

**LA HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA: UNA REVISIÓN  
NARRATIVA**

**Investigador(es)**

**SILVANA ELVIRA SALAZAR TRUJILLO  
EINELSA SUAREZ GARCÍA  
RUBIELA KATHERINE SUAREZ ROMERO  
VICENI VALDEZ CERDA  
CLARENA PATRICIA VILLADIEGO OSPINO**

**PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
CARTAGENA DE INDIAS**

**2020**

**LA HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA: UNA REVISIÓN  
NARRATIVA**

**Investigado(es)**

**SILVANA ELVIRA SALAZAR TRUJILLO  
EINELSA SUAREZ GARCÍA  
RUBIELA KATHERINE SUAREZ ROMERO  
VICENI VALDEZ CERDA  
CLARENA PATRICIA VILLADIEGO OSPINO**

**Trabajo de Investigación presentado para optar el título de  
ADMINISTRADORA DE SERVICIOS DE SALUD**

**Asesor**

**LUIS ALFONSO SIERRA LEGUÍA**

**Enfermero, Especialista en Cuidado al adulto y niño en estado crítico de  
salud, Magister en Enfermería con énfasis en cuidado a las Personas,  
cuidado a los colectivos.**

**PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
CARTAGENA DE INDIAS  
2020**

## **Dedicatoria**

El presente trabajo investigativo lo dedicamos principalmente a Dios, por ser el inspirador, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad.

A nuestros padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos.

A nuestros hermanos (os) por estar siempre presentes, acompañándonos y por el apoyo moral, que nos brindaron a lo largo de esta etapa de nuestras vidas.

A nuestros compañeros de vida por ser los principales promotores de nuestros sueños, por confiar y creer en nuestras expectativas; nuestros hijos que nos motivan día a día a cumplir todas nuestras metas.

A todas las personas que nos han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

## Tabla de contenido

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
OBJETIVOS .....	16
MARCO TEÓRICO .....	17
METODOLOGÍA.....	22
RESULTADOS .....	23
<i>Migrants' and professionals' views on culturally sensitive pre-hospital emergency care (30).....</i>	29
<i>"We are strangers walking into their life-changing event": How prehospital providers manage emergency calls at the end of life (31).....</i>	32
<i>Barriers to Reporting Child Maltreatment: Do Emergency Medical Services Professionals Fully Understand Their Role as Mandatory Reporters? (32)..</i>	34
<i>Emergency Department Staff Attitudes Toward People Presenting in Chronic Pain: A Qualitative Study (33).....</i>	34
<i>Awareness and attitudes towards violence and abuse among emergency nurses (34).....</i>	36
<i>What do EMS personnel think about domestic violence? An exploration of attitudes and experiences after participation in training (35).....</i>	37
<i>Nurses' attitudes towards the reporting of violence in the emergency department (36) .....</i>	38
<i>Improving Emergency Providers' Attitudes Toward Sickle Cell Patients in Pain (37) .....</i>	39
<i>Interactions Between Children and Pediatric Nurses at the Emergency Department: A Swedish Interview Study (38).....</i>	41
<i>Personal factors affecting ethical performance in healthcare workers during disasters and mass casualty incidents in Iran: a qualitative study (39).....</i>	43
<i>Dental students' attitudes towards management of pain and anxiety during a dental emergency: educational issues (40).....</i>	46
<i>Emergency Nursing Experiences in Assisting People With Suicidal Behavior: A Grounded Theory Study(41).....</i>	47
<i>Humanization in a Hospital: A Change Process Integrating Individual, Organizational and Social Dimensions (42).....</i>	48
<i>"Sometimes You Feel Like the Freak Show": A Qualitative Assessment of Emergency Care Experiences Among Transgender and Gender-Nonconforming Patients (43).....</i>	50
<i>Emergency patients' and family members' experiences of encountering care providers and receiving care in nonconveyance situations (44) .....</i>	52
<i>Humanization of healthcare at the emergency department: A qualitative analysis based on nurses' experiences (45) .....</i>	54

<i>A Conflict of Values: Nurses' Willingness to Work Under Threatening Conditions (46)</i> .....	56
DISCUSIÓN .....	57
CONCLUSIÓN .....	59
BIBLIOGRAFÍA .....	60

## **Lista de tablas**

Tabla 1 Resultados por bases de datos.....	23
Tabla 2 Artículos recuperados por bases de datos de acuerdo con publicaciones por año. .....	25

## **Lista de Imágenes**

Imagen 1 Diagrama de flujo de selección de artículos .....	24
Imagen 2 Nube de palabras - Palabras claves de los artículos recuperados .....	29

## Resumen

**Objetivo:** Determinar el estado del arte en relación con la atención humanizada en los servicios de urgencia. **Metodología:** Revisión narrativa de literatura, desarrollada en los meses de marzo a julio de 2020 en cinco bases de datos disponibles en los servicios de biblioteca de la Universidad de Cartagena. **Resultados:** Se recuperaron 17 artículos que aportaron significativamente al análisis y comprensión de la situación; el 100% en idioma inglés, de estudios desarrollados en cuatro continentes (América, Europa, Asia y Oceanía); los profesionales de enfermería cuentan con mayor número de publicaciones orientadas al conocimiento de la humanización de los servicios de salud. **Discusión:** Los resultados demuestran un necesario cambio de actitudes frente a la humanización, capacitación y reconocimiento del otro como ser humano. Se tienden a normalizar la violencia en los servicios de urgencia, situación que es contraria a los criterios de humanización de los servicios de salud. **Conclusión:** Es necesaria la implementación de estudios de intervención.

**Palabras claves:** Humanización de la asistencia, Humanización de los servicios, Servicios médicos de emergencia, Emergencias, Socorro de emergencia. (DecS y Mesh)

## Abstract

**Objective:** To determine the state of the art in humanized care in emergency services. **Methodology:** Review of the narrative literature, developed during the months of March to July 2020 in five databases available in the library services of the University of Cartagena. **Results:** 17 articles were retrieved which contributed significantly to the analysis and understanding of the situation; 100% in English, studies developed on four continents (America, Europe, Asia and Oceania); Nursing professionals have more publications aimed at understanding the humanization of health services. **Discussion:** The results show a necessary change in attitudes towards humanization, training and recognition of the other as a human being. They tend to normalize violence in emergency services, a situation contrary to the criteria of humanizing health services. **Conclusion:** The establishment of intervention studies is necessary.

Palabras Claves: Humanization of Assistance, Humanization of Services, Emergency Medical Services, Emergencies, Emergency Relief. (DecS y MesH)



## INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo de investigación se abordó el tema de la humanización en los servicios de urgencias. Este es un tema en el que recientemente se ha venido incrementando el interés por conocer desde las diferentes perspectivas, tanto del profesional de la salud como del propio paciente, quien desde su óptica puede visibilizar los sentimientos y sensaciones que le causa la atención en salud por parte del profesional.

El documento presentado a continuación cuenta con un planteamiento del problema donde se expresa claramente que en Colombia y en el resto del mundo la salud es un derecho fundamental donde además de la atención en salud es importante un cuidado integral que proporcione bienestar en todas las necesidades de salud. Dentro de este contexto se maneja el termino de calidad y calidez en los cuales engloban aspectos científicos, técnicos, metodológicos y relaciones entre el personal de salud y pacientes. El diseño metodológico evidencia un análisis a una cantidad determinada de artículos relacionados con la humanización realizando una revisión narrativa, en cinco bases de datos que nos ofrece la biblioteca virtual de la universidad de Cartagena con el fin de obtener resultados.

Los últimos aspectos desarrollados en el documento, tienen que ver con los análisis explotados a partir de la lectura de los textos los cuales permitieron identificar los diferentes factores asociados a la humanización en el servicio de urgencia. Finaliza el documento con las conclusiones en donde al hablar de humanización es importante tener en cuenta que todo es un conjunto de valores implicados en esta, las instituciones del sector salud, tienen el compromiso no solo de proveer al recurso humano los mecanismos para que logren efectuar apropiadamente su competencias, atenuar sus

debilidades formativas y de comunicación, sino también intervenir las limitaciones en infraestructura y equipamiento que conllevan a una negatividad en el logro de una atención con calidad y calidez.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Una de las mayores críticas al sector salud en la actualidad es la relacionada con el abordaje integral del ser humano (1). Actualmente, los avances tecnológicos, la apertura económica y en general las condiciones socioeconómicas de la sociedad da fe de los cambios que el ser humano ha venido desarrollando en su condición de ser social, tal como lo afirma Plumed C (2), en su reflexión donde asevera que la deshumanización se puede definir como la polución del hombre. Esta situación está ligada a los procesos de tecnificación de los servicios de salud, la prioridad por la eficiencia y el control del costo, con lo que se ha producido en el personal que lidera la atención en salud, que se anteponga aspectos administrativos, financieros y procedimentales a la prestación de un servicio de salud orientado al ser humano (3).

Los esfuerzos por propender por una atención en salud que considere la importancia de la relación humana, es un tema que se encuentra en las discusiones desde hace varias décadas. En la década del 80, por ejemplo, la Subdirección General de Atención Hospitalaria de España contemplaba la Humanización de la asistencia como uno de los pilares en la reforma hospitalaria de la época en el denominado “Nuevo modelo de gestión”. Luego para los años 90, el Hastings Center, en los Estados Unidos, llevó a cabo una investigación ambiciosa bajo la hipótesis de que el progreso de las ciencias biomédicas, de la biotecnología y el aumento de las necesidades humanas, unido a la escasez de recursos para satisfacerlas, habían producido una serie de cambios radicales (4).

En Colombia, el tema de la humanización de los servicios de salud, se encuentra estrechamente ligado a los aspectos normativos, los cuales datan desde la conceptualización de la Constitución Política del país y otras normas

anteriores que reglamentan la conducta médica y del personal que presta servicios de salud. Se pueden resaltar entre otros, el artículo 48 de la constitución política de Colombia, donde se resalta “los derechos fundamentales: el derecho a la vida, derecho a la información, a la participación e igualdad”; la ley 100 de 1993, en la que se establece que el sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, la Resolución 13437 de 1991, por la cual se constituyen los Comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes, el Decreto 1011 de 2006 que establece el sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud, el decreto 4295 de 2007 que fija normas técnicas de calidad para las IPS, entre otras normas reglamentarias que le apuntan a la humanización como parte fundamental de los procesos de calidad en la atención en salud(5).

La humanización, se reconoce como un eje trazador dentro del Sistema Único de la Acreditación cuya meta es garantizar el respeto y la dignidad del ser humano (6), toda vez que la humanización de los servicios de salud se puede conceptualizar desde diferentes vertientes de pensamiento y enfoques, que van desde los derechos humanos, hasta la filosofía y vertientes morales del pensamiento hasta los requisitos de acreditación en salud (5).

A pesar de lo anterior, lamentablemente, en la cotidianidad de la práctica, y mayor aún en los servicios de urgencia, parece evidenciar lo contrario a los ideales morales y normativos que se visualizan en los decretos y resoluciones que se han referenciado, puesto que los servicios de salud se han convertido de manera general en una mercancía, donde se observa indolencia por el sufrimiento de la persona, el centralismo por la enfermedad que evidencia una pérdida de vista de las relaciones humanas,

el trato y la comunicación, perdiendo la confianza y oportunidad de ayuda al paciente a expresar sus necesidades, favorecer la negociación y permitir espacios de sensibilización ante la comunicación de malas noticias percibiéndose como barreras en la interacción del profesional de la salud con la persona cuidada (7).

