **Línea 1. SUH con flexibilización en el acompañamiento: presencia y participación de las personas cuidadoras y familiares en los cuidados**<sup>17</sup>: busca valorar el impacto emocional y psicosocial en el paciente, la familia y el equipo asistencial (PFE), así como favorecer herramientas para su detección. En situaciones de vulnerabilidad, el paciente puede presentar ansiedad, agitación, inquietud... pudiendo suponer ciertos riesgos. Su bienestar mejora significativamente con el contacto personal cercano y permanente. Los beneficios se observan tanto en la etapa aguda como en la recuperación: mejora la ansiedad y los trastornos psicosociales del paciente, reduce la labilidad emocional, la dependencia y conductas de agresión o autoagresión. Se subraya la necesidad de proteger la participación de pacientes y familiares en la toma de decisiones, bien con el Consentimiento Informado (CI) u otras herramientas alternativas<sup>21</sup>.
- **Línea 2. Comunicación**<sup>17</sup>: Se debe facilitar la información mediante elementos que permitan una comunicación adecuada, efectiva y empática con los pacientes, familiares y cuidadores ya que, si son informados, escuchados, acompañados, y con la percepción de ser

atendidos, se empoderan para gestionar el proceso, colaborando y facilitando la labor profesional. De manera contraria, la incomunicación genera conflictos. La comunicación PFE debe ser estructurada, personalizada, dirigiéndonos al paciente por su nombre, presentándonos, preservando su intimidad, usando un lenguaje comprensible e integrando a la familia. Además, debe garantizarse el traspaso correcto de la información relevante entre profesionales del SUH y otras áreas, fomentando el trabajo en equipo<sup>21</sup>.

- **Línea 3. Bienestar del paciente**<sup>17</sup>: acudir a un SUH suele ser una experiencia no deseada, con temores e incertidumbres que afectan a la dimensión humana. Por ello, es necesario un enfoque holístico y protocolizado que atienda las necesidades del paciente, asegure su acompañamiento y reevaluación periódica, con apoyo psicológico y preservando su dignidad en las salas de espera y observación. En cuanto al bienestar físico, se deben promover medidas que disminuyan las molestias, agilicen ingresos, establezcan tiempos máximos de estancia en observación, protocolos de sedoanalgesia, triaje, contención mecánica, deambulación o cambios posturales. A nivel psicológico, informar al paciente, fomentar el uso de entretenimiento (lectura, radio...) y ofertar atención psicológica “in situ”. A nivel ambiental, se debe promover el ritmo vigilia-sueño y el descanso nocturno controlando el ruido ambiental o la temperatura, por ejemplo<sup>21</sup>.
- **Línea 4. Cuidados al profesional**<sup>17</sup>: los profesionales del SUH se ven expuestos a factores como la presión asistencial, la variabilidad de horarios, el trabajo nocturno, la convivencia diaria con el sufrimiento humano, las instalaciones inapropiadas... pudiendo provocar desgaste profesional, que a su vez genera agotamiento físico y psicológico o emocional, actitud fría y despersonalizada con los demás. El objetivo no es solo tratar el síndrome de desgaste sino prevenirlo mediante formación específica, evaluación periódica y herramientas validadas.

Para poder prestar cuidados humanizados, es esencial que el personal tenga buenas condiciones laborales, físicas y psicológicas<sup>21</sup>.

- **Línea 5. Pacientes vulnerables en los SUH<sup>17</sup>:** por su condición, deben ser identificados y abordados de forma individual, diferenciada e integral para una atención digna. Se incluye el paciente frágil, dependiente, con problemas sensoriales, de comunicación, cognitivos o motores crónicos, con barreras en el idioma, niños o mayores de 65 años, víctimas de malos tratos, o con problemática social o mental. Los profesionales deben identificar activamente a los pacientes vulnerables desde el triaje, y realizar una valoración más específica desde el área de observación. Además de las enfermeras, la Unidad de Trabajo Social (UTS) garantiza una atención sociosanitaria al alta si se precisara<sup>21</sup>.
- **Línea 6. Cuidados al final de la vida<sup>17</sup>:** los sanitarios deben ayudar a un final de vida digno. En los SUH se puede indagar sobre sus valores e ir dejando constancia de ello en su historia clínica. Es esencial respetar el registro de sus voluntades vitales anticipadas, asegurando su autonomía. Los profesionales deben acompañar al paciente y a su familia ofertando los mejores cuidados paliativos<sup>21</sup>.
- **Línea 7. Infraestructura humanizada<sup>17</sup>:** el entorno físico del SUH debe facilitar, junto con la mejoría del motivo de consulta, el cuidado del estado físico y psicológico de pacientes, profesionales y familiares. Por lo tanto, deben crearse espacios que unan técnica, calidad humana y confort. Un diseño adecuado puede reducir errores y mejorar los resultados. Se debe garantizar la privacidad y orientación del paciente, evitando que la falta de intimidad y la alteración del ritmo circadiano generen incomodidad, agitación o delirium. Se promueven políticas flexibles para la distracción y la reducción de factores estresantes como el ruido o mobiliario poco ergonómico. También se deben habilitar espacios privados para familias y áreas ergonómicas y de descanso para el personal<sup>21</sup>.

### 3. JUSTIFICACIÓN

La falta de humanización en los cuidados, técnicas e intervenciones que se llevan a cabo en los SUH es un actual problema que afecta a la calidad de la atención sanitaria y, como consecuencia, a la experiencia global del paciente. El ritmo acelerado, la alta presión asistencial y el avance tecnológico son factores que pueden contribuir a una atención más mecanizada, dejando a un lado las necesidades emocionales y humanas del paciente. Este escenario, no solo afecta a los pacientes y a sus familiares sino también a los profesionales sanitarios, quienes trabajan bajo situaciones de alta demanda y sobrecarga laboral.

La humanización de la atención en urgencias no es solo una necesidad ética, sino también una estrategia clave para mejorar la experiencia del paciente y optimizar los resultados en salud. Asimismo, la implementación de estrategias de humanización contribuye al bienestar del personal sanitario, fomentando un entorno laboral más saludable y efectivo.

En esta revisión bibliográfica, se pretende profundizar sobre la importancia de la humanización en los SUH, destacando el papel de la enfermería debido al contacto directo y continuo que tiene con los pacientes. Se analizarán los factores que impiden o dificultan servicios de urgencias humanizados, así como las principales estrategias y medidas que pueden implementarse para garantizar una atención holística, centrada en la persona.

## 4. DEFINICIÓN DE OBJETIVOS

### 4.1. Objetivo general:

- Analizar la literatura científica actual acerca de la importancia de la humanización en los servicios de urgencias y los factores que dificultan su alcance, identificando estrategias efectivas para mejorar la calidad asistencial y el bienestar del personal sanitario.

### 4.2. Objetivos específicos:

- Identificar los principales factores que impiden servicios de urgencias humanizados.
- Analizar las estrategias y buenas prácticas propuestas en la literatura para mejorar la calidad de los cuidados desde un enfoque humanizado.
- Evaluar el impacto de la humanización en la experiencia del paciente y en el bienestar del personal sanitario.

## 5. METODOLOGÍA

### 5.1. Tipo de estudio

Se llevó a cabo una **revisión bibliográfica** de la evidencia científica actual sobre la humanización de la atención en el Servicio de Urgencias.

### 5.2. Pregunta de investigación

Este estudio propone la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué factores dificultan la humanización en los Servicios de Urgencias Hospitalarias y qué estrategias pueden implementarse para favorecer la humanización y la mejora en la calidad asistencial en este servicio?

Para responder a esta pregunta, se emplea la metodología PICO (Tabla I):

Tabla I. Pregunta PICO

<b>P</b>	<b>Paciente</b>	Pacientes que acuden al servicio de urgencias.
<b>I</b>	<b>Intervención</b>	Implementación de estrategias de humanización en los cuidados.
<b>C</b>	<b>Comparación</b>	Atención sin enfoques específicos de humanización en los SUH.
<b>O</b>	<b>Resultado</b>	La implementación de mejoras en humanización aumenta la calidad asistencial.

