

REUE | Original

Proceso de implementación de buenas prácticas de humanización en un servicio de urgencias hospitalarias

Benjamín Yáñez-Caballero¹, José Manuel Velasco-Bueno², Francisco Rivas-Ruiz³, Alberto José Gómez-González⁴, José Carlos Canca-Sánchez⁴

OBJETIVO. Describir el proceso de creación de un Manual de Buenas Prácticas de Humanización de los servicios de urgencias hospitalarias (SUH) y conocer el nivel de implementación de este manual en un SUH.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio cualitativo de consenso de expertos complementado con metodología descriptiva observacional.

RESULTADOS. Creación del Manual de Buenas Prácticas de Humanización de los SUH, con 7 líneas estratégicas, 32 apartados y 169 buenas prácticas. En relación al estado de humanización del SUH del Hospital de Benalmádena, el 51% de las buenas prácticas del manual estaban implementadas, 33% no, y el 16% estaban en proceso. Destacó por su alto porcentaje de implementación la línea 5 "Vulnerabilidad" (78% de buenas prácticas activas) y, por su bajo porcentaje de cumplimentación, la línea 4 "Cuidados al profesional" (72%). La línea 2 "Comunicación", fue la línea con un mayor porcentaje de buenas prácticas en proceso (46%). Las buenas prácticas categorizadas como esenciales presentaron un alto grado de cumplimentación (67%).

CONCLUSIONES. Este manual permite evaluar de forma integral la humanización de los SUH, e implementar buenas prácticas para el desarrollo de una atención humanizada que facilite alinear las necesidades de pacientes, familiares, profesionales y organizaciones. En el SUH estudiado, el grado de implementación de estas buenas prácticas es moderado, existiendo margen de mejora.

Palabras clave: Urgencias hospitalarias. Vulnerabilidad. Humanización de la asistencia. Buenas prácticas.

Implementing good practices for humanizing work in a hospital emergency department

OBJECTIVE. To describe the process of creating a manual of good practices for humanizing work in a hospital emergency department (ED), and to determine the level of implementation of principles outlined in the manual.

MATERIALS AND METHODS. Qualitative study to gain the consensus of experts, complemented by an observational study with descriptive statistics.

RESULTS. We created a manual of good practices for humanizing work in the ED, identifying 7 strategic lines in 32 sections and 169 good practices. On studying the implementation of the manual's recommendations in the ED of Hospital de Benalmádena, Spain, we found that 51% of the good practices were implemented, 33% were not, and 16% were in the process of being implemented. We saw a high degree of implementation of recommendations related to "vulnerability" (strategic line 5), for which 78% of the good practices were evident. In contrast there was poor implementation for "care of professionals" (strategic line 4), a category in which 78% of the good practices were not being applied. Strategic line 2 ("communication") had the highest proportion (46%) of good practices in the process of being adopted. Compliance with good practices categorized as essential was high (67%).

CONCLUSIONS. The manual facilitates an integrated evaluation of an emergency department's implementation of good practices to humanize care that meets the needs of patients, families, professionals, and the institution. The studied ED's implementation of the good practices was moderate, indicating there is a wide margin for improvement.

Keywords: Hospital emergency department. Vulnerability. Humanizing care. Good practices.

Filiación de los autores: ¹Servicio de Urgencias, Hospital de Alta Resolución de Benalmádena, Málaga, España. ²Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España. ³Unidad de Investigación e Innovación, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga, España. ⁴Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga (UMA). España.

Correspondencia: José Manuel Velasco-Bueno. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Campus de Teatinos, s/n. 29010 Málaga, España.

E-mail: jm.velasco@proyectohuci.com

Información del artículo: Recibido: 10-10-2022. Aceptado: 5-3-2023. Online: 17-3-2023.

Editor responsable: Guillermo Burillo Putze.

Introducción

La asistencia sanitaria, se enmarca dentro de 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 para dar respuesta a los aspectos psicológicos, sociales, emocionales y espirituales inherentes a esta, generando experiencias negativas e insatisfacción, las cuales deshumanizan la atención sanitaria¹, mermando su calidad y eficiencia.

Parece necesario otro paradigma de atención sanitaria que alinee las necesidades de pacientes, familiares, profesionales e instituciones². La humanización de la asistencia sanitaria, entendida como proceso cuyo objetivo es facilitar las condiciones para asegurar la dignidad de los actores de la misma, alinea estas necesidades al proponer una atención centrada en la persona y su entorno, desde una perspectiva holística^{3,4} e integrando el cuidado a los profesionales⁵.

En España, algunas comunidades autónomas se han hecho eco de esta necesidad y han elaborado diferentes planes de humanización⁶. También varios autores han propuesto diferentes estrategias o modelos para humanizar la asistencia sanitaria⁷⁻¹⁰. Destaca, por su estrategia práctica, integral y extrapolable a otras áreas, el modelo del Proyecto de humanización de las unidades de cuidados intensivos (HUCI)¹¹. En el contexto específico de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), creamos el grupo para la humanización de los SUH (HURGENCIAS), el cual, siguiendo esa misma metodología, elaboró un manual de buenas prácticas de humanización de los SUH¹².

Los SUH soportan una gran presión asistencial¹³. En España, se atendieron en el año 2019, 31.342.724 de personas en los SUH, considerado "muy buena" la atención en el 79% de los entrevistados según el barómetro del Sistema Nacional de Salud (SNS) del año 2019¹⁴. Pero también se identifican problemas relacionados con la intimidad, información, recursos, estructuras o habilidades comunicativas entre otros, que trascienden los aspectos clínicos, lo que pone de relieve la necesidad de humanizar los SUH¹⁵.