Por otro lado, el talento humano de la salud, reportan mayores presiones laborales, dificultades salariales, y dificultades para mantener su estatus, lo que ocasiona que se agrave la situación; La falta de un verdadero acceso a una atención en salud oportuna , de calidad, así como las crecientes quejas por los malos servicios tecnológicos prestados durante el ciclo del servicio y abusos de muchos profesionales de la salud, han convertido a este escenario en terreno de desesperación, angustia, impotencia y rabia (1).

La atención a la persona enferma es un fenómeno social universal y los factores intrínsecos en la interacción persona a persona representan los valores que tienen que ver con el profesional de la salud, el paciente y la familia e incluye aquello que siente, experimenta, comunica y se promueve en la relación interpersonal(8). En este sentido Watson J (9), define al ser humano como un ser unitario conformado espiritualmente, mentalmente, emocionalmente y físicamente; en donde la enfermedad es subjetiva, que se presenta como una crisis de armonía en la persona con su yo interior o el alma, por lo cual la salud se refiere a la armonía de cuerpo, mente y espíritu. Por ello, los profesionales que laboran en el sector salud, están llamados a estimar la totalidad del ser humano, sin importar el área o la complejidad del servicio en el que se encuentre; la relación transpersonal describe ese proceso intersubjetivo, que abarca dos individuos únicos, en un momento dado, en el que la relación trasciende las dos subjetividades, conectando con otras dimensiones más altas de bienestar y conciencia superior (10).

En virtud de lo anterior, se requiere que la práctica en salud de los servicios de urgencias de hoy y del futuro tome un enfoque humano en la medida que las profesiones avanza en el ámbito científico-teórico, así como en la práctica clínica humanista. La calidad de la atención en salud hoy en día exige un respeto humanista por la unidad funcional del ser humano (11).

Todo cuidado humano se relaciona con las respuestas humanas intersubjetivas a las condiciones de salud - enfermedad - curación; por lo que la preservación y promoción de la atención humanizada es un tema crítico para los profesionales de la salud y su capacidad para sobrevivir parte de la transformación de la prestación de los servicios de salud en la sociedad. El cuidado humano, entonces, implica un empeño ético, ontológico y epistémico en el que se define tanto al profesional como a la persona receptora de la atención en un nivel de tiempo y espacio (12).

Las organizaciones hospitalarias, desde cada uno de sus servicios, tienen la tarea adaptar y reintegrar a las personas al sistema social y se espera de ellas que sean un núcleo de cuidado para los usuarios; sin embargo, la atención en algunos servicios como el de urgencia, como se ha mencionado, se considera deficiente debido a que los diferentes profesionales que trabajan en estos servicios no realizan acciones de cuidados centrados en el paciente, sino centrados en los procedimientos (13,14), como lo afirma Rodríguez C (15) quien al realizar un análisis de las relaciones humanas en los entornos de los servicios de la salud expresa que las relaciones humanas en general se han trivializado, marcado por un lenguaje superficial en las formas de comunicación impuesto por el ritmo acelerado de la vida moderna; la relación entre los profesionales de la salud y los pacientes es influida por este fenómeno colectivo, que en el caso de la atención en salud se hace más doloroso para quien lo padece, el enfermo,

su familia y el propio trabajador de la salud, ahora bien, también afirma que la deshumanización creciente no es únicamente resultado de las dificultades de comunicación o del ritual tecnológico actual, sino que las propias instituciones de salud contribuyen desde su estructura y sus procesos a la pérdida de contacto entre los seres humanos.

## **OBJETIVOS**

### Objetivo General

- Determinar el estado del arte en relación con la atención humanizada en los servicios de urgencia.

### Objetivos Específicos

- Identificar las publicaciones realizadas respecto a la humanización de los servicios de urgencia.
- Identificar los principales resultados relacionados con la humanización de los servicios de urgencia



## MARCO TEÓRICO

La bibliografía respecto a la humanización de la atención en salud y concretamente sobre la percepción que tienen los pacientes va en crecimiento debido al interés de los profesionales del área de la salud por evaluar las acciones y el impacto que ello tiene sobre la salud de las personas, en este sentido son los profesionales de la Enfermería quienes lideran las estadísticas respecto al interés por la temática.

Una atención humanizada de la salud, se podría definir como lo hacen las enfermeras a través de su teoría del cuidado humanizado de enfermería, donde se define este como el conjunto de acciones fundamentadas en la relación paciente- enfermera, quien además del dominio técnico-científico debe estar presto a comprender al otro en el entorno en el que se desenvuelve (16). Es por esto que el profesional de la salud debe mantener una actitud crítica y reflexiva frente a la realidad social del ser humano, a sus derechos y hacer de su práctica diaria un medio para la visibilidad de dicha actitud, mediante la investigación y aplicación de modelos teóricos, que alimenten un cuidado con calidad y sensibilidad humana (17).

Quintero A y col (18) afirman que el profesional debe ser capaz de conocer a la persona, identificar sus pensamientos, sentimientos, dudas, expectativas, dolores, molestias y de esta forma propender por el crecimiento del individuo. Entonces una atención humanizada es enfocarse no sólo en la enfermedad sino en la persona que está recibiendo los cuidados y permitir que los sentimientos hacia los demás se vean reflejados en la atención a los pacientes (19). Esta relación, permite que el paciente organice de forma significativa su experiencia teniendo así una percepción, por lo que esta percepción hace referencia a la impresión que se genera de la interrelación al momento de “cuidar del otro” (20).

Para Watson J (21) el ideal moral de la atención de los enfermos es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana, la práctica de un cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Sostiene que el cuidado es un proceso intersubjetivo que responde a los procesos de salud – enfermedad, a la interacción persona – medio ambiente, al autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y las limitaciones (22).

Al respecto de la Humanización de los servicios en salud, se evidencian diferentes investigaciones que dan cuenta del estado del arte en relación. Así por ejemplo, Aiquipa A (23), mediante un estudio realizado pudo valorar 5 aspectos: Calidad, Humanismo, Oportunidad, Seguridad y Continuidad de la atención, dentro de un conjunto de medición de la calidad percibida, encontrando que el 92.5% de los pacientes encuestados percibía un nivel de calidad “bueno”. Rivera L (17) por su parte, fue más específico en su estudio sobre la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de Enfermería en la Clínica del Country, hallando que el 86.7% de los participantes del estudio siempre percibieron un cuidado humanizado por parte de los profesionales de enfermería; mientras que en el estudio de Romero E (24,25) esta proporción bajó al 55% de los pacientes; por otro lado, González J (13) realizó una validación de la tercera versión del instrumento usado por los autores anteriores, encontrando que el 73% de los pacientes participantes en su estudio siempre percibieron un cuidado humanizado por parte del profesional de enfermería.

Otros estudios que aportan información, son los estudios desarrollados por Barragán J (26) y Borré Y (20); al contemplar la humanización de los servicios de la salud como parte funcional de la percepción de la calidad de

los servicios. Hallando que la satisfacción global con el cuidado recibido por parte de los profesionales de enfermería se encontraba en un 92.2% y el 78% en cada estudio respectivo; mientras que por su parte, Espinoza L (27) tomo como indicadores de humanización el apoyo emocional, físico, proactividad y la empatía entre otros con lo cual percepción baja del cuidado que realiza el profesional de enfermería en favor de los pacientes, ya que solo algunas veces se aplican los criterios para un cuidado humanizado.

### **Atención en Salud**

El decreto 1011 de 2006(29) la define como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa a través de un nivel profesional optimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

### **Servicio de Urgencia**

El decreto 412 de 1992 (52) la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud para esa unidad. La función del Servicio de Urgencias es valorar al paciente para posteriormente, diagnosticarlo, tratarlo, evaluarlo y así decidir si el paciente se ingresa o se envía a casa con los cuidados que debe seguir.

## **Atención de urgencias**

El decreto 412 de 1992 (52) es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias. de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud para esa unidad. La atención de urgencia surge cuando se hace necesaria la asistencia inmediata ya sea: por accidente, por empeoramiento de una enfermedad, aparición de un cuadro grave entre otras,

## **Humanización**

Humanizar es una cuestión ética y transversal; tiene que ver con los valores, con la búsqueda del bien de la persona que se encuentra y de sí mismo en la relación. Humanizar una realidad consiste en impregnarla de los valores genuinamente humanos, que van más allá del valor del uso de las técnicas para luchar contra las adversidades de la vida, o mejor, que refieren el fondo del uso de ésta, los motivos y los modos que llevan a utilizarlas bien (28). Humanización en salud, constituye un compromiso ético de considerar a la persona en su globalidad. Y una intervención integral, donde se necesita de una particular capacitación de los agentes sociales en el ámbito de autonomía de las relaciones, en el respeto de los valores, en el manejo de los sentimientos de frustración y de pérdida, en el potenciamiento de la autopercepción, etc.

## **Deshumanización**

La deshumanización se entiende como la decadencia de los atributos humanos, se marca desde aspectos tangibles como la codificación y cosificación del ser humano desde el número de la cedula que es nuestra identificación, las nomenclaturas de las viviendas, el puesto de la silla en el medio de transporte o un cine, el contrato que firmamos en el trabajo, hasta el número de cama en un hospital muestra dicha tendencia. Estas condiciones se ven más afianzadas cuando las exigencias en el personal asistencial se basan en indicadores numéricos (que son la gran mayoría), como tasa de atendidos en servicio de urgencias, necesidad de reducir número de días de estancia hospitalaria u optimización de recursos materiales. Estos conceptos nos retroceden a la revolución industrial, costo, efectividad y producción. Es casi que involuntario que se observen actitudes en el personal de los servicios de salud que solo operacionalizan su labor teniendo en cuenta sus objetivos personales y los numéricos de donde trabajan (28).

## **METODOLOGÍA**

Se realizó una revisión de literatura existente sobre el tema de la humanización en los servicios de urgencias, de publicaciones originales realizadas entre los años 2010 y 2020 en idiomas español, inglés y portugués de acceso completo a través de las bases de datos contratadas por la Universidad de Cartagena. Para la búsqueda se utilizó la ecuación compuesta por las palabras claves y operadores booleanos: ("Humanization of Assistance" OR "Humanization of Services") AND ("Emergency Medical Services" OR "Emergencies" OR "Emergency Relief") identificadas en los descriptores DecS y Mesh.

Para el análisis de la información se elaboró una matriz en Excel que contiene toda la información necesaria para el análisis general y de contenido de los textos seleccionados. En esta matriz se diligenció el título, autor, año de publicación, idioma de publicación, resumen, metodología del trabajo y los principales resultados. De igual forma se utilizó la información generada por el gestor bibliográfico en relación con la lectura y citación de los artículos recuperados como indicación de impacto del estudio.

El presente estudio de revisión se rige por el respeto de los derechos de todos los autores, está libre de sesgo real o aparente en su interpretación que pudiera resultar del interés efectivo o en especie de los investigadores.

## RESULTADOS

Se realizó una búsqueda exhaustiva en 5 bases de datos con acceso desde el servicio de Biblioteca de la Universidad de Cartagena. En las bases de datos Medline, Scopus, Science Direct, Academic Search Complete y Sage Journal, usando la ecuación de búsqueda: ("Humanization of Assistance" OR "Humanization of Services") AND ("Emergency Medical Services" OR "Emergencies" OR "Emergency Relief"), la cual fue construida con base en la integración de palabras claves resultantes en los Descriptores en ciencias de la salud (DeCS) y los Medical Subject Headings (MeSH).

