

**PRIVACIDAD E INTIMIDAD  
DE LOS PACIENTES EN  
URGENCIAS HOSPITALARIAS  
PERCIBIDA POR  
LOS PROFESIONALES**

**MARÍA ANGUSTIAS PERÉZ CALVO  
DOLORES SORIA ESPIGARES  
FRANCISCO REYES PÉREZ**

# II CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERIA CIUDAD DE GRANADA

## "Calidad y seguridad del paciente a través del cuidado continuo personalizado"

### Privacidad e Intimidad de los pacientes en Urgencias hospitalarias percibida por los profesionales

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Autor principal</b> | MARÍA ANGUSTIAS PERÉZ CALVO  |
| <b>CoAutor 1</b>       | DOLORES SORIA ESPIGARES  |
| <b>CoAutor 2</b>       | FRANCISCO REYES PÉREZ  |
| <b>Área Temática</b>   | PROYECTOS EUROPEOS E IBEROAMERICANOS EN LA GESTIÓN DE RIESGOS Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL |
| <b>Palabras clave</b>  | SEGUTIDAD PRIVACIDAD CONFIDENCIALIDAD PACIENTE   |

#### » Resumen

Privacidad e Intimidad del paciente en Urgencias hospitalarias se relativiza por necesidades consideradas básicas y centradas en la enfermedad. Factores que lo explican es el aumento de demandas asistenciales y la falta de espacio físico, que potencia la vulneración de la Privacidad e intimidad del enfermo. Pero el respeto del derecho a la intimidad es un elemento que favorece la satisfacción de los usuarios.

El objetivo centró en detectar situaciones que lesionan la privacidad e intimidad y saber cómo lo perciben los profesionales.

Se efectuó un estudio piloto, cualitativo fenomenológico, en sala vigilada y sillones, donde, por su estructura e insuficiente aforo, radica uno de los factores del problema. Se realizó una observación participante; se entregaron preguntas abiertas a enfermeros y facultativos y se obtuvieron 50 respuestas, se transcriben a criterio las más repetidas. Los profesionales sanitarios realizan su trabajo en un ambiente masificado por pacientes y usuarios.

Frente al pesimismo y el recelo tácito, los documentos oficiales consultados fundamentaron la necesidad de continuar el estudio.

La privacidad e intimidad son conceptos complejos, su diferenciación no es casual. Cada persona establece sus propios límites. Se destacó la necesidad de la remodelación estructural de esta sala.

La reestructuración de esta sala, la optimización de los recursos existentes, el cumplimiento de los criterios de entrada, favorecen un contexto seguro.

#### » Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

La seguridad, necesidad esencial del ser humano, se expresa con más notoriedad cuando se enferma. Relacionadas con la necesidad de comunicación e información, encontramos la privacidad e intimidad del enfermo, pero se relativizan a favor de necesidades básicas centradas en la enfermedad.

El ejercicio de cuidar- curar para ser efectivo y de calidad requiere de los profesionales: profesionalidad, competencia y mecanismos que minimicen los riesgos. Como el paciente es un sujeto activo, la relación sanitario/paciente debe ser una relación horizontal, entre dos sujetos libres y responsables. El enfermo se sentirá seguro si se siente escuchado, participa en su proceso y en las decisiones, expresa sus sentimientos, preferencias y valores.

La práctica clínica es más efectiva si se basa en decisiones adecuadas y consensuadas con el enfermo, actor principal. La Alianza mundial para la seguridad del paciente y la Agencia de calidad del Sistema nacional de Salud de 2005 marcan objetivos para sensibilizar, informar y formar a profesionales y pacientes.

El plan de calidad del Sistema Sanitario de Andalucía recoge las líneas de seguridad en su proyecto estratégico 11: Para disminuir los acontecimientos adversos en la práctica clínica es necesario identificar y analizar escenarios de riesgo para los pacientes, emprender acciones para su reducción así como garantizar los mecanismos necesarios que les proporcionen seguridad en las intervenciones y cuidados que reciben. Ello es posible mediante la adopción de medidas que minimicen el riesgo en la práctica clínica asistencial, eviten los errores y reduzcan los posibles efectos adversos.

La estancia del paciente en un ambiente desconocido genera inseguridad, desconfianza, miedo, agentes que obstaculizan los procesos de curación y debilitan los derechos y deberes de las partes implicadas en la relación interpersonal (enferma, familiar y profesional). Minimizarlo atañe tanto a la dirección como a los profesionales.

Las Urgencias hospitalarias afrontan un aumento de demandas asistenciales por factores como el envejecimiento de la población, transposición de problemas sociales a la esfera sanitaria, sobreutilización de los servicios sanitarios u hospitalocentrismo, todo lo cual potencia la saturación e incluso el hacinamiento de enfermos en estas salas.