Fuente: Elaboración propia

### 5.3. Período de estudio

La búsqueda abarca principalmente artículos desde 2020 hasta 2025. Sin embargo, se incluyeron dos artículos de 2019 debido a su alta relevancia y aporte significativo al tema analizado.

### 5.4. Localización de estudios y términos de búsqueda

Se llevó a cabo la búsqueda bibliográfica en las distintas fuentes a través de lenguaje natural y lenguaje controlado, específicamente los términos Medical Subject Headings (MeSH) y Descriptores en Ciencias de la Salud (DeSC). Es un vocabulario estructurado creado por BIREME para la indización y recuperación de información científica en fuentes como LILACS y MEDLINE. Basado en el MeSH de la *Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos*, su objetivo es facilitar la búsqueda multilingüe, utilizando una terminología común para acceder a literatura científica en diversos idiomas.

El DeCS forma parte de la metodología de la *Biblioteca Virtual en Salud* (BVS) y contribuye al desarrollo del sistema de terminología unificada *Unified Medical Language System* (UMLS) de la *National Library of Medicine* (NLM), actualizando los términos en español y portugués. Los conceptos que componen el DeCS/MeSH son organizados en una estructura jerárquica permitiendo búsquedas amplias o precisas según sea necesario.

La siguiente tabla (Tabla II) detalla los términos MeSH y DeSC empleados en este trabajo:

Tabla II. Términos de búsqueda

DeCS	MeSH
Enfermería de urgencias	Emergency Nursing
Servicio de Urgencias, Hospital	Emergency Service, Hospital
Servicios médicos de emergencia	Emergency Medical Services
Humanismo	Humanism
COVID-19	COVID-19
SARS-CoV-2	SARS-CoV-2

*Fuente: Elaboración propia*

Además, se emplearon **palabras clave** relacionadas con el tema de estudio, concretamente: “Emergency Nursing”, “Emergency Service, Hospital”, “Emergency Medical Services”, “Emergenc\*” (utilizando truncamiento, el \* sustituye cero o más caracteres), “Nursing care”, “Humanism”, “Humanization”, “Humanizing”, “Humanization care”, “COVID-19” y “SARS-CoV-2”.

En la estrategia de búsqueda bibliográfica, se utilizaron todos los **operadores booleanos** esenciales para optimizar los resultados: AND, OR, NOT.

- AND: Operador de intersección. Restringe la búsqueda a referencias que contengan ambos términos.
- OR: Operador de ampliación. Amplia la búsqueda a referencias que contengan cualquiera de los términos.
- NOT: Operador de exclusión. Este último permitió excluir los artículos relacionados con el COVID-19 y SARS-CoV-2, ajustando los resultados a los criterios de revisión.

## 5.5. Estrategias de búsqueda y recursos empleados

### 5.5.1. Bases de datos empleadas

Para el desarrollo de la información, se realizó búsqueda en las principales bases de datos de ciencias de la salud: Pubmed, Dialnet, LILACS y CINAHL.

- **Pubmed (PMC):** Base de datos, de acceso libre creada por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (NML), especializada en biomedicina y salud. Proporciona referencias bibliográficas de artículos científicos revisados por pares.
- **Dialnet:** Portal bibliográfico centrado en Ciencias Humanas, Jurídicas y Sociales dando una mayor visibilidad a la literatura científica hispana.
- **LILACS:** Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, es un índice bibliográfico que recopila e indexa la producción científica y técnica en el ámbito de la salud. Está gestionada por BIREME/OPS/OMS.
- **CINAHL:** Cumulative Index of Nursing and Allied Literature Complete, es una base de datos diseñada para responder a las necesidades de los profesionales de la salud.

### 5.5.2. Otros recursos electrónicos

- **Scielo:** Repositorio multidisciplinario creado por BIREME que proporciona acceso libre a revistas científicas de calidad. Promueve la difusión científica en diversas áreas del conocimiento.

La Tabla III recoge las estrategias de búsqueda empleadas en cada base de datos consultada, así como los resultados obtenidos:

**Tabla III. Estrategias de búsqueda**

<b>PUBMED</b>	
<b>Consulta:</b> (((“Emergency Nursing”[Mesh] OR “Emergency Service, Hospital”[Mesh] OR “Emergency Medical Services”[Mesh] OR Emergenc* [tiab]) AND (“Emergency Nursing”[Mesh] OR “Emergency Nursing”[tiab] OR “Nursing care” [tiab])) AND (“Humanism”[Mesh] OR Humanism [tiab] OR Humanization [tiab] OR “Humanization care” [tiab] OR Humanizing [tiab])) NOT (“COVID-19”[Mesh] OR “SARS-CoV-2”[Mesh] OR COVID-19 [tiab] OR COVID19 [tiab] OR SARS-CoV-2 [tiab])	
<b>Filtros:</b> Fecha de publicación: 2019 – 2025; Edad: adultos	
Resultados: 4	<b>Selección final: 1</b>
<b>DIALNET</b>	
<b>Consulta:</b> humanización y urgencias	
<b>Filtros:</b> Fecha de publicación: 2020 - 2025	
Resultados: 26	<b>Selección final: 3</b>
<b>Consulta:</b> humanization AND emergency nursing	
<b>Filtros:</b> Fecha de publicación: 2020 - 2025	
Resultados: 4	<b>Selección final: 1</b>
<b>CINAHL</b>	
<b>Consulta:</b> humanization AND emergency AND nurse NOT covid-19	
<b>Filtros:</b> Fecha de publicación: 2020 - 2025	
Resultados: 5	<b>Selección final: 2</b>
<b>LILACS</b>	
<b>Consulta:</b> (humanization) AND (emergency nursing) AND NOT (covid19) AND instance:"lilacsplus"	
<b>Filtros:</b> Fecha de publicación: 2020 - 2025	
Resultados: 97	<b>Selección final: 1</b>
<b>SCIELO</b>	
<b>Consulta:</b> (humanization) AND (emergency nursing) AND NOT (COVID19)	
<b>Filtros:</b> Fecha de publicación: 2020 - 2025	
Resultados: 1	<b>Selección final: 0</b>
<b>Filtros:</b> Fecha de publicación: 2019 - 2025	
Resultados: 30	<b>Selección final: 1</b>

*Fuente: Elaboración propia*

### 5.5.3. Diagrama de selección de artículos

La estrategia de búsqueda bibliográfica se ha desarrollado en distintas fases con el objetivo de identificar los estudios más relevantes para la elaboración de esta revisión. El proceso se presenta de forma esquemática en la “*Figura I. Diagrama de flujo*”.