Los estudios en relación a la humanización en los SUH son escasos, y hacen referencia a algunos aspectos de la misma¹⁶. Investigaciones que evalúen de manera integral estos elementos, podrían mejorar el conocimiento en torno a la humanización.

El objetivo principal del presente estudio fue describir el proceso de elaboración de un Manual de Buenas Prácticas de Humanización de los SUH (MaBePUrgH) del grupo HURGENCIAS. El objetivo secundario, fue conocer el nivel de implementación de buenas prácticas de humanización en un servicio de urgencias de un Hospital de Alta Resolución (HARE), utilizando este manual.

Material y métodos

Para la elaboración del MaBePUrgH, se utilizó metodología cualitativa a través de consenso de un grupo de expertos y revisión de asesores externos, durante los meses de noviembre de 2019 a septiembre de 2020.

El trabajo se realizó en fases secuenciales, a través de la plataforma Moodle, y con reuniones virtuales, debido a la pandemia COVID y la dispersión geográfica de los integrantes del equipo.

Inicialmente, se seleccionó un grupo multidisciplinar de expertos (Grupo HURGENCIAS), compuesto por el director y el responsable de formación del proyecto HUCI como asesores, 12 profesionales de diferentes categorías profesionales del ámbito de la gestión y de la asistencia de los SUH, UCI y emergencias extrahospitalarias, y 2 psicólogas.

En una primera fase, se realizó una búsqueda bibliográfica. Debido a la ausencia de estudios que la evaluaran de forma integral y estructurada en el ámbito de los SUH, se seleccionó el Manual de buenas prácticas para la humanización del proyecto HUCI como referencia⁸ y se elaboró una propuesta preliminar del manual que se facilitó al grupo para que seleccionaran las líneas estratégicas sobre las cuales iban a trabajar, conformándose los grupos de trabajo (Tabla 1).

En la siguiente fase, cada experto, a partir de una búsqueda bibliográfica intencional y su experiencia, realizaron una primera evaluación individual del cuestionario base. Para ello, contestaron a cada uno de los enunciados del mismo, si estaban de acuerdo, en desacuerdo, o lo modificarían, y añadiendo otras líneas estratégicas, apartados o buenas prácticas si lo creían conveniente, justificando sus respuestas. Posteriormente, con los resultados obtenidos, se realizó una segunda evaluación donde se consensaron las líneas estratégicas, apartados y buenas prácticas que formarían los enunciados del cuestionario final.

En la tercera fase, con el cuestionario definitivo, se definió, inicialmente de forma individual y posteriormente, de forma consensuada, los criterios para medir las buenas prácticas. De forma similar, se categorizaron las mismas como básicas, avanzadas o excelentes, según el nivel de obligatoriedad, para así poder acreditar diferentes niveles de humanización.

En la última fase, el cuestionario fue sometido a la revisión de expertos en urgencias hospitalarias y pacientes, y con las propuestas realizadas, se consensaron las modificaciones y se redactó y estructuró el manual definitivo (Tabla 2).

Para la evaluación del estado de humanización del SUH del HARE de Benalmádena, se llevó a cabo un estudio descriptivo observacional por el grupo de humanización de dicho servicio, en 2021, utilizando el MaBePUrgH. El grupo de trabajo estaba constituido por 9 integrantes (4 enfermeras, 2 médicos, 2 técnicos en cuidados auxiliares de enfermería -TCAE- y 1 administrativo).

El HARE de Benalmádena, provincia de Málaga, es un hospital público de la Consejería de Salud de Andalucía, que atiende una población de 70.000 personas, con gran cantidad de población flotante en periodos estivales, y una media de 150 urgencias al día. La plantilla está formada por 5 administrativos, 10 celadores, 11 TCAE, 21 enfermeras y 26 médicos.

Tabla 1. Tabla comparativa de los manuales de buenas prácticas para la humanización de UCI y SUH por líneas estratégicas, número de buenas prácticas y categorías

Manual humanización HUCI	Primera versión manual humanización SUH		Manual humanización SUH definitivo		
Líneas estratégicas	Número de buenas prácticas	Líneas estratégicas	Número de buenas prácticas	Líneas estratégicas	Número de buenas prácticas
Línea 1. UCI de puertas abiertas: presencia y participación de familiares en los cuidados	26	Línea 1. Urgencias con flexibilización en el acompañamiento: presencia y participación de los familiares en los cuidados	16	Línea 1. SUH con flexibilización en el acompañamiento: presencia y participación de las personas cuidadoras y familiares en los cuidados	23
Línea 2. Comunicación	17	Línea 2. Comunicación	14	Línea 2. Comunicación	24
Línea 3. Bienestar del paciente	28	Línea 3. Bienestar del paciente	17	Línea 3. Bienestar del paciente	26
Línea 4. Cuidados del profesional	14	Línea 4. Cuidados del profesional	15	Línea 4. Cuidados del profesional	18
Línea 5. Síndrome post cuidados intensivos	19	Línea 5. Cuidados al final de la vida	11	Línea 5. Pacientes vulnerables en los SUH	23
Línea 6. Cuidados al final de la vida	23	Línea 6. Infraestructura humanizada	26	Línea 6. Cuidados al final de la vida	22
Línea 7. Infraestructura humanizada	33	Línea 7. Fragilidad, vulnerabilidad y cuidadores en urgencias	11	Línea 7. Infraestructura humanizada	33
Total	160	Total	110	Total	169
Categorización de buenas prácticas: • Sí Obligatorias, esenciales y deseables		Categorización de buenas prácticas: • No		Categorización de buenas prácticas: • Sí Básicas, avanzadas, excelentes	

UCI: unidad de cuidados intensivos; SUH: servicios de urgencias hospitalarios.