Los resultados iniciales de la búsqueda arrojaron un total de 7.701 artículos en las diferentes bases de datos. Al aplicar los filtros de criterios de inclusión del estudio, quedaron un total de 746 artículos, los cuales fueron revisados en su título y resumen, se descartaron artículos duplicados en diferentes bases de datos y aquellos que no se relacionaron en concordancia con el objetivo del estudio planteado, quedando un total de 73 artículos para lectura a texto completo. Al realizar el análisis de contenido de los artículos en la lectura a texto completo, se seleccionaron 17 artículos que aportaron significativamente a la comprensión y análisis de la temática abordada por los autores.

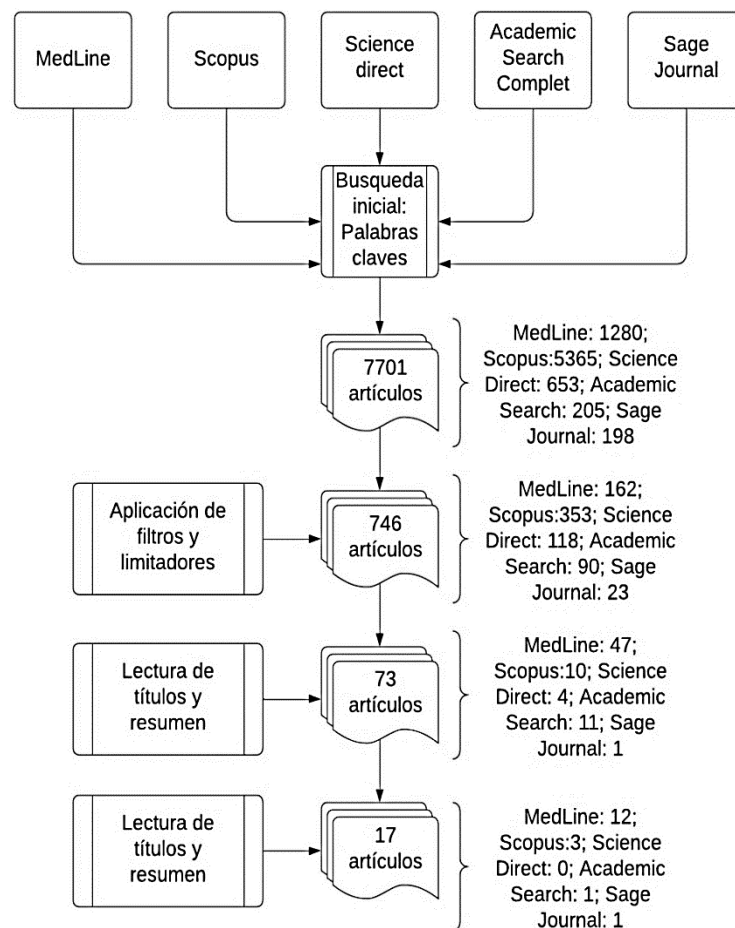
*Tabla 1 Resultados por bases de datos*

<b>Bases de datos/Flujo de búsqueda</b>	<b>Medline</b>	<b>Scopus</b>	<b>science direct</b>	<b>academic search complete</b>	<b>sage journal</b>	<b>Totales</b>
<b>Búsqueda Inicial</b>	1280	5365	653	205	198	7701
<b>Aplicación de filtros</b>	162	353	118	90	23	746
<b>Lectura de títulos y resumen</b>	47	10	4	11	1	73
<b>Lectura de texto completo</b>	12	3	0	1	1	17

*Fuente: Elaboración propia*

El 100% de los artículos revisados a texto completo se encuentran publicados en idioma inglés, 7 estudios fueron realizados en América de los cuales 5 en los Estados Unidos y 2 en Brasil, otros 6 estudios se realizaron en Europa, 3 en Asia y 1 en Oceanía. Respecto al año de publicación se encontró que el año con mayor publicación al respecto fue el 2015 con 5 publicaciones, seguido de 2016 y 2017 con 4 publicaciones en cada año respectivo. Al revisar el número de citas que reportan los artículos seleccionados a través del gestor bibliográfico Mendeley, se encontró que el promedio de citas para los 17 artículos es de 7 citas desde su publicación a agosto de 2020.

Imagen 1 Diagrama de flujo de selección de artículos



Fuente: Elaboración Propia



Tabla 2 Artículos recuperados por bases de datos de acuerdo con publicaciones por año.

N°	Base de datos	Título	Autores	Revista	Año	País
1	MedLine	Migrants' and professionals' views on culturally sensitive pre-hospital emergency care	Kietzmann, Diana Hannig, Christian Schmidt, Silke	Social Science and Medicine	2015	Alemania
2	MedLine	"we are strangers walking into their life-changing event": How prehospital providers manage emergency calls at the end of life	Waldrop, Deborah P. Clemency, Brian Lindstrom, Heather A. Cordes, Colleen Clemency	Journal of Pain and Symptom Management	2015	USA
3	MedLine	Barriers to Reporting Child Maltreatment: Do Emergency Medical Services Professionals Fully Understand Their Role as Mandatory Reporters?	Lynne, Ellen Grace Gifford, Elizabeth J. Evans, Kelly E. Rosch, Joel B.	North Carolina Medical Journal	2015	USA
4	MedLine	Emergency Department Staff Attitudes Toward People Presenting in Chronic Pain: A Qualitative Study	Gauntlett-Gilbert, Jeremy Rodham, Karen Jordan, Abbie Brook, Peter	Pain Medicine	2015	Reino Unido
5	SCOPUS	Awareness and attitudes towards violence and abuse among emergency nurses	Cho, Ok Hee Cha, Kyeong Sook Yoo, Yang Sook	Asian Nursing Research	2015	Korea del Sur
6	MedLine	What do EMS personnel think about domestic violence? An exploration of attitudes and experiences after	Donnelly, Elizabeth A. Oehme, Karen Melvin, Rebecca	Journal of Forensic and Legal Medicine	2016	USA

		participation in training				
7	Scopus	Nurses' attitudes towards the reporting of violence in the emergency department	Hogarth, Kathryn M. Beattie, Jill Morphet, Julia	Australasia n Emergency Nursing Journal	2016	Australia
8	MedLine	Improving Emergency Providers' Attitudes Toward Sickle Cell Patients in Pain	Puri Singh, Aditi Haywood, Carlton Beach, Mary Catherine Guidera, Mark Lanzkron, Sophie Valenzuela-Araujo, Doris Rothman, Richard E. Dugas, Andrea Freyer	Journal of Pain and Symptom Management	2016	USA
9	MedLine	Interactions Between Children and Pediatric Nurses at the Emergency Department: A Swedish Interview Study	Grahn, Malin Olsson, Emmy Mansson, Marie Edwinson	Journal of Pediatric Nursing	2016	Suecia
10	MedLine	Personal factors affecting ethical performance in healthcare workers during disasters and mass casualty incidents in Iran: a qualitative study	Kiani, Mehrzad Fadavi, Mohsen Khankeh, Hamidreza Borhani, Fariba	Medicine, Health Care and Philosophy	2017	Iran
11	MedLine	Dental students' attitudes towards management of pain and anxiety during a dental emergency:	Guivarc'h, Maud Saliba-Serre, Bérengère Jacquot, Bruno Le Coz, Pierre	International Dental Journal	2017	Francia

		educational issues	Bukiet, Frédéric			
12	MedLine	Emergency Nursing Experiences in Assisting People With Suicidal Behavior: A Grounded Theory Study	Vedana, Kelly Graziani Giacchero Magrini, Daniel Fernando Miasso, Adriana Inocenti Zanetti, Ana Carolina Guidorizzi de Souza, Jacqueline Borges, Tatiana Longo	Archives of Psychiatric Nursing	2017	Brasil
13	Sage Journal	Humanization in a Hospital: A Change Process Integrating Individual, Organizational and Social Dimensions	Pascuci, Lucilane Meyer, Victor Nogueira, Eros Eloy Forte, Luiza Tatiana	Journal of Health Management	2017	Brasil
14	Medline	“Sometimes You Feel Like the Freak Show”: A Qualitative Assessment of Emergency Care Experiences Among Transgender and Gender-Nonconforming Patients	Samuels, Elizabeth A. Tape, Chantal Garber, Naomi Bowman, Sarah Choo, Esther K.	Annals of Emergency Medicine	2018	USA
15	MedLine	Emergency patients’ and family members’ experiences of encountering care providers and receiving care in nonconveyance situations	Salminen-Tuomaala, Mari Mikkola, Riitta Paavilainen, Eija Leikkola, Päivi	Scandinavian Journal of Caring Sciences	2018	Finlandia
16	Academic	Humanization of healthcare at the	Anguita, Martina Valenzuela	Revista de Enfermagem	2019	España

	Search	emergency department: A qualitative analysis based on nurses' experiences	Sanjuan-Quiles, Ángela Ríos-Risquez, Ma Isabel Valenzuela-Anguita, Ma Carmen Juliá-Sanchis, Rocio Montejano-Lozoya, Raimunda	m	Referencia
17	Scopus	A Conflict of Values: Nurses' Willingness to Work Under Threatening Conditions	Ganz, Freda De Keyser Margalith, Ilana Benbenishty, Julie Hirschfeld, Miriam Wagner, Nurit Toren, Orly	Journal of Nursing Scholarship	2019 Israel

Fuente: Resultados de revisión de literatura 2020.

De estos artículos se determinó que 12 de los estudios se realizaron con metodología cualitativa, mientras que 5 usaron metodología cuantitativa. Al realizar la revisión de las palabras claves con las que se identifican los artículos recuperados para lectura a texto completo, se resaltan las palabras Enfermería, como la de mayor trascendencia, seguida de otras como médicos, violencia, emergencia, departamento, actitudes, familia, atención, cuidado, empatía, entre otras que hacen relación a los procesos en entornos de urgencias.

Imagen 2 Nube de palabras - Palabras claves de los artículos recuperados



Fuente: Resultados de revisión de literatura 2020.

### Migrants' and professionals' views on culturally sensitive pre-hospital emergency care (30)

Se trata de un estudio alemán publicado en el año 2015; en el cual se pretendió explorar las opiniones de los migrantes y profesionales relacionados con los servicios de emergencias mediante el abordaje de la atención de emergencia pre hospitalaria culturalmente sensible a fin de adaptar dicha atención a las necesidades de los migrantes. Se llevaron a cabo 41 entrevistas a migrantes que habían recibido atención de emergencia

prehospitalaria en calidad de paciente o como conyugue. De igual forma, se entrevistó a 20 profesionales del ámbito de la atención de urgencias prehospitalarias. De acuerdo con los autores, el análisis de las entrevistas a los migrantes arrojó 5 categorías temáticas y la de los profesionales arrojó 6 categorías temáticas. Resaltan los autores que los pacientes dan prioridad a las competencias básicas de los socorristas tales como 'competencias sociales/emocionales' y 'habilidades de comunicación', mientras que por el lado de los profesionales se considera necesario el 'conocimiento cultural', 'conciencia' y 'actitud'.

"Competencias sociales/emocionales, en este sentido los autores del estudio afirman que las expresiones de los participantes se enfocaron hacia las formas básicas de cortesía y apoyo emocional o mental. En este sentido, los participantes expresaron la importancia de ser amable, utilizar un tono amistoso o reaccionar con humanidad en una situación de emergencia, creando sentimientos de impotencia cuando no se evidencia en los profesionales que les atienden. De igual manera y dado que las situaciones de emergencia son situaciones excepcionales, cuando se demuestra empatía, receptividad y una postura de aliento es útil para mantener la calma en una situación de emergencia.