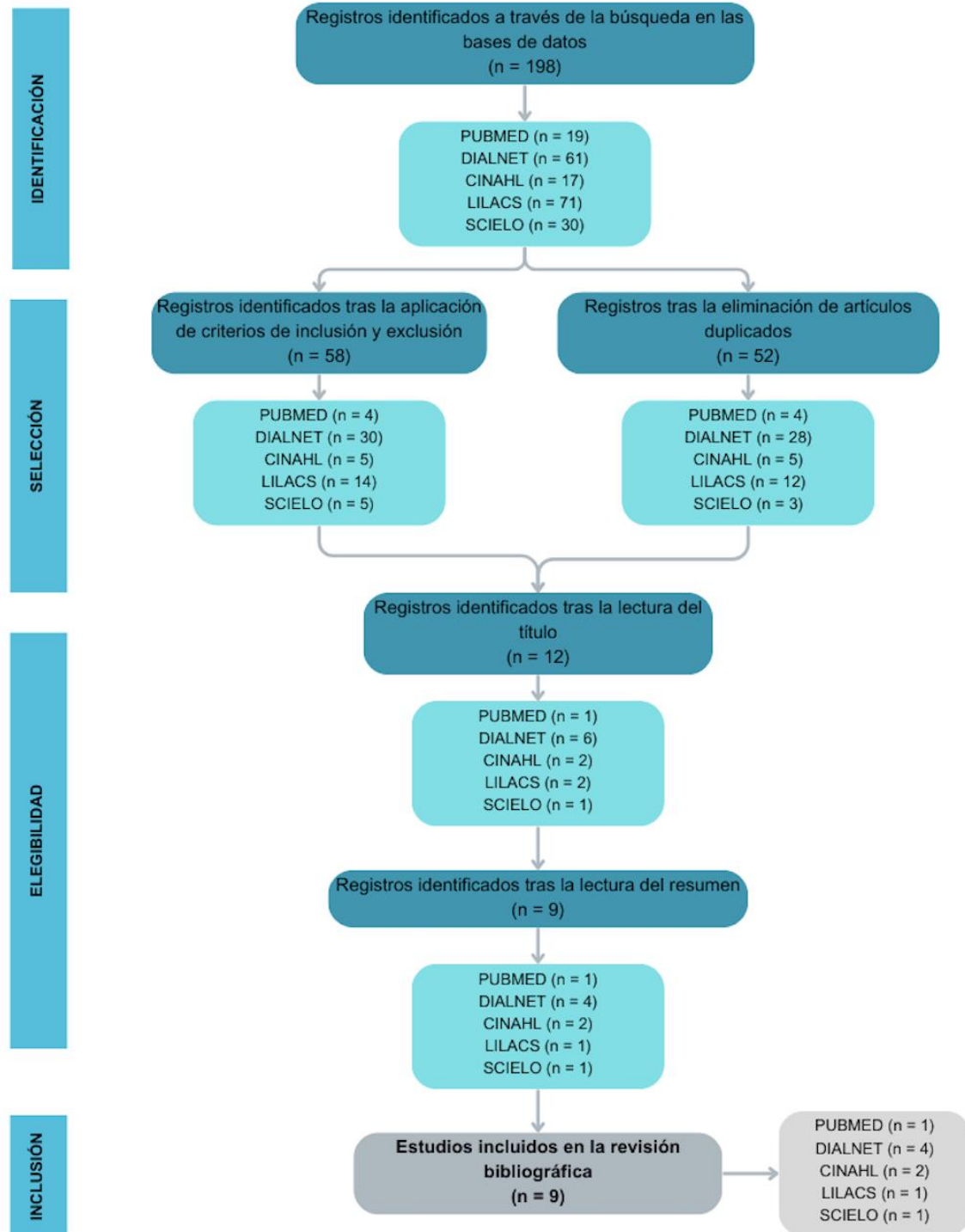
En la primera etapa, **identificación**, se aplicaron diversas estrategias de búsqueda, recogidas en la Tabla III, a diferentes bases de datos científicas. Se obtuvo un total de 198 artículos distribuidos del siguiente modo: Pubmed (n=19), Dialnet (n=61), CINAHL (n=17), LILACS (n=71) y Scielo (n=30).

En la segunda etapa, **selección**, tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión fijados en la Tabla IV, se identificaron 58 artículos relevantes. Simultáneamente, se eliminaron 52 artículos duplicados.

En la fase de **elegibilidad**, se revisaron los títulos (n=12) y los resúmenes/abstracts (n=9), excluyendo los estudios que no respondían a la pregunta de investigación.

Finalmente, en la fase de **inclusión**, se seleccionaron 9 artículos (Tabla V) mediante una lectura detallada de los textos completos, examinando las referencias bibliográficas con el fin de identificar posibles estudios adicionales para enriquecer la revisión.

Figura I. Diagrama de flujo



Fuente: Elaboración propia

## 5.6. Criterios de inclusión y exclusión

Se definen los siguientes criterios de inclusión y exclusión (Tabla IV) con el fin de realizar la selección de artículos de manera adecuada. Esta medida tiene como objetivo garantizar que los estudios seleccionados se alineen de forma óptima con los objetivos planteados.

**Tabla IV. Criterios de inclusión y exclusión**

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Artículos dentro del periodo temporal.</li> <li>- Artículos de temática de enfermería que respondan a la pregunta de investigación PICO.</li> <li>- Artículos publicados en español, inglés y portugués.</li> <li>- Artículos que tengan acceso al texto completo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes menores de 18 años.</li> <li>- Artículos no disponibles de manera gratuita.</li> <li>- Artículos cuyos estudios sean realizados en animales.</li> <li>- Documentos no oficiales como cartas al director o artículos de opinión.</li> <li>- Artículos relacionados con el COVID-19 o SARS-CoV-2.</li> </ul>

*Fuente: Elaboración propia*

## 6. RESULTADOS

### 6.1. Artículos seleccionados

Tabla V. Tabla de resultados

	TÍTULO	AUTOR	AÑO	REVISTA, ISSN	OBJETIVO	CONCLUSIÓN
1	Humanización en los servicios de urgencia y emergencia: contribuciones para el cuidado en enfermería	Sousa KHJF, Damasceno CKCS, Almeida CAPL, Magalhães JM, Ferreira M de A.	2019	Revista Gaúcha de Enfermagem 0102-6933, 1983-1447	Análisis de las investigaciones sobre humanización en los SUE para promover estrategias.	Fortalecer la formación de enfermería en estrategias de humanización, mejorar las condiciones estructurales y organizativas de los SUE.
2	Humanización de la asistencia en urgencias: un análisis cualitativo basado en las experiencias de las enfermeras	Valenzuela-Anguita M; Sanjuan-Quiles A; Ríos-Rísquez MI; Valenzuela-Anguita MC; Juliá-Sanchis R; Montejano-Lozoya R.	2019	Revista de Enfermagem Referência 2182-2883	Explorar el punto de vista de las enfermeras sobre la humanización de la atención en los SUH españoles.	Se exponen recomendaciones para fortalecer iniciativas de implementación de modelos integrados de atención de salud, aplicando una atención integral centrada en el paciente y su familia.
3	Análisis del cuidado de enfermería en el servicio de urgencia desde una perspectiva de humanización	Quiroz-Figueroa MS; Lucas-Choetz MM; Cedeño-Álava CJ; Parrales-Indacochea MA.	2021	Polo del Conocimiento 2550-682X	Evaluar la humanización del cuidado de enfermería en el servicio de urgencias.	Se debe incrementar el personal y reestablecer los horarios de trabajo con el fin de mejorar la calidad de la atención, estableciendo más compromiso con los usuarios.

	TÍTULO	AUTOR	AÑO	REVISTA, ISSN	OBJETIVO	CONCLUSIÓN
4	Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias	Pabón-Ortiz EM; Mora-Cruz JVD; Castiblanco-Montañez RA; Buitrago-Buitrago CY.	2021	Revista Ciencia y Cuidado 2322-7028, 1794-9831	Describir estrategias para fortalecer la humanización en los SUH.	Las estrategias mejoran la empatía, conciencian el presente, favorecen la comunicación, proporcionan habilidades para el éxito de la atención y disminuyen la sobrecarga laboral.
5	Humanización en una emergencia mayor: enfermeras mostrando sus prácticas en calidad asistencial	Silva-Junior, MD; Vianna IC; Oliveira SP; Andrade-Donola SF; Souza TA; Bessa-Guerra TR; Fernandes VC; Rodrigues IT.	2021	Revista de la Sociedad Española de Biología Molecular y Atmosférica (SEBMA) 2675-5602	Análisis de estrategias utilizadas por enfermeros en la calidad de la atención humanizada en los servicios de urgencias y emergencias.	Se eligieron 3 categorías: comprensión de la humanización por parte del profesional; percepción del profesional de la PNH y su objetivo; y las estrategias utilizadas para la calidad de la atención humanizada.
6	Humanización en los servicios de urgencia: Revisión narrativa	Sierra-Leguía LA, Salazar-Trujillo S, Suarez-García E, Suarez-Romero R, Valdez-Cerda V, Villadiego-Ospino C.	2021	Horizonte de enfermería 0716-8861, 0719-6946	Describir los aspectos relacionados con la humanización en los servicios de urgencias.	Es necesario un cambio de actitudes frente a la humanización, capacitación y reconocimiento del otro como ser humano. Es frecuente la violencia en los SUH, siendo contraria a los criterios de humanización.