Cada una de las buenas prácticas del manual, a partir de un cuestionario en línea creado con *SurveyMonkey*, fueron evaluadas individualmente por los integrantes del grupo, definiendo si estas se cumplían o no, o se encontraban en proceso de implementación, justificando además las respuestas. El resultado se definió por las respuestas con mayor grado de consenso en cada una de las buenas prácticas. Las buenas prácticas donde no hubo consenso en la respuesta, fueron evaluadas por 2 profesionales ajenos al grupo, junto al coordinador de éste, para definir el sentido de la misma. Tras este proceso, se calculó el porcentaje de cumplimentación de las buenas prácticas de forma global, por líneas estratégicas, categorías y apartados.

Resultados

Elaboración del manual

En la [Tabla 1](#) se muestra el manual de buenas prácticas de HUCI, la primera versión del MaBePUrgH, y el manual definitivo, en relación a su distribución por líneas estratégicas, número de buenas prácticas y categorización de las mismas. Los 3 manuales se estructuraron en 7 líneas estratégicas.

En los manuales de los SUH se sustituyeron en relación al manual de HUCI, la línea estratégica de "Cuidados post UCI", por la línea estratégica relacionada con la vulnerabilidad, y la línea de "UCI de puertas abiertas", por la línea relacionada con la flexibilización en el acompañamiento. En los manuales definitivos tanto de los SUH como de HUCI, existían 3 categorías de buenas prácticas, pero nombradas de forma diferente. En la versión inicial del manual de los SUH no estaban categorizadas.

En la [Tabla 2](#), se muestra el manual de buenas prácticas de HUCI, la primera versión y el definitivo de los SUH, en relación a su distribución por apartados. Los manuales

de los SUH, incorporaban, a diferencia con el de HUCI, aspectos específicos relacionados con la vulnerabilidad (de forma mucho más detallada en el manual definitivo de los SUH) y la prevención y manejo de situaciones conflictivas. En el MaBePUrgH se incorporó, además, la comunicación con otras áreas, y se ampliaron los apartados de los cuidados al final de la vida.

Aplicación práctica

En relación, al estado de humanización del SUH de Benalmádena, de las 169 buenas prácticas del manual, el 51% de las mismas estaban implementadas, el 33% no implementadas y el 16% se hallaban en proceso.

En los resultados sobre el grado de cumplimentación de las buenas prácticas distribuidas por líneas estratégicas, presentaron un porcentaje de cumplimentación por encima del 50%, las líneas 1, 3, 7 y especialmente la línea 5. En las líneas 4 y la 6 no se superó este 50% y destacó negativamente la línea 4. La línea 2, destacó por tener un elevado número de buenas prácticas en proceso de implementación ([Tabla 3](#)).

Por categorías, las buenas prácticas básicas estaban notablemente implementadas. Las excelentes destacaban por su bajo nivel de implementación, y las avanzadas presentaron resultados similares en su evaluación ([Figura 1](#)).

Atendiendo a los apartados de cada una de las líneas estratégicas ([Tabla 4](#)), destacaron por su grado de cumplimentación en la línea 1, la "Identificación y abordaje de personas cuidadoras vulnerables"; en la línea 2, la "Comunicación e información al paciente, la familia y las personas cuidadoras"; en la línea 3, el "Bienestar físico" y la "Promoción de la autonomía del paciente"; en la línea 5, el "Manejo de la vulnerabilidad general: identificación, valoración y abordaje" y la "Identificación, valoración y abordaje violencia de género y malos tratos"; en la línea 6, la

Tabla 2. Tabla comparativa de los manuales de buenas prácticas para la humanización UCI y SUH por apartados