"Habilidades de comunicación" Se refiere a las barreras lingüísticas y la necesidad de comprender la mejor forma de disminuir la barrera, como por ejemplo la disminución de la velocidad de habla y el uso adicional del lenguaje corporal o el apoyo de intérpretes (por ejemplo, intérpretes profesionales, miembros de la familia, socorristas con antecedentes de migración).

"Conocimiento cultural", en este aspecto se enfatizó en el conocimiento de la cultura de la persona que es atendida y la necesidad de adaptar los

servicios a las particularidades de estas poblaciones culturalmente reconocidas. Los servicios de urgencias o emergencias deberían ser capaces de reconocer los límites que le imponen la cultura y los credos religiosos a las personas aun cuando estas se encuentran en un proceso de atención en salud, estos límites son llamados por los autores como "límites de la vergüenza".

"Actitud", esta categoría se relaciona estrechamente con la anterior, puesto que hace referencia a la aceptación y respeto por las diferencias culturales. Pero también refuerzan los autores del estudio en la necesidad de que la atención sea igual para todos, sin distinción de raza, credo o filiación política.

"Competencia profesional" concebida como la práctica segura el control de la situación y el tratamiento rápido. Este último criterio en relación con el tiempo entre la llamada de emergencia y la llegada de los primeros respondientes. En este sentido los pacientes manifestaron que se sentían más seguros si se les informaba sobre los distintos pasos del tratamiento.

"Conocimiento cultural" Aquí los profesionales señalaron la importancia del conocimiento sobre las diferentes comprensiones de la salud y la enfermedad que las diferentes culturas tienen del proceso salud-enfermedad.

"Conciencia" este es otro tema, el cual está orientado hacia la 'autoconciencia cultural' y 'conciencia de las diferencias culturales', lo cual implica el auto reconocimiento como pilar fundamental en el reconocimiento del otro. De acuerdo a los autores, los profesionales resaltan la importancia de la "Actitud" entendida como la apertura y aceptación y respeto por las diferencias culturales. Es decir que los profesionales requieren mantener la

mente abierta para situaciones interculturales; lo anterior se complementa como la "Empatía" como una habilidad importante para ser culturalmente competente, con "Tolerancia a la ambigüedad" cuando se ponen delante suyo punto de vista culturalmente específicos; por lo que las "Habilidades de comunicación" que permitan una adecuada interacción entre el paciente y el profesional que atiende la emergencia.

**"We are strangers walking into their life-changing event": How prehospital providers manage emergency calls at the end of life (31).**

Este es un estudio cualitativo publicado en el año 2015, cuyo contexto de desarrollo tuvo como base las llamadas de emergencia al 911, las cuales de acuerdo a los autores a menudo cuando se realizan en la etapa final de una enfermedad avanzada se acompaña de síntomas alarmantes y ansiedad sustancial para los cuidadores familiares. Por lo anterior se propuso explorar y describir cómo los proveedores pre hospitalarios evalúan y manejan las llamadas de emergencia al final de la vida, mediante entrevistas en profundidad desarrolladas a 43 proveedores prehospitalarios, las cuales fueron grabadas en audio, transcritas e ingresadas al software denominado ATLAS.ti para la gestión y codificación de datos. El análisis de datos cualitativos involucró codificación sistemática y axial para identificar y describir temas emergentes, con los que se pudieron identificar cuatro temas que ilustran la naturaleza y la dinámica de las llamadas de emergencia al final de la vida:

1) Evaluación multifocal (p. Ej., Del paciente, la familia y el entorno), 2) respuestas familiares (p. Ej., Emocionales, conductuales), 3) conflictos ( p. ej., orden de no resucitar faltante, conflictos entre el paciente y la familia) y 4) manejo del proceso de la muerte (p. ej., la familia presencia la reanimación o pide a la familia que se vaya, decisiones sobre el transporte



al hospital).

**Evaluación multifocal** Los participantes describieron la importancia de evaluar rápida y simultáneamente al paciente, la familia y el entorno a su llegada. La evaluación del paciente implicó la identificación de los problemas médicos (parada cardíaca, signos vitales, diagnóstico y condiciones comórbidas, si el evento fue presenciado y tiempo transcurrido). La evaluación familiar involucró la identificación de las relaciones entre el paciente y otros presentes y si había un sustituto en la toma de decisiones, una orden de no resucitar (DNR) y directivas anticipadas. Los participantes también evaluaron las interacciones entre los miembros de la familia para determinar la intensidad emocional y la volatilidad. La evaluación ambiental implicó escanear el hogar y los transeúntes para evaluar la seguridad del lugar. Se describió que la intensa emoción y la angustia de las familias hacen que el entorno sea potencialmente impredecible puesto que “lo que podría considerarse una rutina en emergencias médicas es la peor emergencia del mundo para la familia.

En este sentido se encuentra la segunda categoría la cual se refiere a las respuestas familiares; que se ven enfrentado al estrés por la posible muerte de un ser querido; estas respuestas pueden variar desde el dolor y la tristeza hasta la ira y la hostilidad. Las evaluaciones de las respuestas emocionales y conductuales se describieron como clave para determinar las intervenciones posteriores. Los conflictos entre las órdenes o decisiones tomadas en vida por el paciente por ejemplo de no reanimar o no transportarse a los servicios de urgencias por lo que es necesario que los profesionales de la salud sean capaces de identificar a un tomador de decisiones en la familia o cuidadores, esto permitirá además mejorar interacción con la familia aun cuando la muerte ha ocurrido o es inminente.

### **Barriers to Reporting Child Maltreatment: Do Emergency Medical Services Professionals Fully Understand Their Role as Mandatory Reporters? (32)**

Este estudio fue publicado en el año 2015. Llevado a cabo en Carolina del Norte, Estados Unidos, donde las leyes de denuncia obligatoria exigen que varios profesionales realicen denuncias, lo que ayuda a reducir la subnotificación de maltrato infantil. Los autores del estudio se propusieron comprender por qué los profesionales de los servicios médicos de emergencia (EMS) pueden no reportar sospechas de maltrato a pesar de las políticas de notificación obligatoria, para lo cual se empleó una encuesta voluntaria, anónima y basada en la web de profesionales de EMS en Carolina del Norte para evaluar el conocimiento de los protocolos escritos de su agencia y las posibles razones para no reportar sospechas de maltrato. Se encontró en este estudio que el treinta y ocho por ciento (38%) de los encuestados no conocía los protocolos escritos de su agencia sobre la denuncia de maltrato infantil. Además, el 25% de los profesionales de EMS que conocían el protocolo de su agencia creían incorrectamente que el informe debería ser presentado por alguien que no fuera la persona con conocimiento de primera mano del presunto maltrato. Se encontraron otras barreras como creer que otra autoridad presentaría el informe, incluido el hospital (52,3%) o la policía (27,7%); no estar seguros de haber presenciado abusos (47,7%); y no estar seguros de lo que se debe informar (41,4%).

### **Emergency Department Staff Attitudes Toward People Presenting in Chronic Pain: A Qualitative Study (33)**

El estudio se realizó en un servicio de urgencias con sede en el suroeste de Inglaterra. Se llevaron a cabo tres grupos focales con personal de urgencias. Se realizaron entrevistas de grupos focales para obtener una

visión amplia y rica de las experiencias de los participantes en el tratamiento de pacientes con dolor crónico en el entorno de urgencias. Se programó que los grupos focales se desarrollaran en tres fechas diferentes, cada una de las cuales siguió inmediatamente a la capacitación del personal. Como tal, la muestra fue oportunista. El número de participantes varió de tres a nueve. Los grupos duraron entre sesenta y noventa minutos, fueron grabados en audio y posteriormente transcritos. Los grupos tenían una mezcla de personal de urgencias (médicos y enfermeras, novatos y experimentados). El tamaño del grupo varió de 3 a 9 participantes. Los grupos se llevaron a cabo en una sala separada en el sitio de urgencias.

Se identificaron los siguientes temas:

Fallos del sistema; se desarrolla cuando se generan falsas esperanzas cuando los pacientes son indicados para el servicio de urgencias a través de los servicios de atención primaria, creando discrepancia entre necesidades institucionales e individuales, la cual tiene que ver con que la urgencia es un entorno agudo y no está preparado para hacer frente a enfermedades crónicas.

Una panacea: los miembros del personal informaron comúnmente que los pacientes no entendían bien lo que se puede lograr en el servicio de urgencias, llegando a tener casos en los que se cree que una visita al servicio de urgencias puede facilitar un diagnóstico final, la derivación a una clínica del dolor o la “cura” para su condición de dolor continuo.

Reparadores que no pueden arreglar: Tales sentimientos de insuficiencia pueden tener un impacto en las relaciones entre el personal y el paciente, puesto que la sensación del profesional de la salud al no poder dar una solución al paciente se frustra, llegando a presentarse situaciones de evitar

la evaluación de este tipo de pacientes crónicos en el servicio de urgencias.

### **Awareness and attitudes towards violence and abuse among emergency nurses (34)**

Este estudio utilizó un método descriptivo para identificar la conciencia y actitudes de las enfermeras de la sala de emergencias hacia el abuso y la violencia. En este estudio se utilizó un muestreo de conveniencia y los participantes fueron enfermeras que trabajaban en el centro de emergencia de cinco hospitales con más de 500 camas, ubicados en Seúl y Gyeonggi-do. La edad media de los participantes fue de 28,1 años y el 88,6% (116 personas) eran mujeres. Además, el 51,2% (67 personas) tenían una filiación religiosa y el 77,9% (102 personas) no tenía cónyuge. Las enfermeras con más de 60 meses de experiencia clínica correspondieron al 40,4% (53 personas) y el 41,2% (54 personas) de los participantes informaron tener entre 13 y 35 meses de experiencia laboral en urgencias. Entre los participantes, el 90,1% (118 personas) eran enfermeras de planta. Los participantes que tenían experiencia en denunciar incidentes a la policía causados por “disturbios de pacientes” fueron el 51,9% (68 personas), que fue la tasa más alta de denuncias. “Muerto a la llegada” y “víctima de violación” fueron reportados cada uno por 13,0% (17 personas). En cuanto al kit de recolección de evidencia de agresión sexual, el 28,2% respondió que “se enteró, pero no sabía cómo usarlo”, y el 22,9% (30 personas) respondió que no lo conocía. Los casos de sospecha de abuso y violencia que “no fueron reportados” fueron los más altos para abuso de ancianos y violencia doméstica en un 57,3%; los casos de abuso sexual no denunciados fueron del 54,1% y el abuso infantil no denunciado fue del 53,4%. Las razones para no denunciar el abuso y la violencia se citaron con mayor frecuencia como “no era grave y no tenía pruebas suficientes”, además, las enfermeras informaron que “no saben dónde ni cómo denunciar” o “debido a la gran carga de trabajo, No es momento de denunciar abusos o violencia”, y no denunciaron porque “se consideró un asunto personal o familiar”.

## **What do EMS personnel think about domestic violence? An exploration of attitudes and experiences after participation in training (35)**

Se trata de un estudio publicado en el año 2016 y cuyo fundamento toma como base la postura tomada por el Colegio Estadounidense de Médicos de Emergencia (ACEP) en el año 2012 frente a la violencia doméstica como un peligro grave para la salud pública que debería enfrentarse por el personal de los servicios médicos de emergencia (EMS). Afirman los autores que muchas víctimas de violencia doméstica pueden rechazar el transporte al hospital, lo que hace que el personal de campo prehospitalario de los servicios de emergencias médicas sea su único contacto con los proveedores de atención médica, por ello el estudio se planteó explorar las actitudes y experiencias del personal de EMS sobre el tema de la violencia doméstica después de completar una capacitación sobre violencia doméstica.