	TÍTULO	AUTOR	AÑO	REVISTA, ISSN	OBJETIVO	CONCLUSIÓN
7	La humanización de la enfermería en escenarios de urgencia y emergencia	Soares GR; Boeno GV; Santana-T; Golçaves T; Rodrigues-D'Elly SB; Toledo-Medeiros JG; Almeida AN; Sturm-Trindade C; Viegas K.	2022	Revista Enfermagem em Foco 2177-4285	Analizar la atención humanizada de enfermería en urgencias, teniendo en cuenta su influencia en la atención al adulto.	La influencia directa de las condiciones estructurales y los recursos humanos en la calidad de la atención humanizada es positiva cuando hay contextos favorables.
8	Proceso de implementación de buenas prácticas de humanización en un servicio de urgencias hospitalarias	Yáñez Caballero B; Velasco-Bueno JM; Rivas-Ruiz F; Gómez-González AJ; Canca-Sánchez JC.	2023	Revista Española de Urgencias y Emergencias 2951-6552, 2951-6544	Describir el proceso de creación de un Manual de Buenas Prácticas de Humanización de los SUH y el nivel de implementación del manual en un SU.	En el SUH estudiado se observa un alto grado de implementación en la "Vulnerabilidad" y un bajo grado en el "Cuidado al profesional", por lo que se debería abordar de forma prioritaria.
9	Influencia de la calidad en la humanización en los servicios de urgencias de instituciones de salud	Moreno-Arias AC; Jiménez-Rodríguez LA; Márquez-Gómez MA; Jiménez-Ospina JS.	2024	Revista Ciencias Básicas en Salud 2981-5800	Evaluar estrategias para mejorar la oportunidad y calidad de la atención brindada y humanizada en el SU.	Debido a que el sistema de Triaje en Colombia no establece objetivos de cumplimiento, se decidió por desarrollar una guía basada en clasificaciones internacionales y el funcionamiento de la ESE-HEQS para el personal.

*Fuente: Elaboración propia*

## 6.2. Evaluación de calidad de los artículos

Con el objetivo de valorar la calidad metodológica de los artículos incluidos en esta revisión bibliográfica, se ha utilizado la clasificación propuesta por el **Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)**, que permite asignar un **nivel de evidencia científica y un grado de recomendación** en función del diseño del estudio y del riesgo de sesgo<sup>22</sup>.

A continuación, se expone la tabla resumen (Tabla VI) de la evaluación de los artículos según el nivel de evidencia y grado de recomendación asignado:

**Tabla VI. Evaluación del nivel de evidencia y grado de recomendación (SIGN)**

	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	NE	GR
1	Humanización en los servicios de urgencia y emergencia: contribuciones para el cuidado en enfermería	Revisión bibliográfica	1+	B
2	Humanización de la asistencia en urgencias: un análisis cualitativo basado en las experiencias de las enfermeras	Estudio cualitativo	3	D
3	Análisis del cuidado de enfermería en el servicio de emergencia desde una perspectiva de humanización	Cuantitativo descriptivo	2-	D
4	Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias	Revisión integrativa	1-	C
5	Humanización en una emergencia mayor: enfermeras mostrando sus prácticas en calidad asistencial	Cualitativo descriptivo	3	D
6	Humanización en los servicios de urgencia: Revisión narrativa	Revisión narrativa	3	D
7	La humanización de la enfermería en escenarios de urgencia y emergencia	Revisión integrativa	1-	C
8	Proceso de implementación de buenas prácticas de humanización en un servicio de urgencias hospitalarias	Cualitativo observacional	3	D
9	Influencia de la calidad en la humanización en los servicios de urgencias de instituciones de salud	Cuantitativo descriptivo	3	D

*Fuente: Elaboración propia*

Los niveles de evidencia y grados de recomendación asignados a los estudios incluidos responden al tipo de enfoque metodológico que predomina en investigaciones sobre humanización. Este tipo de estudios utilizan enfoques cualitativos, descriptivos y de revisión que resultan adecuados ya que permiten explorar la realidad asistencial, así como identificar barreras y propuestas de mejora en el contexto real de los cuidados. Aunque no se centran en medir resultados clínicos cuantificables, ayudan a comprender cómo mejorar la calidad asistencial desde un enfoque centrado en la persona, incorporando la perspectiva de los pacientes y profesionales sobre la atención, lo que permite valorar la calidad percibida.

### 6.3. Descripción de los artículos seleccionados

#### **Artículo 1. *Humanización en los servicios de urgencia y emergencia: contribuciones para el cuidado en enfermería*<sup>19</sup>**

Se llevó a cabo una revisión integradora de literatura, seleccionando 17 estudios relevantes entre 133 publicaciones identificadas en las diferentes bases de datos. El análisis de los estudios permitió identificar dos grandes ejes temáticos.

En primer lugar, destacó la Recepción con Clasificación de Riesgo (ACR) como la estrategia más efectiva para la implementación de la Política Nacional de Humanización (PNH). Este dispositivo permite una mejor organización del trabajo al priorizar la atención de los pacientes en función de la gravedad de su estado, optimizando los recursos y reduciendo los tiempos de espera. Se observó que su aplicación genera mayor seguridad tanto para los pacientes como para los profesionales sanitarios, ya que permite estructurar el flujo de atención de manera más equitativa y eficiente. En el ámbito de la urgencia y

emergencia, la enfermera asume el papel protagónico en la implementación del PNH a través de la gestión de casos.

El segundo eje temático aborda las barreras y dificultades para la implementación de la PNH en los SUE. Entre los principales obstáculos identificados se encuentran las deficiencias estructurales y organizativas, escasez de recursos materiales y humanos, la falta de una adecuada gestión de personal y la sobrecarga laboral de los enfermeros.

Además, encuestas internacionales demuestran que una mayor comunicación entre el equipo profesional y el paciente genera una mayor satisfacción en el usuario destacando al personal de enfermería por su trato cercano con el paciente.

El estudio reafirma la importancia del trabajo en equipo multiprofesional para garantizar una atención humanizada y resalta el rol del enfermero como facilitador del cuidado humanizado y multidisciplinario. Los niveles de evidencia encontrados en esta revisión son importantes para reflexionar sobre la calidad del cuidado en los SUE, considerando la necesidad de cualificar la asistencia prestada en tales sectores y fortalecer el cuidado de enfermería.

Los autores concluyen que la implementación efectiva de la PNH requiere inversiones en infraestructura, aumento de recursos humanos, capacitación continua del personal y estrategias que fortalezcan la comunicación y participación de los usuarios en su proceso de atención.

***Artículo 2. Humanización de la asistencia en urgencias: un análisis cualitativo basado en las experiencias de las enfermeras***<sup>23</sup>

El objetivo de este estudio ha sido evaluar la experiencia de las enfermeras españolas respecto a la humanización de la atención en los SUH mediante entrevistas semiestructuradas.

Se identificaron dos temas principales: las dimensiones de la atención humanizada en salud y la implementación de la atención humanizada en salud en el SU. Así como cinco subtemas que ayudaron a describir la situación.

Para las enfermeras, la humanización es un concepto multidimensional basado en la relación entre profesional de la salud-paciente-familia. Se enfatiza en la necesidad de sustituir el enfoque biomédico y técnico por modelos centrados en la atención integral del paciente y la participación de sus familiares en el cuidado.