Manual humanización HUCI	Primera versión manual humanización SUH	Manual humanización SUH definitivo
Apartados	Apartados	Apartados
<p>Línea 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilización de los profesionales. • Accesibilidad. • Contacto. • Presencia y participación en procedimientos y cuidados. • Soporte a las necesidades emocionales, psicológicas y espirituales de los familiares. 	<p>Línea 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilización y formación del equipo. • Accesibilidad. • Contacto. • Presencia y participación en procedimientos y cuidados. • Soporte a las necesidades emocionales, psicológicas y espirituales de los familiares. 	<p>Línea 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilización y formación del equipo asistencial. • Accesibilidad. • Contacto. • Presencia y participación en procedimientos y cuidados. • Soporte a las necesidades emocionales, psicológicas y espirituales de los familiares y personas cuidadoras. • Identificación y abordaje de personas cuidadoras de pacientes vulnerables.
<p>Línea 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación en el equipo. • Comunicación e información a la familia. • Comunicación con el paciente. 	<p>Línea 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación con el equipo. • Comunicación e información al paciente y a la familia. 	<p>Línea 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación con el equipo. • Comunicación del equipo con otras áreas. • Comunicación e información al paciente, familia y persona cuidadora.
<p>Línea 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bienestar físico. • Bienestar psicológico. • Promoción de la autonomía del paciente. • Bienestar ambiental y descanso nocturno. 	<p>Línea 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bienestar físico. • Bienestar psicológico. • Promoción de la autonomía del paciente. • Bienestar ambiental y descanso nocturno. 	<p>Línea 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bienestar físico. • Bienestar psicológico y espiritual. • Promoción de la autonomía del paciente. • Bienestar ambiental y descanso nocturno.
<p>Línea 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilización sobre el síndrome de desgaste profesional y factores asociados. • Prevención del síndrome de desgaste profesional y promoción del bienestar. 	<p>Línea 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilización sobre el síndrome de desgaste profesional y factores asociados. • Prevención del síndrome de desgaste profesional y promoción del bienestar. • Prevención y manejo integral de situaciones conflictivas derivadas de la asistencia en urgencias. 	<p>Línea 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilización sobre el síndrome de desgaste profesional y factores asociados. • Prevención del síndrome de desgaste profesional y promoción del bienestar. • Prevención y manejo integral de situaciones conflictivas en los SUH.
<p>Línea 5</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevención y manejo. • Seguimiento. 	<p>Línea 5</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocolización de cuidados al final de la vida. • Soporte de síntomas físicos. • Acompañamiento en situaciones al final de la vida. • Soporte a las necesidades y preferencias emocionales y espirituales. • Protocolo de LTVS. • Implicación multidisciplinar en la decisión y desarrollo de medidas de LTSV. 	<p>Línea 5</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vulnerabilidad general: identificación, valoración y abordaje. • Vulnerabilidad específica: identificación, valoración y abordaje. • Identificación, valoración y abordaje de violencia de género y malos tratos.
<p>Línea 6</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocolización de cuidados al final de la vida. • Control de síntomas físicos. • Acompañamiento en situaciones al final de la vida. • Cobertura de necesidades y preferencias emocionales y espirituales. • Protocolo de limitación de tratamientos de soporte vital. • Implicación multidisciplinar en la decisión y desarrollo de medidas de LTSV. 	<p>Línea 6</p> <ul style="list-style-type: none"> • Privacidad e intimidad del paciente. • Confort ambiental del paciente y familiares. • Orientación del paciente. • Confort y funcionalidad en el área de trabajo de urgencias. • Confort en el área administrativa y de profesionales. • Distracción del paciente. 	<p>Línea 6</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocolización de cuidados al final de la vida. • Acompañamiento en situaciones al final de la vida. • Soporte a las necesidades según la escala de valores de los pacientes en situaciones al final de la vida. • Protocolo de cuidados a pacientes con limitación/ adecuación de tratamiento de soporte vital y rechazo al tratamiento. • Implicación multidisciplinar en la decisión y desarrollo de medidas de limitación/adecuación del tratamiento de soporte vital y rechazo del tratamiento. • Consulta al registro de voluntades vitales, a la planificación anticipada de decisiones y al comité de ética asistencial.
<p>Línea 7</p> <ul style="list-style-type: none"> • Privacidad del paciente. • Confort ambiental del paciente. • Orientación del paciente. • Confort en el área de familiares. • Confort y funcionalidad en el área de cuidados. • Confort en el área administrativa y de personal. • Distracción del paciente. • Habilitación de espacios en jardines o patios. • Señalización y accesibilidad. 	<p>Línea 7</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación y abordaje del paciente frágil y/o vulnerable. • Identificación y abordaje de cuidadoras. 	<p>Línea 7</p> <ul style="list-style-type: none"> • Privacidad e intimidad del paciente. • Confort: generalidades. • Confort ambiental del paciente, personas cuidadoras y familiares. • Orientación del paciente. • Confort y funcionalidad en el área de asistencia y cuidados. • Confort en el área administrativa y de profesionales. • Distracción del paciente.
Total: 31	Total: 25	Total: 32

UCI: unidad de cuidados intensivos; SUH: servicios de urgencias hospitalarios; LTSV: limitación de tratamiento de soporte vital.

Tabla 3. Grado de cumplimentación de las buenas prácticas por líneas estratégica en el servicio de urgencias del Hospital de Benalmádena

	Grado de cumplimentación de buenas prácticas por líneas estratégicas						
	Línea 1 N = 23	Línea 2 N = 24	Línea 3 N = 26	Línea 4 N = 18	Línea 5 N = 23	Línea 6 N = 22	Línea 7 N = 33
Sí	52%	46%	58%	22%	78%	45%	52%
No	35%	12%	30%	72%	22%	41%	27%
EP	13%	42%	12%	6%	0%	14%	21%

EP: en proceso de implementación.

“Protocolización de cuidados en pacientes con limitación/ adecuación del soporte vital y rechazo al tratamiento”; y en la línea 7, el “Confort y funcionalidad en el área de asistencia y cuidados”.

En relación a los apartados con niveles bajo de cumplimentación, destacaron en la línea 1, “Presencia y participación en los cuidados”; en la línea 3, el “Bienestar ambiental y descanso nocturno”; en la línea 4, “Sensibilización sobre el síndrome de desgaste profesional y la “Prevención y manejo integrales de situaciones conflictivas en los SUH”; en la línea 6, el “Acompañamiento en situaciones al final de la vida” y la “Implicación interdisciplinar en la decisión y desarrollo de medidas de limitación/adecuación de tratamiento de soporte vital y rechazo al tratamiento”; y en la línea 7, “Confort: generalidades”.

Los apartados en proceso para su implementación destacaron, en la línea 2, la “Comunicación en el equipo y del equipo con otras áreas asistenciales”; en la línea 6, el “Soporte a las necesidades según la escala de valores de los pacientes en situaciones al final de la vida”; y en la línea 7, el “Confort ambiental de pacientes, familiares y personas cuidadoras”.

Discusión

Este trabajo describe, que sepamos, el primer manual de buenas prácticas para la humanización de los SUH que se elabora en nuestro país.

En los SUH, existen áreas restringidas para el acompañamiento y facilitarlos, es una de las principales demandas señaladas por pacientes y familiares para mejorar la atención^{14,15}. Las características estructurales de los SUH, la sobrecarga asistencial, el rechazo de los profesionales al sentirse evaluados o la falta de formación en habilidades no técnicas, podrían explicar esto¹⁸, lo que convierte en una tarea difícil implementar políticas flexibles de acompañamiento, a pesar de que puede ayudar a la asistencia, ace-

lerar el rendimiento y facilitar el alta¹³. Además contribuye a mejorar la satisfacción y la experiencia de pacientes, familiares^{18,19} y profesionales²⁰. Y todo ello humaniza la atención sanitaria⁶.