Para el desarrollo del estudio, los participantes fueron reclutados por investigadores a través de las agencias de EMS, mediante una capacitación en línea sobre violencia doméstica que incluyó una encuesta para el personal de emergencias médicas de campo (técnicos de emergencias médicas y paramédicos) al completar los módulos en línea.

La capacitación fue completada por un total de 403 prestadores de servicios de emergencias médicas de campo, de éstos, el 71% indicó que se encuentran con frecuencia con pacientes que revelan violencia doméstica; la mayoría de los encuestados sintieron que estaban personalmente al tanto de los recursos de su comunidad (80%) para la violencia doméstica, y habían hecho referencias a estos recursos (69%). Además, la mayoría de los encuestados informaron estar al tanto de los requisitos de información y

las leyes relativas a la violencia doméstica (73%). Por otro lado al consultar por las actitudes hacia la violencia doméstica, el 33% de los encuestados fueron neutrales o estuvieron de acuerdo con la afirmación de que la violencia doméstica es una reacción normal al estrés cotidiano y frustración, el 47% de los encuestados fueron neutrales o estuvieron de acuerdo con la afirmación de que la violencia doméstica es causada por el consumo de alcohol y drogas, el 46% fueron neutrales o estuvieron de acuerdo con la afirmación de que si una víctima de violencia doméstica no revela el abuso, había poco que pudieran hacer para ayudar, el 35% fue neutral o estuvo de acuerdo con la afirmación de que si una víctima permanece en una relación, es responsable del abuso, el 43% fue neutral o estuvo de acuerdo con la afirmación de que una víctima puede terminar con éxito una relación dejando al abusador, y el 21% fueron neutrales o estuvieron de acuerdo con la afirmación de que las mujeres maltratadas secretamente quieren ser abusadas.

Finalmente, el artículo informa sobre la capacitación recibida por los participantes en relación con la violencia doméstica, encontrando que el 31% de los encuestados informó haber tenido dos horas o menos de capacitación en los últimos cinco años mientras que el 19% no recibió formación en los últimos cinco años.

### **Nurses' attitudes towards the reporting of violence in the emergency department (36)**

Se trata de un estudio cualitativo en el que se toma como base el supuesto de que la incidencia de la violencia en el lugar de trabajo contra las enfermeras en los departamentos de emergencia no se informa, por lo que los autores se propusieron identificar las actitudes, barreras y facilitadores de las enfermeras de emergencia para denunciar la violencia en el lugar de trabajo mediante un enfoque fenomenológico y dos grupos focales en un

departamento de emergencias. Los datos se grabaron en audio, se transcribieron textualmente y se analizaron mediante análisis temático.

Se pudo determinar que los incidentes violentos en este departamento de emergencias no fueron reportados, teniendo en cuenta que las enfermeras aceptaban como normal la violencia como parte de su jornada laboral. Percepción de la violencia por parte de los participantes, las enfermeras de este estudio percibieron que la violencia se produce cuando se produce una lesión física a causa de un incidente violento. Por ejemplo, no se informó de violencia si "nadie resultó herido" o si la violencia "no fue lo suficientemente fuerte" como para causar una lesión física. La violencia se denunciaba formalmente solo si había lesiones físicas importantes. La violencia es parte del trabajo, las enfermeras aceptaban habitualmente muchas formas de violencia porque pasaban a formar parte de su jornada laboral normal.

Aunque la mayoría de los participantes indicaron que no habían experimentado violencia física, todos declararon que habían experimentado agresión verbal de forma regular, casi a diario. A pesar de la frecuencia de incidentes verbalmente violentos, la mayoría de los participantes no creían que esto constituía violencia y, como consecuencia, no lo denunciaban formalmente.

### **Improving Emergency Providers' Attitudes Toward Sickle Cell Patients in Pain (37)**

En este estudio se propendió por conocer de los sesgos y las actitudes negativas del proveedor que se convierten en barreras para el manejo óptimo del dolor en la anemia de células falciformes, en los departamentos de emergencias. Para ello se realizó una cohorte prospectiva en la que se midió las actitudes de los proveedores antes y después de la intervención hacia los pacientes con crisis de dolor falciforme utilizando un instrumento de encuesta validado. Los proveedores de servicios de urgencias de

intervención vieron un video en línea de ocho minutos que ilustraba los desafíos en el manejo del dolor de células falciformes, las perspectivas de los pacientes y los proveedores, así como conceptos erróneos y estereotipos de los que tener cuidado. Contó con la participación de 96 sujetos, que representaron el 51% de todos los proveedores de atención médica elegibles para los servicios de urgencias. Los 96 participantes completaron la encuesta inicial. De estos, 83 completaron la segunda encuesta. De los 83 que completaron la encuesta posterior al video, 80 completaron la encuesta final de tres meses posterior a la intervención (tasa de finalización del 83,3% desde la encuesta inicial hasta la final). De los 96 participantes, el 57% eran enfermeras, el 10% eran médicos de cabecera y el resto eran residentes y proveedores de nivel medio. Setenta y dos por ciento eran mujeres y 44% tenían entre 30 y 39 años. El cuarenta y uno por ciento de los participantes informaron de dos a cuatro años de experiencia clínica.

Los análisis bivariados que examinan las puntuaciones medias en las subescalas de interés de la actitud del proveedor al inicio, inmediatamente después de la intervención y tres meses después de la intervención. Las puntuaciones se distribuyeron normalmente y las puntuaciones en cada una de las medidas de actitud mejoraron significativamente en comparación a las puntuaciones iniciales inmediatamente después de la intervención y nuevamente a los tres meses después de la intervención. La puntuación media en la subescala de actitudes negativas disminuyó en comparación con la línea de base previa a la intervención de una puntuación de 40,8 a 29,3, una diferencia de -11,5 (IC del 95%). La puntuación media en la subescala de actitudes positivas aumentó en comparación con el valor inicial de 34,8 a 44,8, con una diferencia media de +10 puntos (IC del 95%).



La subescala de comportamientos de bandera roja disminuyó de 64,8 a 52,1, con una diferencia media de -12,8 (IC del 95%). Las diferencias entre las puntuaciones después de tres meses de seguimiento en comparación con el valor inicial fueron todas estadísticamente significativas y similares en magnitud a las diferencias encontradas inmediatamente después de la intervención, sin embargo las puntuaciones de actitud a los tres meses de seguimiento no fueron estadísticamente diferentes de las puntuaciones inmediatamente posteriores a la intervención en dos de las tres subescalas, teniendo que en la subescala de actitudes positivas después de tres meses, aunque mejoraron con respecto a las puntuaciones iniciales, se redujeron significativamente en comparación con la puntuación posterior a la intervención inmediata, lo que sugiere cierta atenuación del efecto de la intervención inicial (40,3 frente a 44,8, una reducción de 4,5 puntos [IC 95 %]).

### **Interactions Between Children and Pediatric Nurses at the Emergency Department: A Swedish Interview Study (38)**

Este es un estudio realizado en un departamento de emergencias médicas pediátrico cuyo propósito fue describir los métodos de las enfermeras cuando interactúan con niños de tres a seis años en un departamento de emergencias pediátricas e identificar aspectos que necesitan más investigación.

Para el desarrollo del estudio se contó con la participación de siete enfermeras pediátricas. Se aplicó una entrevista semiestructurada y se analizaron mediante análisis de contenido cualitativo. Como resultado se obtuvieron tres temas principales; fundamentos para poder crear un buen encuentro, adaptaciones de la enfermera al encontrarse con niños y limitaciones asociadas con la prestación de atención centrada en el niño y la

familia en el departamento de emergencias pediátricas. De acuerdo a los resultados obtenidos, los autores afirman que las organizaciones sanitarias deben crear los espacios para permitir que se produzca una comunicación importante entre el personal y los pacientes pediátricos en el que los niños y las familias se sientan seguros al recibir tratamiento e igual de importante la implementación de medidas efectivas para capacitar al personal en la comunicación con los pacientes pediátricos.

Respecto a los fundamentos para poder crear un buen encuentro se determinó que se refiere a la profesionalidad de las enfermeras, los conocimientos y experiencias de las enfermeras y el papel de los padres. La profesionalidad de la enfermera entendida como una forma de obtener control, ya que tienen la pericia y la experiencia, y por lo tanto la responsabilidad. Sin embargo, era importante que mientras mantuviera el control de la reunión, la enfermera fuera consciente de la necesidad de no dominar, sino de escuchar a la familia. Las enfermeras enfatizaron la importancia de su rol profesional y de mantener un enfoque empático que genere calma y seguridad a los involucrados en el encuentro. Crear seguridad se describió como fundamental para lograr ayudar a los niños con sus problemas.

La experiencia aporta conocimientos y, por tanto, aumenta la confianza en sí mismos en su función profesional y en el desempeño de sus funciones. Se reveló que la experiencia juega un papel importante en los encuentros de las enfermeras con los niños. Gracias a la experiencia, las enfermeras pueden leer más fácilmente al niño y las señales que le dan. La confianza en sí mismos les permite brindar tranquilidad al niño.

Las enfermeras explicaron que el niño necesita la ayuda y el apoyo de sus padres durante un encuentro en el departamento de emergencias. También

dijeron que por lo general es una familia entera la que necesita ser atendida. Aunque el niño es el paciente, los padres han asumido un papel importante en la reunión. Los padres pueden proporcionar a las enfermeras información relevante relacionada con las necesidades de sus hijos, por lo que es importante escuchar a los padres e informarles para aumentar su sensación de seguridad y comprensión. Además, estaba implícito que al involucrar a los padres y hacer que se sintieran seguros, podrían contribuir a un mejor contacto y confianza mutua.

Las adaptaciones de las enfermeras cuando se encuentran con niños tienen que ver con ajustar el entorno, estimular la participación del niño y encontrar al niño. Las adaptaciones hechas por las enfermeras se hicieron a la medida de las necesidades individuales de los niños. Las enfermeras expresaron que cuando llegan al hospital en una situación de emergencia, los niños a menudo sienten miedo, por lo que un entorno adaptado a los niños y el uso de herramientas como juguetes o material hospitalario se pueden utilizar para ayudar a reducir los temores de los niños y permitir un encuentro positivo. Todos los participantes estuvieron de acuerdo en que el niño debe estar involucrado en su cuidado y que la participación del niño tiene un papel importante y puede facilitar un encuentro más positivo. Los informantes informaron que es fundamental que el niño se sienta importante y no ignorado.

### **Personal factors affecting ethical performance in healthcare workers during disasters and mass casualty incidents in Iran: a qualitative study (39)**

Este estudio pretendió explicar los factores personales que afectan la ética y los comportamientos éticos entre los trabajadores de la salud en casos de desastre. Se desarrolló una investigación cualitativa se llevó a cabo utilizando un análisis de contenido convencional para analizar los datos

recopilados de 21 entrevistas en profundidad no estructuradas con trabajadores de la salud con experiencia en asistir a uno o más campos de desastres. Según los datos recopilados, los factores personales se pueden clasificar en cinco categorías principales, incluidas las características personales como la edad y el sexo, los valores personales, el umbral de tolerancia, el conocimiento personal y el pensamiento reflexivo.