Un aspecto clave es la implementación de un modelo de enfermería de referencia, donde las enfermeras asumen un rol fundamental como gestoras del cuidado y facilitadoras de la comunicación entre pacientes, familiares y el equipo de salud para una mejor atención.

Los autores concluyen que para lograr una atención humanizada proponen tres estrategias principales:

- Reflexión y formación del personal de enfermería
- Trabajo en equipos interdisciplinarios: se evidencia que la falta de apoyo estructural y la deficiente coordinación entre profesionales pueden deshumanizar la atención en urgencias.
- Mejora de la comunicación y el clima laboral: se recomienda promover la gestión participativa, estrategias para manejar el estrés y prevenir el síndrome de burnout

### **Artículo 3. Análisis del cuidado de enfermería en el servicio de emergencia desde una perspectiva de humanización**<sup>20</sup>

Se llevó a cabo un estudio analítico-descriptivo no experimental realizando encuestas a 43 enfermeros y 50 pacientes. El objetivo principal es evaluar la humanización del cuidado en las intervenciones de enfermería en el servicio de urgencias del Hospital Básico Jipijapa.

Entre las barreras que impiden al personal de enfermería brindar un cuidado de calidad, se encuentran: la jornada laboral, el déficit de personal, la falta de recursos materiales y la infraestructura inadecuada.

Una de las principales estrategias que requieren los enfermeros es el incremento del personal y el restablecimiento de los horarios de trabajo para una mejor atención al usuario.

### **Artículo 4. Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias**<sup>18</sup>

Revisión integrativa de 29 estudios en la que se aborda la importancia de la humanización en la atención de urgencias como un factor ético esencial. El objetivo de esta revisión es investigar que acciones fortalecen el componente de humanización en la prestación del servicio de salud.

Contrario a la humanización, está la deshumanización que se manifiesta en factores como la sobrecarga laboral del personal de enfermería, la falta de empatía, los tiempos de espera prolongados, comunicación deficiente, lo que impacta negativamente en el cuidado. Se ha identificado que, en los SUH, un alto porcentaje de los pacientes reciben una atención despersonalizada principalmente por falta de tiempo del personal para responder a sus

inquietudes y atender su estado emocional. Cabe destacar, que frente a una situación clínica de urgencia hay que instaurar una intervención inmediata que responda a la necesidad, teniendo en cuenta la posición de vulnerabilidad y la dependencia que tienen los pacientes del personal de salud, sobretodo del enfermero, quien ejerce un cuidado directo.

Desde la perspectiva de enfermería, los principales obstáculos para una atención humanizada son la alta demanda de pacientes, la insuficiencia de recursos humanos y la falta de formación específica en humanización. La presión por completar tareas administrativas y asistenciales limita el tiempo disponible para una interacción cercana con los pacientes.

A pesar de la existencia de políticas de humanización en las instituciones sanitarias, aún no se han implementado medidas efectivas para abordar estos problemas. Por lo planteado anteriormente, esta investigación busca describir las estrategias que fortalezcan el componente de humanización en la prestación de cuidados en salud en urgencias:

- **Estrategia 1. Competencia de compasión:** es considerada una de las competencias que más interviene en el cuidado directo de los pacientes ya que ayuda a crear vínculos enfermero-paciente, lo que permite satisfacer diferentes necesidades de tipo emocional y acelerar la recuperación del paciente. La compasión es fundamental para una atención de alta calidad ya que permite comprender el sufrimiento del otro y promueve acciones con empatía, ayuda y motivación.
- **Estrategia 2. Mindfulness:** se recomienda debido al estrés laboral que soporta el personal de enfermería. Consiste en centrar la atención en el presente, logrando moderar los pensamientos de angustia que distraen y brindando una atención óptima.
- **Estrategia 3. Fortalecimiento de habilidades blandas:** las habilidades blandas son atributos de una persona que le permiten

interactuar de manera asertiva y con un alto nivel de comunicación. Las habilidades presentes en los enfermeros son: cordialidad, amabilidad, la calidez, paciencia, tolerancia, etc. Estas contribuyen en el proceso de intervención en la salud, ya que mejoran el cumplimiento del plan terapéutico, así como el alcance del tratamiento.

- **Estrategia 4. Formación del personal en su área de especialización:** se requiere una formación continua del personal sanitario en cuanto a procedimientos asistenciales y a los aparatos electromédicos con el fin de mejorar la calidad de atención.
- **Estrategia 5. Mejora de la razón enfermero-paciente:** la sobrecarga laboral es un factor que afecta a la eficiencia y la clase de atención, la forma de asistencia y su calidad. Para combatirlo, se busca mejorar la ratio enfermera-paciente, asegurando una mayor disponibilidad en la atención y disminuirá los fallos que comprometan a la salud o contribuyan a su deterioro.

Los autores concluyen que las estrategias mencionadas han demostrado a través de la evidencia, ser efectivas para mejorar la humanización. Recomiendan emplearlas en los SUH.

#### **Artículo 5. Humanización en una emergencia mayor: enfermeras mostrando sus prácticas en calidad asistencial<sup>24</sup>**

Estudio descriptivo y exploratorio con abordaje cualitativo, basado en una entrevista semiestructurada realizada a 16 enfermeros de la unidad de clasificación de riesgo del Hospital Municipal del Sistema Único de Salud, referencia como el mayor en atención de emergencias y urgencias de América Latina, ubicado en Río de Janeiro. El objetivo fue analizar las estrategias utilizadas por los enfermeros en la calidad de atención humanizada a los pacientes en los servicios de urgencias y emergencias.

Tras analizar las entrevistas, se dividieron entre categorías que retratan: la comprensión del profesional sobre la humanización; la percepción de la PNH y sus principales objetivos; y las estrategias utilizadas para la calidad de la asistencia humanizada.

Las enfermeras destacan como puntos importantes de la humanización el saber escuchar, acoger y respetar. Tienen conocimiento sobre la PNH, sin embargo, refieren que en la práctica la implementación de la política en ocasiones no es efectiva debido a factores como la sobrecarga de trabajo o la dificultad en la gestión del flujo de pacientes. Entre las estrategias se utilizan prácticas que involucran desde la recepción, el servicio digno, los recursos humanos y ponerse en el lugar del otro.

Se concluye que la enfermera es la profesional que trabaja directamente con el paciente y su familia, y es un actor clave en la construcción y mantenimiento de un ambiente humanizado.

### **Artículo 6. Humanización en los servicios de urgencia: Revisión narrativa<sup>25</sup>**

Revisión narrativa que incluye 17 artículos cuyo objetivo es describir los aspectos relacionados con la humanización en los SU.

La percepción que tiene el personal de salud acerca de lo que hace más humana la atención depende en mayor medida de un mejor trabajo en equipo, reconocimiento del profesional y una infraestructura física adecuada con un buen ambiente laboral. Los equipos deben ser conscientes en todo momento de la persona que atienden y de su familia. Para los autores queda demostrado que el profesional de enfermería es un equipo de trabajo básico para

emprender el camino hacia la implementación de programas de humanización en urgencias.

La revisión de la literatura da cuenta de la necesidad de cambios actitudinales en los profesionales de salud para mejorar la experiencia de los pacientes y del propio personal como mejorar la comunicación, la tolerancia y el respeto. Así mismo, también se ve necesario evidenciar las barreras a nivel organizacional que impiden el direccionamiento hacia servicios más humanos.

Los autores visibilizan que, como las enfermeras son los profesionales más involucrados directamente en la atención de los pacientes con una mayor interacción, es quizá por esta situación, que la normalización de la violencia contra este profesional se ha convertido en una fuente de discriminación, siendo expuesto a actitudes ofensivas y discriminantes. Por lo que se hace necesario realizar intervenciones para eliminar esas actitudes.

Por lo tanto, se concluye que humanizar los servicios de urgencias requiere un trabajo continuo de las disciplinas y profesionales que prestan atención.