Por ello, el manual, propone estrategias flexibles de acompañamiento, especialmente en pacientes vulnerables, lo que facilita las alianzas terapéuticas, esenciales ante los problemas cada vez más frecuentes derivados del envejecimiento de la población, la cronicidad o los problemas sociales y de salud mental^{15,21}. Así, su identificación y manejo diferenciado se convierte, por las especiales condiciones de estas personas, en una prioridad para la humanización. Los conceptos de vulnerabilidad recogidos por Da Silva *et al.*²² y la definición de los pacientes con necesidades complejas de la *National Academy of Medicine*²¹ son las referencias utilizadas por el manual para definir su propio concepto de vulnerabilidad, y que recoge muchas de las características de este tipo de pacientes que aparecen en la literatura²³⁻²⁵.

Los cuidados al final de la vida tienen una importante relevancia, porque cada vez son más frecuentes las personas que mueren en los SUH por estadios finales de enfermedades terminales^{26,27}. Familiares y profesionales señalan la necesidad de mejorar elementos como la intimidad, confort y los tiempos de atención, el apoyo emocional y espiritual, la comunicación y trabajo interdisciplinar²⁷⁻²⁹. Sin olvidar, la formación, la implementación de protocolos específicos y la integración de unidades de cuidados paliativos. El manual, en línea con las propuestas de diferentes sociedades²⁶, propone soluciones concretas a estos aspectos.

Es también una prioridad para la humanización, la evaluación y las medidas que mejoren y faciliten la comunicación y el bienestar, desde una perspectiva integral y holística por parte de los profesionales y las organizaciones para poder equilibrar los componentes científico-técnicos y humanos³⁰, que están desequilibrados, en un área tan tensionada y al borde de la quiebra¹³ como son los SUH. Por tanto, no solo se trata de dar respuestas a las condiciones físicas del bienestar, sino también a las necesidades no físicas que se relacionan de forma relevante con problemas en la información y la comunicación, así como con aspectos estructurales, ambientales y organizativos³¹⁻³³, que despersonalizan la atención, y pueden generar conflictos.

Implementar estrategias estructuradas para los procesos, técnicas y cuidados más frecuentes, con especial atención al manejo del dolor, y sobre todo, el desarrollo del trabajo interdisciplinar¹, la incorporación estructural de psicólogos y trabajadoras sociales, la información frecuente y oportuna con un lenguaje claro^{30,31} y la adquisición de ha-

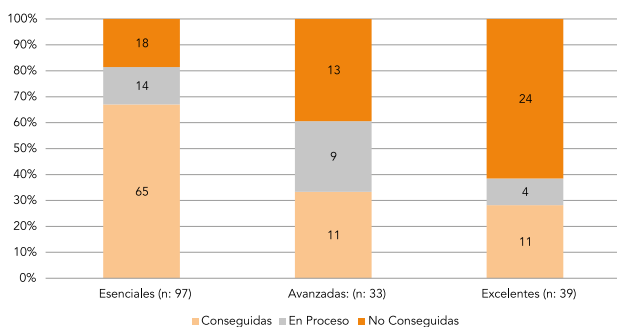


Figura 1. Grado de cumplimentación de las buenas prácticas por categorías.

Tabla 4. Grado de cumplimentación por apartados

	Sí	No	EP
Línea 1			
Sensibilización y formación del equipo asistencial	0%	67%	33%
Accesibilidad	60%	0%	40%
Contacto	50%	50%	0%
Presencia y participación en procedimientos y cuidados	20%	80%	0%
Soporte a las necesidades emocionales, psicológicas y espirituales de los familiares y personas cuidadoras	67%	33%	0%
Identificación y abordaje de personas cuidadoras de pacientes vulnerables	100%	0%	0%
Línea 2			
Comunicación en el equipo	20%	20%	60%
Comunicación del equipo con otras áreas	25%	0%	75%
Comunicación e información al paciente, familia, persona cuidadora	60%	13%	27%
Línea 3			
Bienestar físico	83%	20%	8%
Bienestar psicológico y espiritual	50%	50%	0%
Promoción de la autonomía del paciente	100%	0%	0%
Bienestar ambiental y descanso nocturno	0%	71%	29%
Línea 4			
Sensibilización sobre el síndrome de desgaste profesional y factores asociados	0%	100%	0%
Prevención del síndrome de desgaste profesional y promoción del bienestar	33%	56%	11%
Prevención y manejo integral de situaciones conflictivas en los SUH	14%	86%	0%
Línea 5			
Vulnerabilidad general	86%	14%	0%
Vulnerabilidad específica	64%	36%	0%
Identificación, valoración y abordaje de violencia de género y malos tratos	100%	0%	0%
Línea 6			
Protocolización de cuidados al final de la vida	50%	50%	0%
Acompañamiento en situaciones al final de la vida	33%	67%	0%
Soporte a las necesidades según la escala de valores de los pacientes en situaciones al final de la vida	0%	33%	67%
Protocolización de cuidados en pacientes con limitación/adequación del tratamiento de soporte vital y rechazo al tratamiento	100%	0%	0%
Implicación interdisciplinar en las decisiones y desarrollo de medidas de limitación/adequación de soporte vital y rechazo al tratamiento	33%	67%	0%
Consulta al registro de voluntades anticipadas, a la planificación anticipada de decisiones y al comité de ética asistencial	40%	40%	20%
Línea 7			
Privacidad e intimidad del paciente	60%	20%	20%
Confort: generalidades	33%	67%	0%
Confort ambiental de pacientes, familiares, personas cuidadoras	33%	0%	67%
Orientación al paciente	67%	33%	0%
Confort y funcionalidad en el área de asistencia y cuidados	70%	20%	10%
Confort en el área administrativa y de profesionales	50%	0%	50%
Distracción del paciente	25%	25%	50%