La mayoría de los participantes creía que la edad era uno de los factores que afectaba el desempeño ético, se cree que la juventud es una barrera para comprender realmente los problemas y establecer una balanza entre lo ético o no. En cuanto a las características personales como el género en el desempeño ético de los trabajadores de la salud en desastres, la mayoría de los participantes creía que los hombres brindaban mejores servicios en estas circunstancias. Por otra parte, los valores personales como las creencias y convicciones fueron informadas como factores influyentes, consideraron las convicciones como una aceptación informada de los mandamientos divinos, pero argumentaron que las creencias eran un campo más amplio que involucraba no solo a la religión y los mandamientos divinos, sino también a otras enseñanzas (por ejemplo, la bondad y la benevolencia como actos dignos de alabanza se consideran 'creencias' en lugar de 'convicciones'). El compromiso fue considerado por los participantes del estudio como su principal motivación para la prestación de servicios de salud en situaciones de desastre, este compromiso se ligaba tanto hacia ellos mismos como hacia otros seres humanos, la comunidad, las generaciones futuras, la organización para la que trabajaban y que les permitía atender los campos de incidentes de desastres y siniestros masivos, y también las reglas y directrices.

La benevolencia fue otro valor personal extraído de las entrevistas. La mayoría de los participantes opinó que las acciones basadas en la

benevolencia también son necesariamente éticas, “Tener una visión humanista de quienes reciben servicios en desastres es la base del desempeño ético”.

El umbral de tolerancia fue otro factor personal extraído de las entrevistas. La mayoría de los participantes opinó que “Garantizar la suficiente preparación personal para la prestación de servicios también forma parte de la ética profesional”. La responsabilidad en los procesos de rendición de cuentas, ésta se definió con la obligación y la rendición de cuentas como cosas hacia las cuales las personas, consciente y voluntariamente, asumen la responsabilidad y se hacen responsables. Estar capacitado, la mayoría de los participantes opinó que “la formación previa tiene un papel importante en el desempeño ético de los prestadores de servicios de salud en tiempos de desastre” y también que “en tiempos de desastre, realizar cualquier acción sin el conocimiento es contrario a la ética profesional”. Lo anterior coincidió en que “la experiencia afecta enormemente el desempeño ético en los proveedores de servicios de salud”. Algunos de los participantes creían que “el papel de la experiencia en el desempeño ético se destaca más para ciertas partes de la formación” y que “para tener un desempeño ético, uno debe crecer y evolucionar paso a paso y superar cada etapa de la formación”.

El pensamiento reflexivo fue otro factor extraído de las entrevistas. Según los participantes, este tipo de pensamiento se refiere a aprovechar las experiencias propias y ajenas en una situación determinada y aprovechar los resultados deseables e indeseables logrados en experiencias pasadas para brindar mejores servicios de salud a las víctimas.

## **Dental students' attitudes towards management of pain and anxiety during a dental emergency: educational issues (40)**

En el estudio reportado a continuación, los autores resaltan que los altos niveles de dolor y ansiedad de los pacientes caracterizan las emergencias dentales, por tal razón se propusieron examinar las actitudes autoinformadas de los estudiantes de odontología hacia estos parámetros en condiciones de emergencia además de determinar si los parámetros individuales (sexo, experiencia personal de dolor dental, ansiedad dental personal y año de estudio) podrían afectar sus actitudes.

Para el desarrollo del estudio, se contó con la participación de ciento ochenta y siete estudiantes de pregrado de odontología con práctica clínica, a los cuales se les solicitó diligenciar un cuestionario autoadministrado de opción múltiple en línea. Se pudo determinar que la evaluación oral de la ansiedad antes del tratamiento fue escasa y se asoció significativamente con los estudiantes que habían experimentado personalmente dolor dental ( $P = 0,007$ ).

El dolor preoperatorio, intraoperatorio y posoperatorio parecía ser manejado de manera desigual por los estudiantes. Los estudiantes varones fueron significativamente menos propensos a informar a los pacientes sobre el dolor posoperatorio ( $P = 0,014$ ). Más experiencia clínica se asoció con una consideración menos sistemática del dolor intraoperatorio ( $P < 0,05$ ). La ansiedad dental no mostró una asociación significativa con frecuencias más altas de comportamientos hacia el dolor y la ansiedad de los pacientes. Se destaca en el estudio la tasa de respuesta según el año de estudio la cual fue del 88% para los estudiantes en el año 4, 76,1% para los estudiantes en el año 5 y 69,4% para los estudiantes del año 6. La edad de los participantes osciló entre 20 y 35 [media: 23,47] años y el 61% de los encuestados eran mujeres.

## **Emergency Nursing Experiences in Assisting People With Suicidal Behavior: A Grounded Theory Study(41)**

Este estudio desarrollado mediante la metodología de teoría fundamentada, buscó comprender las experiencias de enfermería de emergencia en la asistencia a personas con comportamiento suicida en Brasil.

Se define en el estudio que la asistencia a las personas con comportamiento suicida es fundamental, desafiante, evoca diferentes sentimientos y requiere conocimientos, habilidades y control emocional. Resalta que las enfermeras que participaron del estudio no se sintieron preparadas ni apoyadas e identificaron lagunas y problemas recurrentes en la atención a las personas con comportamiento suicida. Se destaca en el estudio que las enfermeras ocupaban un papel limitado, restringido a atender las necesidades de estos pacientes, hacia los que identificaron predominantemente oposición, juicios e incomprensión.

Este estudio presenta elementos claves a ser abordados en intervenciones e investigaciones sobre apoyo, capacitación y supervisión de enfermería, como la asistencia en situaciones críticas, desafiantes y complejas, preparación psicológica, conocimientos y formación profesional para el cuidado de los pacientes quieren morir, disminución de las barreras de la relación terapéutica en la que destacan el contacto breve, falta de tiempo, desacuerdo, sobrecarga de actividades y limitaciones en la autonomía del paciente.

Se identifican brechas en la atención de estas personas como la falta de cohesión en el equipo de enfermería, formación específica, acompañamiento, supervisión, guías, protocolos e indicadores de seguimiento, sentencias sobre un acto injustificable mediante una reflexión

"racional" y no empática sobre el suicidio, juicios relacionados con el suicidio, actitudes moralistas y dificultad para tener una relación empática y comprensiva. La dificultad para controlar y compartir emociones con lo que se presentan reacciones como la crítica, el distanciamiento, el rechazo, el juicio, la discriminación y negatividad, pero también actitudes imparciales y respetuosas.

### **Humanization in a Hospital: A Change Process Integrating Individual, Organizational and Social Dimensions (42)**

A partir de una experiencia etnográfica guiada por la intervención en la implementación de un programa de humanización en un hospital, los autores del estudio quisieron resaltar la preocupación por la humanización en los hospitales, la cual ha sido una característica cada vez más común en los debates relacionados con la salud, las políticas públicas y la gestión hospitalaria. Sin embargo, resaltan, en la mayoría de los hospitales brasileños la humanización no ha ido más allá de la etapa del discurso 'políticamente correcto' y no ha resultado en cambios sustanciales en el comportamiento organizacional. En este estudio se analizó el cambio cultural resultante a partir de la puesta en marcha de un programa de humanización, destacando los obstáculos que se encontraron y las principales acciones emprendidas para superarlos. Los resultados obtenidos y sus dimensiones respecto a los beneficios del programa de humanización se sintieron en todas partes, desde la calidad del tratamiento médico hasta los indicadores de gestión.

El cambio en el comportamiento de los profesionales de la salud como consecuencia de la presencia de familiares respecto al lavado de manos, por ejemplo, redujo las infecciones secundarias, puesto que como las familias tenían que lavarse las manos con regularidad, también comenzaron



a exigir que los profesionales hicieran lo mismo. Al principio, las madres debían peinarse, pero esta regla no se aplicaba a las otras mujeres que visitaban o trabajaban en el hospital. Al notar esta diferencia, las familias cuestionaron esta regla y esto llevó a que se convirtiera en una práctica generalizada.

Los autores del estudio informan que la gama de acciones desarrolladas a lo largo de la implementación del programa de humanización incurrió en cambios en diferentes dimensiones. Lo que comenzó como una preocupación social condujo a cambios significativos a nivel individual y organizacional. El proceso de humanización propició el surgimiento de un nuevo sentido de identidad interna, rompiendo con los viejos paradigmas y dando nacimiento a nuevos valores y fortaleciendo los valores existentes. Más que una acción u obligación, la humanización tomó el sentido de reconstruir relaciones, ampliar la percepción de todo y, sobre todo, reconstruir el ser y el hacer revisando posturas, actitudes y comportamientos. Desde el punto de vista organizativo, resaltan los autores que las instituciones se caracterizaron por el pluralismo y la diversidad de intereses de una serie de colectivos, en el que las contraculturas se superaron o minimizaron en gran medida mediante el diálogo, la interacción informal y el trato individualizado brindado a cada grupo. También hubo disminución del estrés, mayor diálogo y entendimiento de los agentes sobre la importancia de la humanización y la solidaridad en todos los servicios de salud que se brindan en el hospital.

A nivel organizacional se destacan otros aspectos positivos como el fortalecimiento de la misión institucional, la mejora de los indicadores de calidad de los servicios, el potencial de alianzas que posibilitaron la infraestructura para apoyar el programa y el impacto económico por la optimización de recursos y reducción de costos. En este sentido, los autores

resaltan que la humanización de los servicios hospitalarios sólo fue posible una vez que la iniciativa pasó a ser vista por los diversos grupos no solo como un proceso de gestión sino como un cambio cultural.

### **“Sometimes You Feel Like the Freak Show”: A Qualitative Assessment of Emergency Care Experiences Among Transgender and Gender-Nonconforming Patients (43)**

Los autores del estudio afirman que las personas transgénero, con variantes de género e intersexuales (trans) tienen un menor acceso a la atención y peores resultados de salud en comparación con la población general. Se informa que se ha estudiado y documentado poco sobre las experiencias y las barreras para la atención en el departamento de emergencias de estos pacientes; por lo que se pretendió identificar áreas específicas de mejora y generar hipótesis comprobables sobre las barreras y desafíos para las personas trans que necesitan atención aguda.

Para el logro del objetivo se realizó una encuesta y 4 grupos focales con personas trans mayores de 18 años que habían estado en un servicio de urgencia en los últimos 5 años. Los participantes fueron reclutados por listas de correo electrónico trans; alcance a organizaciones trans locales; y anuncios periódicos de lesbianas, gays, bisexuales y transexuales. La guía de entrevistas fue revisada por investigadores cualitativos y expertos en contenido de salud trans.

Entre los 32 participantes, el 71,9% eran hombres identificados y el 78,1% eran blancos. Casi la mitad (43,8%) informó haber evitado el servicio de urgencias cuando necesitaban atención aguda. Los factores que tuvieron mayor influencia en la evitación de los servicios de urgencia fueron el miedo a la discriminación, la duración de la espera y las experiencias negativas previas. Las experiencias de acoso y agresión eran comunes, la mayoría de

los pacientes (84,4%) reportó que había sufrido acoso verbal, el 43,8% había sido agredido físicamente y el 31,3% había sido agredido sexualmente. La mayoría de los participantes tenían un proveedor de atención primaria (96,9%) y estaban asegurados (96,9%), pero solo el 21,9% tenía planes de seguro que cubrían servicios de salud de reafirmación o reasignación de sexo. Los temas emergentes se denominaron: estructura del sistema, competencia en la atención, discriminación y trauma, y evitación de la atención de emergencia.

Tema 1: Estructura del sistema. A lo largo de la visita al servicio de urgencias, los participantes describieron una abrumadora falta de privacidad, cuestionamientos repetitivos que requerían afirmaciones repetidas de identidad de género e inconsistencias en la documentación que producían sentimientos de vergüenza, frustración y falta de poder.

Tema 2: Competencia asistencial. Todos los participantes tuvieron experiencias con proveedores que carecían de experiencia, conocimiento y competencia sobre identidad de género o atención a personas transgénero. Muchos describieron encuentros en los que el personal y los proveedores no entendieron el significado de transgénero.