### ***Artículo 7. La humanización de la enfermería en escenarios de urgencia y emergencia***<sup>26</sup>

Análisis de 11 artículos, donde se consideran relevantes dos temas. Uno de los principales problemas es la falta de recursos humanos y materiales, lo que genera sobrecarga laboral, largas jornadas y disminución del tiempo disponible para la interacción con los pacientes. Esto impacta negativamente en la capacidad de ofrecer una atención empática y centrada en el paciente. Además, la saturación de los servicios de urgencias dificulta la acogida adecuada y limita la posibilidad de una atención personalizada.

Las enfermeras desempeñan un papel central en la implementación de la Recepción con Clasificación de Riesgo. Este método es clave para mejorar la organización del servicio, pero la falta de comprensión de los pacientes sobre este proceso genera confusión y desconfianza, contribuyendo al colapso de los servicios.

Es fundamental implementar acciones concretas como mejorar las condiciones laborales del personal de enfermería, optimizar la comunicación con los pacientes y sus familias y desarrollar estrategias para una atención integral y humanizada. La humanización no solo beneficia a los pacientes, sino que también reduce el estrés en los profesionales, destacando el personal de enfermería por su trato directo con el paciente.

### **Artículo 8. Proceso de implementación de buenas prácticas de humanización en un servicio de urgencias hospitalarias<sup>17</sup>**

El objetivo de este artículo es descubrir el proceso de creación de un Manual de Buenas Prácticas de Humanización en los SUH y conocer el nivel de implementación de este manual en un SUH.

El manual se elaboró a partir del consenso de expertos, incluyendo finalmente: 7 líneas estratégicas, 32 apartados y 169 buenas prácticas. A continuación, se describen las líneas estratégicas:

- Línea 1. SUH con flexibilización en el acompañamiento: presencia y participación de las personas cuidadoras y familiares en los cuidados
- Línea 2. Comunicación
- Línea 3. Bienestar del paciente
- Línea 4. Cuidados del profesional
- Línea 5. Pacientes vulnerables en los SUH
- Línea 6. Cuidados al final de la vida

- Línea 7. Infraestructura humanizada

En el estudio, se evaluó la implementación de este manual en un hospital, el Hospital de Benalmádena, en España. Se observó que el 51% de las buenas prácticas estaban implementadas, el 33% no y el 16% en proceso. La categoría con mayor implementación fue la vulnerabilidad (78%), mientras que el cuidado al profesional tuvo la menor aplicación (28%).

El estudio concluye que la humanización debe ser un esfuerzo integral que involucre pacientes, familiares, profesionales y organizadores.

**Artículo 9. Influencia de la calidad en la humanización en los servicios de urgencias de instituciones de salud**<sup>27</sup>

Análisis de la influencia de la calidad en la humanización de los servicios de urgencias en el Hospital Emiro Quintero Cañizares (ESE – HEQC). Es un estudio cuantitativo con enfoque descriptivo, evaluando datos retrospectivos de 2022 y el primer semestre de 2023.

Se identifican problemas como la saturación del servicio y la necesidad de optimizar procesos de triaje. Se propuso la creación de una guía de triaje basada en estándares internacionales. El triaje avanzado se entiende como un sistema que aplica protocolos o guías, previamente consensuadas por todo el equipo multidisciplinar, donde la enfermera actúa de forma autónoma tras un triaje inicial en el que se ha asignado un nivel de prioridad al paciente.

Este modelo permite dos acciones principales: la intervención autónoma de enfermería, donde la enfermera realiza una evaluación integral y diagnóstica implementando intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, sin la necesidad de requerir una evaluación médica inmediata; la segunda acción es

la derivación y solicitud de pruebas en casos de mayor complejidad, la enfermera puede solicitar pruebas complementarias y derivar al paciente al médico. Este enfoque optimiza la atención de urgencias, agiliza la toma de decisiones y reduce los tiempos de espera, lo que contribuye a la humanización del cuidado del paciente al priorizar su seguridad y bienestar.

Finalmente, se destacó la importancia de la humanización en la atención para garantizar un trato digno a los pacientes y mejorar su experiencia.

## 7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Al realizar esta revisión bibliográfica han surgido algunas limitaciones propias de cualquier estudio científico, entre las que se incluyen los siguientes sesgos que deben considerarse al interpretar los resultados:

- **Sesgo de selección:** relacionado con el proceso de selección de artículos y los filtros empleados.
- **Sesgo de accesibilidad:** derivado de las restricciones encontradas al intentar acceder a ciertos artículos, ya que algunos no pudieron ser incluidos debido a ser de pago o tener acceso limitado al texto completo.
- **Sesgo de confusión:** resultado del uso simultáneo de diferentes cuidados o intervenciones, los cuales podrían haber influido en los resultados.
- **Sesgo de calidad:** debido a la inclusión de distintos tipos de artículos científicos.
- **Sesgo de información:** derivado del método de búsqueda empleado y los artículos seleccionados.

## 8. DISCUSIÓN

La humanización representa un reto fundamental para la atención sanitaria actual. En los servicios de urgencias, las publicaciones demuestran que el tema de humanización ha tenido desarrollos incipientes en los últimos años. Para los autores, queda demostrado que las enfermeras son un equipo de trabajo básico para emprender el camino hacia la implementación de programas de humanización de la atención en los SUH.

A pesar de los avances, siguen existiendo situaciones en las que el ser humano queda fuera del centro de atención creando deshumanización en el proceso asistencial. Según **Pabón-Ortiz E et al.** existen diferentes factores que influyen en la deshumanización como la ineficacia en la comunicación enfermero-paciente, la falta de empatía o el asesoramiento superficial, que se agudizan en el área de urgencias debido a la insuficiencia de recursos humanos frente a la demanda de pacientes<sup>18</sup>. Uno de los factores recurrentes en la literatura revisada es la relación entre la sobrecarga asistencial y la falta de humanización en la atención de urgencias, como se expone en el artículo de **Quiroz-Figueroa M et al.**, la elevada demanda de pacientes en los SUH unida a la escasez de personal, genera una atención centrada en la resolución rápida de patologías, lo que muchas veces resulta en una comunicación deficiente y una atención poco personalizada<sup>20</sup>.

Por otro lado, la comunicación efectiva con el paciente y sus familiares es un aspecto clave en la humanización. **Valenzuela-Anguita M et al.** resaltan que la falta de información clara y precisa genera ansiedad tanto en los pacientes como en sus familiares, lo que contribuye a una percepción negativa de la atención recibida<sup>23</sup>. **Silva-Junior M et al.**, analizan la calidad de la atención humanizada en urgencias, destacando la importancia de la escucha activa, la empatía y la acogida de los pacientes. Su estudio revela que las enfermeras son un punto clave en la construcción y mantenimiento de un ambiente

humanizado. A pesar de comprender y valorar la Política Nacional de Humanización (PNH), se identifican barreras en su implementación efectiva en la práctica diaria<sup>24</sup>. Para ello, el estudio de **Yáñez-Caballero B et al.** describe el proceso de elaboración de un Manual de Buenas Prácticas de Humanización en los SUH estructurado en siete líneas estratégicas desde una perspectiva integral que incluye la flexibilización en el acompañamiento de cuidadores y familiares, la comunicación, el bienestar del paciente promocionando su autonomía, los cuidados del profesional sanitario implicado, la identificación y atención de pacientes vulnerables, los cuidados al final de la vida y la implementación de una infraestructura humanizada<sup>17</sup>. **Moreno-Arias A et al.** señala que la falta de espacios adecuados para los cuidados, así como la ausencia de áreas de descanso y acompañamiento para los familiares, afecta a la percepción de calidad asistencial<sup>27</sup>. Este hallazgo coincide con el estudio de **Soares GR et al.** que destaca el uso del instrumento de clasificación de riesgos ya que proporciona apoyo individualizado y organiza el servicio. El enfermero es el profesional más recomendado por el Ministerio de Salud y habilitado para establecer la prioridad de atención<sup>26</sup>.