EP: en proceso de implementación; SUH: servicio de urgencias hospitalario.

bilidades no técnicas⁴, mejoran los resultados clínicos y la experiencia de pacientes, familiares y profesionales^{31,32}, lo que facilita la humanización de los SUH⁶. Sin olvidar la importancia que para todos ellos, tienen las estructuras y espacios ergonómicos, confortables, cálidos y amables^{34,35} que favorezcan la comunicación, la intimidad, la integración y uso de las tecnologías para la mejora de la distracción, orientación de pacientes y el trabajo de los profesionales. Estos elementos crean ambientes humanizados que aportan beneficios físicos, psicológicos, emocionales y económicos^{35,36}.

Pero para exigir al personal sanitario empatía, escucha activa y comprensión de los factores emocionales de los pacientes y familiares durante la atención sanitaria, es necesario cuidar primero y paralelamente el bienestar de los profesionales^{1,5}. Más en un área con tasas elevadas de *burnout*, lo cual merma la eficiencia de la asistencia^{37,38}, y favorece la deshumanización de la misma⁵.

Evaluar el bienestar de los sanitarios e implementar estrategias para la participación en la organización del ser-

vicio, desarrollar el trabajo en equipo, aumentar la autonomía, mejorar la calidad del liderazgo formal, tener recursos humanos y materiales adecuados y, así como condiciones laborales dignas³⁹, o facilitar la formación en habilidades sociales³⁴, en línea con lo que propone el manual, han demostrado ser eficaces para minimizar el impacto del *burnout*¹⁶.

En relación al estado de humanización del SUH del HARE de Benalmádena, es el primer SUH que evalúa éste utilizando el MaBePUrgH. Aproximadamente, la mitad de las buenas prácticas del manual estaban implementadas. El hecho de que en años previos dentro del hospital, y de forma específica en el SUH, se elaborara un plan de humanización, ha podido contribuir a ello. También al tratarse de un hospital de alta resolución, con un menor volumen de urgencias, ha podido facilitararlo. Pero estos datos también ponen de relieve, que hay un importante camino por recorrer.

Existe una política restrictiva de acompañamiento en el área de observación y durante la realización de técnicas

y cuidados, y entendemos, al no encontrar estudios específicos al respecto, que es similar a otros SUH, al ser una demanda frecuente de pacientes y familiares^{15,17}. Sí que se facilita el acompañamiento en la sala de espera con un familiar, y en observación en caso de vulnerabilidad.

En la comunicación existen procedimientos con estrategias para una comunicación e información eficaz, pero se ha identificado una falta de conocimiento en relación a la existencia de estos y su seguimiento, sobre todo entre profesionales. Los problemas observados con la comunicación se relacionan con la falta de formación en habilidades comunicativas y de gestión de conflictos, con la sobrecarga asistencial y con deficiencias en el trabajo interdisciplinar, como recogen otros estudios^{7,15}.

Respecto al bienestar de los pacientes, sí que estaban implementadas notablemente buenas prácticas relacionadas con su dimensión física. No obstante, el manejo del dolor, junto otros elementos no clínicos como la incertidumbre generada por los tiempos de espera y la información⁴⁰, o la falta de intimidad/comfort, se observan como fuentes de insatisfacción y experiencias negativas en línea con otros estudios^{15,31-33}, lo que pueden favorecer, junto a la falta de habilidades comunicativas, la despersonalización de la atención.

La línea estratégica de la vulnerabilidad, es la que mayor número de buenas prácticas tiene implementadas. Destaca también por su alto grado de implantación, las buenas prácticas en torno al mal trato y la violencia de género, por la sensibilización y formación llevada a cabo durante años.

Aunque las situaciones relacionadas con los cuidados al final de la vida, son poco frecuentes en nuestro SUH, se facilita el acompañamiento y existen procedimientos para dar respuestas a estos cuidados, pero no existe un box individual. La consulta de las voluntades vitales anticipadas y la posibilidad de interconsulta con cuidados paliativos, están poco desarrolladas, tal y como proponen diferentes sociedades³².

Pero es en el cuidado al profesional, donde existe mayor margen de mejora. Aunque hay algunas acciones implementadas (aumento de plantillas en periodos de alta frecuentación, tener espacios amables de desconexión), no se evalúa periódicamente el bienestar laboral, no se facilita formación para el manejo de los riesgos psicosociales, no hay plan de acogida, las plantillas son percibidas como insuficientes para la presión asistencial existente, es mejora-

ble el trabajo interdisciplinar y la participación en la organización del SUH, cuestiones básicas para cuidar a los profesionales^{5,34,39}.

A nivel de infraestructura, aunque existe una sala de estar y habitaciones individuales de descanso confortables, así como entornos informáticos que facilitan el trabajo, se valoró negativamente la capacidad de visualización de los pacientes en observación, y la escasez/ausencia de boxes. También se consignaron como mejorables aspectos relacionados con el ruido, el descanso nocturno, la luz, el uso de redes inalámbricas gratuitas o la decoración, elementos que mejoran la satisfacción y la experiencia de la asistencia y el entorno laboral^{31,32}.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, destacamos la variabilidad e idiosincrasia de los SUH españoles, lo cual puede requerir adaptaciones locales del manual para su implantación en otros hospitales. Por otra parte, el hecho de que el estudio del SUH de Benalmádena sea el centro donde se aplica el MaBePUrgH por primera vez, limita su interpretación crítica, aunque sirve de base para futuros trabajos de *benchmarking* en humanización. Por otro lado, podría haberse producido el efecto *Hawthorne* en las personas que han evaluado el estado de humanización del servicio.