Tema 3: Discriminación y trauma. La mayoría de los participantes compartieron relatos de discriminación abierta experimentada o presenciada en el servicio de urgencias, que produjo miedo y ansiedad, evitación de la atención de emergencia y desconfianza de los proveedores de emergencia.

Tema 4: Evitación de la atención de emergencia. Falta de privacidad, la competencia deficiente del proveedor, el miedo a la discriminación, los

tiempos de espera y el costo de la atención fueron las barreras de atención mencionadas con más frecuencia

### **Emergency patients' and family members' experiences of encountering care providers and receiving care in nonconveyance situations (44)**

Esta fue una investigación sobre las experiencias de los pacientes de emergencia y de los miembros de la familia de encontrarse con proveedores de atención médica y recibir atención en situaciones que no requieren traslado al centro hospitalario lo cual conllevaría de acuerdo a los autores a desarrollar la calidad y la seguridad de la atención de emergencia. Para el desarrollo del estudio se utilizó una encuesta descriptiva y transversal realizada utilizando métodos cuantitativos.

Los datos estadísticos se analizaron utilizando estadísticas sanitarias y fitosanes para Windows. Las respuestas a una pregunta abierta se analizaron utilizando el análisis de contenido inductivo. La muestra del estudio se conformó por 97 pacientes y 72 familiares. Los pacientes habían recibido atención de emergencia en el lugar y no habían sido trasladados al departamento de emergencias del hospital. Se elaboró un cuestionario basado en literatura anterior e interacción de opiniones de los pacientes y miembros de la familia, luego un panel de expertos de cuatro investigadores examinó el contenido, claridad, comprensión y tiempo de respuesta del cuestionario.

El cuestionario de los familiares era una versión modificada del desarrollado para los pacientes. El instrumento contenía preguntas de antecedentes (seis para pacientes y siete para miembros de la familia), 15 ítems de tipo Likert sobre el encuentro con el personal de atención de emergencia, 19 ítems de Likert sobre la situación de evaluación y atención y una pregunta

abierta que solicitaba la evaluación de los encuestados de la evaluación y cuidados realizados in situ.

Las preguntas de antecedentes para los pacientes se referían a su edad, sexo, estado civil, educación, situación de vida y la persona que había hecho la llamada de emergencia. La escala Likert comprendía siete opciones de respuesta: totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, algo en desacuerdo, algo de acuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo. Para el análisis, la escala se recodificó en tres categorías combinando totalmente en desacuerdo y en desacuerdo; algo en desacuerdo y algo de acuerdo; y estoy de acuerdo y totalmente de acuerdo. Las preguntas de antecedentes para los miembros de la familia involucraban su edad, sexo, estado civil, educación, relación con el paciente, arreglos de vida y papel potencial como cuidador familiar. Los encuestados se dividieron en cuatro categorías según la edad. En ambos grupos, una ligera mayoría de los encuestados eran mujeres, la edad de los pacientes variaba entre 20 y 86 años, y su edad media era de 62. En los miembros de la familia, el encuestado más joven tenía 18 años y el mayor 86. La edad media de los miembros de la familia era de 60,5 años. Más de la mitad (59%) de los miembros de la familia vivían en el mismo hogar con el paciente.

El 75% de los pacientes y el 79% de los familiares, estuvieron de acuerdo en que los proveedores de atención de emergencia habían llegado rápido, el 85% de los pacientes y el 90% de los familiares, informaron haber sentido un alivio con la llegada de la ambulancia. La sensación había sido más común en mujeres (90%) que en hombres (80%). Todos los familiares y casi todos los pacientes (92%) manifestaron haber sido tratados de forma amistosa. La mayoría de los pacientes (87%) y familiares (91%) estuvieron de acuerdo en que los proveedores de atención habían tenido en cuenta las necesidades individuales del paciente. Del mismo modo, la mayoría de los

encuestados, el 83% de los pacientes y más del 90% de los miembros de la familia, opinaban que los proveedores de atención habían tenido en cuenta el entorno de atención. Casi todos los participantes o el 96% de los pacientes y el 97% de los miembros de la familia estuvieron de acuerdo en que el comportamiento de los proveedores de atención había sido apropiado. En pacientes mujeres, el resultado fue del 100%."

La valoración y la situación asistencial según la calificación de los pacientes y familiares. Casi todos los pacientes y familiares opinaron que los proveedores de atención de urgencias habían sido profesionales (tabla 3). La gran mayoría, el 90% de los pacientes y el 87% de los familiares también coincidieron en que la atención de emergencia había sido de alta calidad y se había realizado en un ambiente tranquilo y sin prisas. Algo menos del 80% de todos los encuestados informaron que los proveedores de atención habían identificado rápidamente el problema del paciente. Casi el 80% de los encuestados en ambos grupos estuvieron de acuerdo en que los proveedores de atención habían tenido en cuenta el bienestar integral del paciente.

### **Humanization of healthcare at the emergency department: A qualitative analysis based on nurses' experiences (45)**

Los autores del estudio afirman que las condiciones de trabajo de los profesionales del servicio de urgencias y la tecnificación de la atención sanitaria han tenido un impacto negativo en la relación profesional-paciente de la salud, deshumanizándola, con este estudio, se pretendió explorar las perspectivas de las enfermeras sobre la humanización de la asistencia sanitaria en los servicios de urgencias españoles, mediante la metodología cualitativa se entrevistó a 11 enfermeros que trabajan en el servicio de urgencias mediante entrevistas semiestructuradas. Los datos se analizaron utilizando la técnica de análisis de contenido con lo que se determinó que

emergieron 2 temas de análisis:

Tema 1. Dimensiones de la asistencia sanitaria humanizada: El concepto de humanización para los profesionales entrevistados, es multidimensional. Se basa en la relación que se establece con el paciente y su familia, en la que el profesional sanitario es capaz de combinar las intervenciones técnicas con las tareas asistenciales personalizadas, intentando establecer una relación empática, amable y respetuosa; esto genera una atención sanitaria centrada en el paciente y la familia propendiendo por una relación efectiva que reconoce la vulnerabilidad al acudir a un servicio de urgencia. En este sentido, son importantes las habilidades sociales y comunicativas como parte esencial de la enfermería, además de ser consciente de la singularidad de cada paciente/familia. Otro aspecto importante al momento de la atención humanizada, se relaciona con la simetría de poder y desarrollo de la confianza en la relación enfermera-paciente; lo cual genera relaciones de confianza, en la que ambas partes deben compartir los mismos objetivos.

Tema 2. Implementación de la atención sanitaria humanizada en los Servicios de urgencia. Para ello se hace necesario la adquisición de habilidades psicosociales, las enfermeras juegan un papel fundamental en el proceso de humanización y su compromiso, sentido del deber y conciencia son necesarios en este proceso. Además, también se identificó la necesidad de habilidades socio-psicológicas y capacidad para desarrollar relaciones terapéuticas “para humanizarse para humanizar. Luego, el fortalecimiento de la atención humanizada requiere del trabajo en equipo y comunicación, toda vez que las enfermeras forman parte de un equipo sanitario interdisciplinario y las características de un equipo de urgencias influyen en la calidad de la asistencia sanitaria.

## **A Conflict of Values: Nurses' Willingness to Work Under Threatening Conditions (46)**

El propósito de este estudio era determinar la disposición de las enfermeras registradas israelíes a trabajar en condiciones amenazantes, su nivel percibido de amenaza y las percepciones de la voluntad de los compañeros de informar a trabajar. Para el desarrollo del estudio se usó una muestra de conveniencia de enfermeras registradas que trabajan en cuatro hospitales en todo Israel desde unidades de medicina interna, cirugía, emergencias y cuidados intensivos. Se administró un cuestionario diseñado por los investigadores que consta de tres secciones: características personales, nivel percibido de amenaza personal de cinco situaciones (cuidar a un paciente con una infección peligrosa, ataque terrorista, guerra, radiación o desastre químico, o desastre natural), y percepción de la voluntad personal y entre pares de trabajar bajo estas amenazas. Participaron un total de 249 enfermeras de cuatro hospitales. El nivel más alto de amenaza percibida fue un desastre natural, por su parte, el terrorismo y la guerra recibieron las puntuaciones medias más bajas de amenazas percibidas. En este sentido, se pudo determinar que la mayoría de los encuestados no estaban dispuestos a trabajar durante un desastre natural, pero estaban dispuestos a atender a pacientes con infecciones peligrosas y en momentos de guerra.



## DISCUSIÓN

El tema de la humanización en los servicios de urgencias ha venido teniendo desarrollos insipientes en los últimos años, lo cual queda demostrado en las publicaciones realizadas. 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 de la atención en los servicios de urgencias (42, 45,47). La revisión de literatura presentada en el presente informe, da cuenta de la necesidad de cambios actitudinales necesarios en los profesionales del área de la salud que le permitan realizar un mejoramiento continuo de las experiencias tanto de las personas atendidas como del personal mismo, en este sentido Kietzmann D, Hannig C, y Schmidt S (30) pudieron evidenciar como se hace necesario que los profesionales encargados de la atención en situaciones de emergencia además de las calidades profesionales, técnicas y científicas, deben propender por cualidades sociales, de comunicación, tolerancia y respeto por las diferencias, esto último evidenciado en el estudio de Samuels E, Tape C, Garber N et al (43).

Así mismo, se hace necesario evidenciar las barreras a nivel organizacional que impiden un direccionamiento hacia servicios más humanos, las directivas hospitalarias son las llamadas a involucrase en los procesos de calidad de la institución, reconocer el talento humano con el que cuentan y promover acciones en pro de las buenas relaciones humanas tanto entre el personal como entre pacientes y profesionales de la salud (32,37,43,48,49).

De acuerdo a los resultados obtenidos en los artículos revisados, una parte importante para el cambio de actitudes y el mejoramiento de la atención con características humanizadoras de los servicios de urgencias, tiene que ver con la capacitación. Las jornadas continuas de intervención para el cambio

de pensamientos y actitudes frente a las realidades sociales en las que desenvuelven las personas, permite afianzar y mejorar los estándares de calidad de la atención (35)

Las enfermeras son los profesionales de la salud involucrados directamente en la atención de los pacientes con mayor interacción, es quizá por esta situación que la normalización de la violencia contra este profesional se ha convertido en una fuente de discriminación; el profesional de enfermería constituido mayoritariamente por mujeres se ve expuesto a actitudes ofensivas y discriminantes, aun cuando es el personal que ha demostrado interés por el mejoramiento de la atención en salud como se evidencia en la presente revisión, aportan significado a la atención de urgencia mediante sus intervenciones y cualidades sociales y humanas (38,41,46,50–52-53).

De acuerdo a los resultados obtenidos en dos estudios revisados, se encuentran indicios de la influencia que generan factores personales y organizacionales sobre la práctica ética de la atención (39,40) sin embargo también se puede apreciar como el entorno social (país, características territoriales) en el que se desarrollan los servicios de salud, también condicionan la respuesta de los profesionales de la salud (46)

## **CONCLUSIÓN**

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 profesional y una infraestructura física adecuada con buen ambiente laboral y siempre con dirección al mejoramiento continuo

Se hace necesario contar con un equipo interdisciplinario y transdisciplinario capaz de analizar, apoyar e intervenir en cada campo de atención de forma integral a la persona o su familiar en situación de salud que requiera manejo de urgencia. Los equipos deben ser conscientes en todo momento de la persona que atiende, pero también de la familia que le rodea para poder generar una atención en salud con calidad y calidez.