Además, la atención al final de la vida en urgencias sigue siendo un área con importantes desafíos. De acuerdo con el estudio de **Yáñez-Caballero B et al.** la falta de formación específica en cuidados paliativos y la carencia de protocolos adecuados dificultan la provisión de una atención humanizada en este contexto. La revisión de “Proceso de implementación de buenas prácticas de humanización en un SUH” propone la integración de equipos multidisciplinarios que faciliten un acompañamiento adecuado y digno para los pacientes en situación terminal.<sup>17</sup>

Un aspecto crítico en la revisión es la necesidad de cuidar también a los profesionales de la salud. **Sierra-Legua LA et al.** muestra que las enfermeras son los profesionales de salud involucrados directamente en la atención de los

pacientes con mayor interacción, quizás por eso se normaliza la violencia contra este profesional. Las enfermeras se exponen a actitudes ofensivas y discriminantes aún cuando es el personal que ha demostrado interés por el mejoramiento de la atención en salud, con un significado importante en la atención de urgencias mediante sus intervenciones<sup>25</sup>. A su vez **Yáñez-Caballero et al.** lo exponen como uno de los puntos más débiles en la implementación de las buenas prácticas. La sobrecarga laboral, el estrés y la falta de apoyo institucional afectan a la calidad de la atención y aumentan el riesgo de burnout, lo que impacta negativamente en la relación con el paciente<sup>17</sup>. Coincidiendo con **Quiroz-Figueroa MS et al.** quienes destacan la importancia de establecer políticas de bienestar laboral que incluyan incremento del personal y que se reestablezcan los horarios de trabajo<sup>20</sup>.

## 9. CONCLUSIONES

La humanización en los SUH representa un reto actual y prioritario dentro del sistema sanitario. Se ha constatado que, aunque existen avances y propuestas institucionales como el *Manual de Buenas Prácticas de Humanización en los SUH*, su aplicación práctica sigue siendo limitada.

Las enfermeras desempeñan un papel esencial en la implementación de una atención humanizada, actuando como figura clave en el acompañamiento, la comunicación y la gestión del cuidado. Estrategias como la Recepción con Clasificación de Riesgo, el trabajo interdisciplinar, la comunicación empática, el fortalecimiento de habilidades blandas, o el uso de herramientas como el mindfulness, se han identificado como facilitadoras de una atención más personalizada y respetuosa.

Asimismo, se ha observado que la falta de recursos humanos y materiales, la sobrecarga asistencial, la presión emocional y escasa formación específica en humanización dificultan una atención centrada en el paciente. Estas condiciones, junto con una organización deficiente y estructuras poco adaptadas, favorecen una atención despersonalizada que repercute negativamente tanto en los usuarios como en los profesionales.

La humanización mejora la satisfacción y calidad de vida del paciente al disminuir niveles de estrés o ansiedad, por ejemplo, lo que se relaciona con una reducción de la morbi-mortalidad. No obstante, no existe aun evidencia actual suficiente sobre cómo influye directamente en la recuperación clínica, lo que señala una línea futura importante de investigación.

En definitiva, humanizar los SUH implica actuar no solo sobre la actitud y formación del profesional, sino también sobre la estructura, la organización y las condiciones laborales. Apostar por un trato digno, empático y compasivo que reduzca la vulnerabilidad inherente a este entorno asistencial.

## 10. GLOSARIO DE TÉRMINOS

**Burnout:** síndrome de desgaste profesional caracterizado por agotamiento físico y emocional, despersonalización y baja realización profesional.

**Comunicación empática:** interacción basada en la escucha activa, comprensión emocional y respuesta adecuada a las necesidades del otro.

**Habilidades blandas:** competencias personales, sociales y comunicativas que permiten a la persona relacionarse de manera efectiva, empática y colaborativa con los demás.

**Pacientes vulnerables:** aquella persona con insuficientes recursos personales para adaptarse al entorno, por causas y circunstancias variables, y que se expone a riesgos físicos y/o morales, precisando de un abordaje especial en su atención

**Triaje:** proceso de evaluación rápida y clasificación de pacientes según la gravedad de su estado de salud para priorizar la atención.

## 11. ABREVIATURAS

**ACR:** Recepción con Clasificación de Riesgo

**CC.AA:** Comunidades Autónomas

**CI:** Consentimiento Informado

**CINAHL:** Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature

**DeCS:** Descriptores en Ciencias de la Salud

**LILACS:** Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud

**MeSH:** Medical Subject Headings

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**PFE:** Paciente-Familia-Equipo Asistencial

**PNH:** Política Nacional de Humanización

**SIGN:** Scottish Intercollegiate Guidelines Network

**SNS:** Sistema Nacional de Salud

**SUH:** Servicio de Urgencias Hospitalarias

**UTS:** Unidad de Trabajo Social

## 12. BIBLIOGRAFÍA

1. humanizar | Diccionario de la lengua española (2001) | RAE - ASALE [Internet]. [acceso March 15, 2025]. Disponible en: <https://www.rae.es/drae2001/humanizar>.
2. CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS. Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía [Internet]. [acceso March 15, 2025]. Disponible en: [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Plan%20Humanizaci%C3%B3n%20SSPA\\_v12042021.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Plan%20Humanizaci%C3%B3n%20SSPA_v12042021.pdf).
3. March JC. Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. Revista de Calidad Asistencial. 2017;32:245–7. doi 10.1016/J.CALI.2017.10.001.
4. Consejo General de Enfermería. Código Deontológico de la Enfermería Española [Internet]. Madrid [acceso May 26, 2025]. Disponible en: [https://www.consejogeneralenfermeria.org/pdfs/deontologia/codigo\\_de\\_ontologico.pdf](https://www.consejogeneralenfermeria.org/pdfs/deontologia/codigo_de_ontologico.pdf).
5. Astursalud - Principios Rectores. Decálogo de Humanización. [Internet]. [acceso March 16, 2025]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/decalogo>.
6. Pino Campos LM. Ortega y Gasset y las humanidades: Una propuesta de formación del hombre. Revista de Filología de La Universidad de La Laguna, ISSN 0212-4130, Nº 16, 1998, Págs 295-314. 1998:295–314.
7. Caballero-Muñoz E, Alves-Pereira V, Caballero-Muñoz E, Alves-Pereira V. Del cuidado humano al cuidado del ambiente. Index de Enfermería. 2023;32. doi 10.58807/INDEXENFERM20235412.
8. BOE-A-1978-31229 Constitución Española. [Internet]. [acceso March 15, 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>.
9. Fundación HUMANS. Situación de la humanización de la atención sanitaria en España. Revisión 2023-2024 [Internet]. [acceso March 15, 2025]. Disponible en: <https://fundacionhumans.com/wp-content/uploads/2024/05/digital-situacion-de-la-humanizacion-de-la-atencion-sanitaria-en-espana-revision-2023-2024.pdf>.
10. Urgencias | Pacientes [Internet]. [acceso March 16, 2025]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/PacientesHCUV/es/urgencias>.
11. Atención en Urgencias y Emergencias Sanitarias | Comunidad de Madrid [Internet]. [acceso March 16, 2025]. Disponible en:

- <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/atencion-urgencias-emergencias-sanitarias>.
12. MANUAL DE HURGENCIAS HOSPITALARIAS: la hora “H” de los Servicios de Urgencias Hospitalarias – Proyecto HUCI [Internet]. [acceso March 16, 2025]. Disponible en: <https://proyectohuci.com/es/manual-hurgencias-hospitalarias-la-hora-h-de-los-servicios-de-urgencias-hospitalarias/>.
  13. Ministerio de Sanidad - Sanidad en datos - Urgencias atendidas en hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS), frecuentación por 1.000 habitantes y porcentaje de urgencias ingresadas sobre el total de urgencias atendidas según comunidad autónoma [Internet]. [acceso April 29, 2025]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla27.htm?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla27.htm?utm_source=chatgpt.com).
  14. Utilización del servicio de urgencias en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años. [Internet]. [acceso May 29, 2025]. Disponible en: [https://ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=47897#\\_tabs-tabla](https://ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=47897#_tabs-tabla).
  15. Secretaría General de Salud Digital I e I del S, Subdirección General de Información Sanitaria. Informe Barómetro Sanitario 2024 [Internet]. [acceso May 29, 2025]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom\\_Sanit\\_2024/BS\\_2024\\_Totales/Informe\\_BS\\_2024.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2024/BS_2024_Totales/Informe_BS_2024.pdf).
  16. Puerto Sarmiento FJ, Amparo A, Bermejo JC, González Bueno A, Ladero Quesada MÁ, Viguera Molins MJ. La humanización de la sanidad. A través de la historia: Edad Media [Internet]. [acceso March 27, 2025]. Disponible en: [https://fcs.es/images/publicaciones/ebook/La\\_humanizacion\\_de\\_la\\_sanidad\\_edad\\_media.pdf](https://fcs.es/images/publicaciones/ebook/La_humanizacion_de_la_sanidad_edad_media.pdf).
  17. Yáñez Caballero B, Velasco Bueno JM, Rivas Ruiz F, Gómez González AJ, Canca Sánchez JC. Proceso de implementación de buenas prácticas de humanización en un servicio de urgencias hospitalarias. Revista Española de Urgencias y Emergencias. 2023;2:70–7.
  18. Pabón Ortiz EM, Mora Cruz JV-D, Castiblanco Montañez RA, Buitrago Buitrago CY. Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias. Revista Ciencia y Cuidado. 2021;18:94–104.
  19. Sousa KHJF, Damasceno CKCS, Almeida CAPL, Magalhães JM, Ferreira M de A. Humanization in urgent and emergency services:

- contributions to nursing care. *Rev Gaucha Enferm.* 2019;40:e20180263. doi 10.1590/1983-1447.2019.20180263.
20. Quiroz Figueroa MS, Lucas Choéz MM, Cedeño Alava CJ, Parrales Indacochea MA. Análisis del cuidado de enfermería en el servicio de emergencia desde una perspectiva de humanización. *Polo Del Conocimiento: Revista Científico - Profesional.* 2021;6:1174–92.
  21. Grupo de trabajo de Humanización de los Servicios de Urgencias Hospitalarias. Manual de buenas prácticas de humanización en Servicios de Urgencias. Madrid: 2020.
  22. Miller J. The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). *Br J Diabetes Vasc Dis.* 2002;2:47–9. doi 10.1177/14746514020020010401.
  23. Anguita MV, Sanjuan-Quiles Á, Ríos-Risquez MI, Valenzuela-Anguita MC, Juliá-Sanchis R, Montejano-Lozoya R. Humanização dos cuidados de saúde no serviço de urgência: análise qualitativa baseada nas experiências dos enfermeiros TT - Humanization of healthcare at the emergency department: a qualitative analysis based on nurses' experiences TT - Humanización. *Revista de Enfermagem Referência.* 2019;serIV:59–68. doi 10.12707/RIV19030.
  24. da Silva Junior M, Cristina Vianna I, Pinto Oliveira S, de Andrade Donola SF, de Souza T, Bessa Guerra T de R, et al. Humanization in a major emergency: nurses showing their practices in care quality. *Global Academic Nursing Journal.* 2021;2:1–5.
  25. Sierra Leguia LA, Salazar Trujillo S, Suarez García E, Suarez Romero R, Valdez Cerda V, Villadiego Ospino C. Humanización en los servicios de urgencia: Revisión narrativa TT - Humanization in emergency services: Narrative review. *Horiz enferm.* 2022;33:83–95. doi 10.7764/Horiz\_Enferm.33.1.83-95.
  26. Soares G da R, Boeno G de V, Gonçalves TS, D'Elly SBR, Medeiros JGT, Almeida A do N, et al. A humanização da enfermagem nos cenários de urgência e emergência TT - The humanization of nursing in urgency and emergency scenarios TT - La humanización de la enfermería en escenarios de urgencia y emergencia. *Enferm foco (Brasília).* 2022;13:1–7. doi 10.21675/2357-707X.2022.v13.e-202245ESP1.
  27. Moreno Arias AC, Jiménez Rodríguez LA, Márquez Gómez MA, Jiménez Ospina JS. Influencia de la calidad en la humanización en los servicios de urgencias de instituciones de salud. *Revista Ciencias Básicas En Salud.* 2024;2:50–77.

## 13. ANEXOS

### Anexo I. Líneas estratégicas para la humanización del SUH

Tabla VII. Líneas estratégicas para la humanización del SUH

<b>LÍNEA ESTRATÉGICA 1. SUH CON FLEXIBILIZACIÓN EN EL ACOMPAÑAMIENTO</b>	<b>LÍNEA ESTRATÉGICA 5. PACIENTES VULNERABLES EN LOS SUH</b>
Sensibilización y formación del equipo asistencial	Vulnerabilidad general: identificación, valoración y abordaje
Accesibilidad	Vulnerabilidad específica: identificación, valoración y abordaje
Contacto	Identificación, valoración y abordaje de violencia de género y malos tratos
Presencia y participación en procedimientos y cuidados	<b>LÍNEA ESTRATÉGICA 6. CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA</b>
Soporte a las necesidades emocionales, psicológicas y espirituales de los familiares y personas cuidadoras	Protocolización de cuidados al final de la vida
Identificación y abordaje de personas cuidadoras de pacientes vulnerables	Acompañamiento en situaciones al final de la vida
<b>LÍNEA ESTRATÉGICA 2. COMUNICACIÓN</b>	Soporte a las necesidades según la escala de valores de los pacientes en situaciones al final de la vida
Comunicación en el equipo	Protocolización de cuidados en pacientes con limitación/adecuación de tratamiento de soporte vital y rechazo al tratamiento
Comunicación del equipo con otras áreas	Implicación interdisciplinar en la decisión y desarrollo de medidas de limitación/adecuación de tratamiento de soporte vital y rechazo del tratamiento
Comunicación e información al paciente, familia y persona cuidadora	Consulta al registro de voluntades vitales, a la planificación anticipada de decisiones y al comité de ética asistencial
<b>LÍNEA ESTRATÉGICA 3. BIENESTAR DEL PACIENTE</b>	<b>LÍNEA ESTRATÉGICA 7. INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA</b>
Bienestar físico	Protocolización de cuidados al final de la vida
Bienestar psicológico y espiritual	Confort: generalidades
Promoción de la autonomía del paciente	Confort ambiental del paciente, personas cuidadoras y familiares
Bienestar ambiental y descanso nocturno	Orientación del paciente
<b>LÍNEA ESTRATÉGICA 4. CUIDADOS AL PROFESIONAL</b>	Confort y funcionalidad en el área de asistencia y cuidados
Sensibilización sobre el síndrome de desgaste profesional y factores asociados	Confort en el área administrativa y de profesionales
Prevención del síndrome de desgaste profesional y promoción del bienestar	Distracción del paciente
Prevención y manejo integral de situaciones conflictivas en los SUH	

Fuente: Manual de buenas prácticas de Humanización en los SUH<sup>21</sup>

Anexo II. Niveles de evidencia y grados de recomendación de SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)

**Tabla VIII. Niveles de evidencia y grados de recomendación de SIGN**

<b>Niveles de evidencia científica</b>	
1++	Metaanálisis (MA) de alta calidad, revisiones sistemáticas o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	MA bien realizados, RS de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.
1-	MA, RS de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
2++	RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.
<b>Grados de recomendación</b>	
A	Al menos un MA, RS con ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++ directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestren gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestren gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++
D	Evidencia científica de nivel 3 o 4, o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+

Fuente: Elaboración propia a partir de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network<sup>22</sup>