Conclusiones

Este manual permite evaluar e implementar buenas prácticas para la humanización de los SUH de manera integral, pudiéndose convertir en una herramienta para conocer los SUH desde otra perspectiva y dar respuesta a muchos de los problemas de estos servicios, facilitando la transformación de los SUH hacia unidades más amables, que mejoren la experiencia de pacientes, familiares y profesionales.

Secundariamente hemos observado, utilizando este manual, un nivel moderado en la implementación de buenas prácticas de humanización del SUH estudiado. Destaca por su alto grado de implementación, la línea estratégica de "Vulnerabilidad", y por su bajo grado de implementación, la línea del "Cuidado al profesional", por lo que ésta debería ser abordada de forma prioritaria, tanto en el SUH estudiado como probablemente en otros SUH españoles⁵.

En futuros estudios, el abordaje del estado de humanización de otros SUH, pueden aumentar el conocimiento existente, sistematizarlo en base a este manual y llevar a cabo modificaciones y mejoras en el mismo.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de interés en relación con el presente artículo.

Financiación: Los autores declaran la no existencia de financiación en relación con el presente artículo.

Responsabilidades éticas: Todos los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes, acuerdo de publicación y cesión de derechos de los datos a la Revista Española de Urgencias y Emergencias.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares.

Agradecimientos: Al proyecto HURGENCIAS y al proyecto HUCI. Al grupo de humanización del SUH del HARE de Benalmádena.

BIBLIOGRAFÍA

1. Velasco Bueno JM, La Calle GH. Humanizing Intensive Care: From Theory to Practice. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2020;32:135-47.
2. Duarte V. Humanización de la asistencia mé-

dica en el servicio de urgencias: la importancia de los valores en salud. *Emergencias.* 2014;26:481-3.

3. García Cabeza ME. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. *Metas Enferm.* 2014;17:70-4.
4. Ortíz EMP, Cruz JVD, Montañez RAC, Buitrago CYB. Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias. *Rev Cienc Cuid.* 2021;18:94-104.
5. López-Hernández MA, Darias-Acosta AT, Travería-Becker L. Cuidar al que cuida en urgencias. Oportunidades de mejora. *Rev Esp Urg Emerg.* 2022;1:108-12.