La violencia en los servicios de urgencia tiende a normalizarse como situación, ya sea hacia el profesional de la salud o hacia la persona enferma, esta situación atenta contra los principios de humanización e infunde discriminación hacia la persona, por lo que se hace necesario realizar intervenciones que propendan por eliminar esas actitudes.

Humanizar los servicios de urgencias, requiere del trabajo conjunto de las disciplinas y profesiones que confluyen en la atención, por tal motivo se hace necesario un mayor abordaje de este tema por parte de otros involucrados en el asunto.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Carlos R. Enfoque de humanización de la atención desde la Acreditación en Salud. Normas y Calidad [Internet]. :8–14. Available from: <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Rev-95-Articulo Acreditacion.pdf>
2. Plumed Moreno C. Una aportación para la humanización. Arch Hosp. 2013;3(11):261–352.
3. Correa Zambrano ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. Rev Cuid. 2016;7(1):1227.
4. Fernández RG. La humanización de (en) la Atención Primaria. Rev Clínica Med Fam. 2017;10(1):29–38.
5. Ministerio de Salud y Protección Social; Instituto Nacional de Cancerología. Plan de humanización. 2016. 1–43 p.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 00002082, por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud. D Of [Internet]. 2014;49167. Available from: <http://vlex.com/vid/2014-disposiciones-operatividad-nico-513767282>
7. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. Enfermería Univ. 2015;12(3):134–43.
8. Quintero B. Ética del cuidado humano bajo los enfoques de Milton Mayeroff y Jean Watson. Cienc Soc. 2001;26(1):16–22.
9. Watson J. Nature of human life as subject matter of nursing. In:

Human Caring Science: A theory of nursing. 2012. p. 57–64.

10. Jesse E. Watson's Philosophy and science of caring in nursing practice. In: Nursing Theory: utilization & application. 2012. p. 111–36.
11. Watson J. Human Caring in nursing. In: Human Caring Science: A theory of nursing. 2012. p. 35–9.
12. Watson J. structural overview of Watson's theory of human caring. In: Human Caring Science: A theory of nursing2. 2012. p. 87–92.
13. Hernández OJG. Validez Y Confiabilidad Del Instrumento "Percepción De Comportamientos De Cuidado Humanizado De Enfermería Pche Clinicountry 3ª Versión". Aquichan [Internet]. 2014;123. Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/4806/pdf>
14. Debate S. SAÚDE: A CARTOGRAFIA DO TRABALHO VIVO . Saúde em debate. 2002;24(8):1953–5.
15. Rodriguez C. Humanización de la Atención en Salud y Acreditación. Rev Normas y Calid. 2011;(87).
16. Borges Damas L, Sixto Pérez A, Sánchez Machado R. Concepción integral del cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y parto. Rev Cubana Enferm. 2018;34(3):1–14.
17. Nelly Rivera Álvarez L, Triana Á. Perception of behaviors of humanized nursing care at Clínica del Country. Av Enferm [Internet]. 2007;25(October 2005):56–68. Available from:

<http://www.bdigital.unal.edu.co/35538/1/35901-145249-1-PB.pdf>

18. Quintero A, Maldonado M, Guevara B, Delgado C. Cuidado humanizado como esencia en el profesional de Enfermería. Rev Médica Electrónica [Internet]. 2015; Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidado-humanizado-enfermeria/>
19. Muñoz Hernández Y, Coral Ibarra R, Moreno Prieto D, Pinilla Pinto D, Suárez Rodríguez Y. Significado de cuidado humanizado en egresadas de la facultad de enfermería. Rev Repert Med y Cirugía [Internet]. 2009 Dec 1;18(4 SE-Artículos de reflexión):246–50. Available from: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/561>
20. Borré Ortiz YM, Vega Vega Y. Perceived Quality of Nursing Care for Hospitalized Patients. Calid Percibida La Atención Enfermería Por Pacientes Hosp. 2014;20(3):81–94.
21. Cohen J. Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. J Adv Nurs. 1991;16(899–909).
22. Álvarez-Franco CC. Cómo describen el cuidado de enfermería las mujeres que presentaron hemorragia postparto. Aquichan. 2013;13(1):17–26.
23. Aiquipa A. Calidad de atención de enfermería según opinión de los pacientes sometidos a quimioterapia en la unidad de tratamiento multidisciplinario del INEN. 2002.
24. Elizabeth R, Inelda C, Yanileth P, Anny M, Verónica J. Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. Cartagena, Colombia. Rev Ciencias Biomédicas. 2013;4(1).

25. Romero Massa E, Contreras Méndez IM, Moncada Serrano A. Relación Entre Cuidado Humanizado Por Enfermería Con La Hospitalización De Pacientes. Hacia la promoción la salud. 2016;0121–7577(2462–8425):26– 36.
26. Barragán-B, Julián Andres, Pedraza-A, Yeni D, Rincón-R MR. Calidad percibida de la atención de enfermería por usuarios hospitalizados, Tunja, 2011. Rev Fac Nac Salud Pública. 2013;31(2):187–193.
27. Espinoza Medalla L, Huerta Barrenechea K, Pantoja Quiche J, Velásquez Carmona W, Cubas Cubas D, Ramos Valencia A. El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho. Octubre de 2010. Cienc Desarro. 2011;13(October 2010):53.
28. Bermejo Higuera JC, Villacieros Durbán M. El compromiso de la humanización en las instituciones sociosanitarias. Fund Caser para la Depend [Internet]. 2013;1–23. Available from: [http://www.humanizar.es/fileadmin/dam\\_media/imagenes/presenciales/El\\_compromiso\\_de\\_la\\_humanizacion\\_en\\_las\\_Instituciones\\_Sociosanitarias\\_-ACTAS\\_DEPENDENCIA\\_01.pdf](http://www.humanizar.es/fileadmin/dam_media/imagenes/presenciales/El_compromiso_de_la_humanizacion_en_las_Instituciones_Sociosanitarias_-ACTAS_DEPENDENCIA_01.pdf)
29. Colombia Ministerio de Protección Social. Decreto 1011 de 2006: por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial 2006 p. 35–40.
30. Kietzmann D, Hannig C, Schmidt S. Migrants' and professionals' views on culturally sensitive pre-hospital emergency care. Soc Sci

Med. 2015;138:234–40.

31. Waldrop DP, Clemency B, Lindstrom HA, Cordes CC. “we are strangers walking into their life-changing event”: How prehospital providers manage emergency calls at the end of life. *J Pain Symptom Manage*. 2015;50(3):328–34.
32. Lynne EG, Gifford EJ, Evans KE, Rosch JB. Barriers to Reporting Child Maltreatment: Do Emergency Medical Services Professionals Fully Understand Their Role as Mandatory Reporters? *N C Med J*. 2015;76(1):13– 8.
33. Gauntlett-Gilbert J, Rodham K, Jordan A, Brook P. Emergency Department Staff Attitudes Toward People Presenting in Chronic Pain: A Qualitative Study. *Pain Med*. 2015;16(11):2065–74.
34. Cho OH, Cha KS, Yoo YS. Awareness and attitudes towards violence and abuse among emergency nurses. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2015;9(3):213–8.
35. Donnelly EA, Oehme K, Melvin R. What do EMS personnel think about domestic violence? An exploration of attitudes and experiences after participation in training. *J Forensic Leg Med* [Internet]. 2016;38:64–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2015.11.020>
36. Hogarth KM, Beattie J, Morphet J. Nurses’ attitudes towards the reporting of violence in the emergency department. *Australas Emerg Nurs J*. 2016;19(2):75–81.
37. Puri Singh A, Haywood C, Beach MC, Guidera M, Lanzkron S, Valenzuela- Araujo D, et al. Improving Emergency Providers’ Attitudes



Toward Sickle Cell Patients in Pain. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2016 Mar;51(3):628- 632.e3. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392415006120>

38. Grahn M, Olsson E, Mansson ME. Interactions Between Children and Pediatric Nurses at the Emergency Department: A Swedish Interview Study. *J Pediatr Nurs*. 2016;31:284–92.
39. Kiani M, Fadavi M, Khankeh H, Borhani F. Personal factors affecting ethical performance in healthcare workers during disasters and mass casualty incidents in Iran: a qualitative study. *Med Heal Care Philos*. 2017;20(3):343– 51.
40. Guivarc'h M, Saliba-Serre B, Jacquot B, Le Coz P, Bukiet F. Dental students' attitudes towards management of pain and anxiety during a dental emergency: educational issues. *Int Dent J*. 2017;67(6):384–90.
41. Vedana KGG, Magrini DF, Miasso AI, Zanetti ACG, de Souza J, Borges TL. Emergency Nursing Experiences in Assisting People With Suicidal Behavior: A Grounded Theory Study. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017;31(4):345–51.
42. Pascuci L, Meyer V, Nogueira EE, Forte LT. Humanization in a Hospital: A Change Process Integrating Individual, Organizational and Social Dimensions. *J Health Manag*. 2017;19(2):224–43.
43. Samuels EA, Tape C, Garber N, Bowman S, Choo EK. "Sometimes You Feel Like the Freak Show": A Qualitative Assessment of Emergency Care Experiences Among Transgender and Gender-Nonconforming Patients. *Ann Emerg Med*. 2018;71(2):170-182.e1.
44. Salminen-Tuomaala M, Mikkola R, Paavilainen E, Leikkola P.

Emergency patients' and family members' experiences of encountering care providers and receiving care in nonconveyance situations. *Scand J Caring Sci.* 2018;32(4):1371–8.

45. Anguita MV, Sanjuan-Quiles Á, Ríos-Risquez MI, Valenzuela-Anguita MC, Juliá-Sanchis R, Montejano-Lozoya R. Humanization of healthcare at the emergency department: A qualitative analysis based on nurses' experiences. *Rev Enferm Ref.* 2019;2019(23):59–68.
46. Ganz FDK, Margalith I, Benbenishty J, Hirschfeld M, Wagner N, Toren O. A Conflict of Values: Nurses' Willingness to Work Under Threatening Conditions. *J Nurs Scholarsh.* 2019;51(3):281–8.
47. Sousa KHJF, Damasceno CKCS, Almeida CAPL, Magalhães JM, Ferreira M de A. Humanization in urgent and emergency services: contributions to nursing care. *Rev Gauch Enferm.* 2019;40:e20180263.
48. Morgan MC, Dyer J, Abril A, Christmas A, Mahapatra T, Das A, et al. Barriers and facilitators to the provision of optimal obstetric and neonatal emergency care and to the implementation of simulation-enhanced mentorship in primary care facilities in Bihar, India: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(1):1–14.
49. Drewniak D, Kronos T, Wild V. Do attitudes and behavior of health care professionals exacerbate health care disparities among immigrant and ethnic minority groups? An integrative literature review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2017;70:89–98. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.015>
50. Sheikhbardsiri H, Khademipour G, Nekoei-Moghadam M, Aminizadeh M. Motivation of the nurses in pre-hospital emergency and educational hospitals emergency in the southeast of Iran. *Int J Health*

Plann Manage. 2018;33(1):255–64.

51. Ghasemi E, Negarandeh R, Janani L. Moral distress in Iranian pediatric nurses. *Nurs Ethics*. 2019;26(3):663–73.
52. Vargas I, Concha C. Moral Distress, Sign of Ethical Issues in the Practice of Oncology Nursing: Literature Review. *Aquichan*. 2019;19(1):1–16.
53. Decreto 412 de 1992 [Internet]. 1992 [citado 29 octubre 2020]. Disponible en:[https://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013\\_html/Normas/Decreto\\_412\\_1992.pdf](https://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013_html/Normas/Decreto_412_1992.pdf).