6. Duro Robles R. Plan de humanización en el Ámbito de la Salud 2022-2027. Palma: Servicio de Salud de las Islas Baleares. (Consultado 10 Noviembre 2022). Disponible en: https://www.ibsalut.es/docs/Plans_programas_estrategias/ES/Plan%20Humanizaci%C3%B3n%20IB-SALUT_ESP.pdf
7. Anguita MV, Sanjuan-Quiles Á, Ríos-Risque M, Valenzuela-Anguita MC, Juliá-Sanchis R, Montejano-Lozoya R. Humanização dos cuidados de saúde no serviço de urgência: análise qualitativa baseada na experiência dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. 2019;IV:59-68.
8. Ortega Benítez A, García Martín JC, Rodríguez Novo Y, Núñez Díaz S, Novo Muñoz M, Rodríguez Gómez JA. Humanización en atención urgente. ¿Entendemos lo mismo sanitarios, pacientes y familia? *Emergencias*. 2004;16:12-6.
9. Salas Rodríguez JM, Cánovas Martínez C, Juguera Rodríguez L, Pardo Ríos M. La humanización en urgencias y emergencias: ¿moda o necesidad?. *Emergencias*. 2018;30:437.
10. Pérez-Fuentes MDC, Herera-Peco I, Molero Jurado MDM, Oropesa Ruiz NF, Ayuso-Murillo D, Gázquez Linares JJ. The Development and Validation of the Healthcare Professional Humanization Scale (HUMAS) for Nursing. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16:E3999.
11. Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. 2017 (Consultado 23 Febrero 2022). Disponible en: <https://proyctohuci.com/es/buenas-practicas/>
12. Grupo de trabajo de Humanización de los Servicios de Urgencias Hospitalarias. Manual de buenas prácticas de Humanización en Servicios de Urgencias Hospitalarias. 2020 (Consultado 23 Febrero 2022). Disponible en: <https://proyctohuci.com/es/bp-hurghosp/>
13. SharmaRahul. The Availablists: Emergency Care without the Emergency Department. *NEJM Catal Innov Care Deliv* [Internet]. 21 de diciembre de 2021(Consultado 19 Mayo 2022). Disponible en: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.21.0310>
14. Ministerio de Sanidad Gobierno de España. Barómetro sanitario 2019 [Internet]. 2019 (Consultado 23 Febrero 2022). Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2019/RESUMENGRAFICO_BS2019.pdf
15. Defensor del Pueblo. Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes. Estudio conjunto de los defensores del pueblo [Internet]. 2015 (Consultado 23 Febrero 2022). Disponible en: <https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2015/05/2015-Las-urgencias-hospitalarias-en-el-Sistema-Nacional-de-Salud-derechos-y-garant%C3%A1-Das-de-los-paciente-ESP.pdf>
16. Busch IM, Moretti F, Travaini G, Wu AW, Rimondini M. Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. *A Systematic Review. The Patient*. 2019;12:461-74.
17. García Cagigal AM, Arroyo Lamas D, Llorca Santana ML. Preferencias sobre normas de acompañamiento en el Servicio de Urgencias Hospitalario. *Metas Enferm*. 2018;21:67-74.
18. Barreto M da S, Peruzzo HE, García-Vivar C, Marcon SS. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: a meta-synthesis. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 25 de febrero de 2019 (Consultado 19 Junio 2022). Disponible en: <http://www.scielo.br/j/reeusp/a/LDxcHLxvkdKkR-ZPKWcBKxzq/?lang=en>
19. McConnell D, McCance T, Melby V. Exploring person-centredness in emergency departments: A literature review. *Int Emerg Nurs*. 2016;26:38-46.
20. Mistraretti G, Giannini A, Gristina G, Malacarne P, Mazzone D, Cerutti E, et al. Why and how to open intensive care units to family visits during the pandemic. *Crit Care*. 2021;25:191.
21. Long P, National Academy of Medicine (U.S.), Leadership Consortium for a Value & Science-Driven Health System, editores. *Effective care for high-need patients: opportunities for improving outcomes, value, and health*. Washington, DC: National Academy Of Medicine; 2017. 1 p.
22. Silva D, Peres A, Wolff L, Mazza V. Contributions of the concept of vulnerability to professional nursing practice: integrated review. *Rev Pesqui Cuid É Fundam Online*. 2014;6:848-55.
23. Korczak V, Shanthosh J, Jan S, Dinh M, Lung T. Costs and effects of interventions targeting frequent presenters to the emergency department: a systematic and narrative review. *BMC Emerg Med*. 2019;19:83.
24. Moe J, Kirkland SW, Rawe E, Ospina MB, Vandermeer B, Campbell S, et al. Effectiveness of Interventions to Decrease Emergency Department Visits by Adult Frequent Users: A Systematic Review. *Acad Emerg Med*. 2017;24:40-52.
25. Alonso CF, Pareja RR, García AR, Gallego RJ, Carbajo YM, Mulet JMA. Proyecto FIDUR: pacientes hiperfrecuentadores fidelizados en servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*. 2016;28:16-20.
26. Martín-Sánchez FJ, González Armengol JJ. La atención en los servicios de urgencias al paciente terminal, ¿una circunstancia de fracaso o una oportunidad? *Med Paliativa*. 2015;22:117-8.
27. Vázquez-García D, de-la-Rica-Escuín M, Germán-Bés C, Caballero-Navarro AL. Afrontamiento y percepción profesional en la atención al final de la vida en los servicios hospitalarios de emergencias. *Rev Esp Salud Pública*. 2019;93:e1-15.
28. Ortega-Galán Á, Ruiz-Fernández MD, Ortiz-Amo R, Cabrera-Troya J, Carmona-Rega IM, Ibáñez-Masero O. Atención recibida al final de la vida en los servicios de urgencias desde la perspectiva de los cuidadores: estudio cualitativo. *Enferm Clínica*. 2019;29:10-7.
29. Alqahtani AJ, Mitchell G. End-of-Life Care Challenges from Staff Viewpoints in Emergency Departments: Systematic Review. *Healthcare*. 2019;7:83.
30. Pizarro CG, Martos JS, Armengol JJG, Pérez MCF. Impacto de una unidad de atención e información a la familia y los acompañantes del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios en la mejora del grado de satisfacción. *Emergencias*. 2014;26:114-20.
31. Graham B, Endacott R, Smith JE, Latour JM. 'They do not care how much you know until they know how much you care': a qualitative meta-synthesis of patient experience in the emergency department. *Emerg Med J*. 2019;36:355-63.
32. Sonis JD, Aaronson EL, Lee RY, Philpotts LL, White BA. Emergency Department Patient Experience. *J Patient Exp*. 2018;5:101-6.
33. Pham JC, Seth Trueger N, Hilton J, Khare RK, Smith JP, Bernstein SL. Interventions to Improve Patient-centered Care During Times of Emergency Department Crowding. *Acad Emerg Med*. 2011;18:1289-94.
34. Gálvez-Herrer M, JM G, MC M, M F, HU-CI M. Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: Implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del Proyecto HU-CI Humanizing Healthcare and Occupational Health: Implications, State of Issue and Proposal from HU-CI Project. *Med Secur Trab*. 2017;6363:103-19103.
35. Gómez-Tello V, Ferrero M. Infraestructura humanizada en las UCI. Un reto a nuestro alcance. *Enferm Intensiva*. 2016;27:135-7.
36. Buffoli M, Bellini E, Dell'Ovo M, Gola M, Nanchiero D, Rebecchi A, et al. Humanisation and soft qualities in emergency rooms. *Ann Ist Super Sanita*. 2016;52:40-7.
37. Gómez-Urquiza JL, De la Fuente-Solana EI, Albendín-García L, Vargas-Pecino C, Ortega-Campos EM, Cañadas-De la Fuente GA. Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A Meta-Analysis. *Crit Care Nurse*. 2017;37:e1-9.
38. Lim R, Aarsen KV, Gray S, Rang L, Fitzpatrick J, Fischer L. Emergency medicine physician burnout and wellness in Canada before COVID-19: A national survey. *CJEM*. 2020;22:603-7.
39. Schneider A, Weigl M. Associations between psychosocial work factors and provider mental well-being in emergency departments: A systematic review. *PLoS ONE*. 4 de junio de 2018;13(6):e0197375.
40. Brito-Brito PR, García-Tesouro E, Fernández-Gutiérrez DA, García-Hernández AM, Fernández-Gutiérrez R, Burillo-Putze G. Validación de la Escala de Incertidumbre ante la Enfermedad en pacientes y acompañantes que acuden a un servicio de urgencias. *Emergencias*. 2018;30:105-14.