El Hospital General Universitario Virgen de las Nieves en las Urgencias se ubica la sala vigilada y sillones con una superficie aproximada de 100m<sup>2</sup> con 16 sillones, cinco camillas y un número indeterminado de carritos. Cuatro monitores, tres torres para medir constantes vitales, electrocardiógrafo, carro de paradas, dispensador de medicación, ocho biombos, un box de exploración, consulta para resultados. Personal asignado son dos enfermeros, dos auxiliares, dos facultativos y un celador que viene cuando se le llama.

La privacidad supone la afirmación de unas barreras que no se deben sobrepasar en las relaciones humanas. El concepto de intimidad hace referencia al conjunto de contenidos que definen el núcleo más profundo del ser humano.

La privacidad es una conquista de modernidad y conlleva unos contenidos vivenciales marcados con la individualidad del otro e importante a sus propias ideas y comportamientos, a interferir en su vida privada y personal. Supone la afirmación de unas barreras que no se deben sobrepasar en las relaciones humanas. En contrapartida esta el riesgo de individualismo e indiferencia hacia los problemas de los demás.

La privacidad se asocia al secreto profesional y a la confidencialidad. Presupone la libertad del individuo para no tolerar la intrusión indeseada de otra persona. Incluye por tanto y en primer lugar el aislamiento físico. La presencia física se viola con la presencia de personas que se quiere evitar. Incluye también el aislamiento personal. El derecho de privacidad se menoscaba cuando otros están demasiado cerca; la valoración de esta distancia depende de condicionamientos culturales y sociales. En algunas actividades, un aspecto importante de la

privacidad es el de la libertad de observación, algo que se necesita para ciertas funciones fisiológicas.

Otro elemento de la privacidad consiste en no difundir la información privada sobre la persona. La persona siente que se invade su privacidad cuando otros conocen hechos delicados e íntimos de su propia vida personal. Uno se siente invadido en su propia privacidad tanto cuando una persona está físicamente demasiado cerca, como cuando nuestros sentimientos quedan expuestos a otros.

La intimidad hace referencia al conjunto de contenidos que definen el núcleo más profundo del ser humano. La intimidad expresa una mayor interrelacionalidad del ser humano. La realización personal del individuo pasa por actos interhumanos en los que la privacidad se convierte en camino de diálogo personal. La intimidad hace referencia al núcleo más profundo del ser humano, y constituye un reto para establecer puentes de comunicación.

La relación interpersonal que se establece entre el profesional y el paciente tiene que respetar los principios de autonomía, justicia y beneficencia, como rectores de los derechos y deberes éticos de cada una de las partes, a saber: el enfermo, los profesionales y la sociedad. Se puede poner el acento solo en el respeto de la autonomía, la privacidad y el consentimiento informado, pero vacíos de vinculación afectiva con el enfermo. O por el contrario, en la línea Laín Entralgo y Diego Gracia, se puede cuidar el vínculo afectivo, es decir, que la relación se caracterice por las notas de benevolencia, beneficencia y confianza.

**» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?**

Falta de recursos, físicos y humanos para atender a la demanda creciente de asistencia lo que conlleva a la masificación y vulneración de privacidad e intimidad del enfermo, y los profesionales lo dejan reflejado en sus respuestas.

1. ¿Cómo percibe la privacidad e intimidad? :

Secreto profesional. derecho de los individuos, derecho que tienen las personas a preservar zonas íntimas, dos conceptos muy relacionados, privacidad derecho de guardar secreto de datos derecho a ser atendido en condiciones apropiadas, no entre otra gente. Conceptos similares, privacidad más con la historia del paciente, e intimidad más en el ámbito personal de higiene, privacidad respecto al espacio e intimidad respecto a la gestión de emociones. Los campos relacionados con la dignidad de una persona, aquello que nos separa de los animales, que nos lleva al respeto y consideración por las personas, y tenemos derecho a no perder esa dignidad y ese derecho.

2. ¿La privacidad e intimidad son preservadas en Urgencias (sala de espera vigilada y cuidados)? En caso contrario, indique tres causas y tres soluciones.

Rotundamente no: existe hacinamiento. No puede haber intimidad cuando hay tanta gente en un espacio reducido, ni cuando tienen que permanecer con camisión hospitalario en una camilla y con pacientes en carritos en frente. No son preservadas en casi el 90% de los casos debido a las causas materiales de espacio e infraestructuras. No se garantiza el derecho a la intimidad como consecuencia del hacinamiento, la información se da sin ninguna privacidad. Se intenta pero no se consigue. Falta de espacio, falta de tiempo, menos pacientes por enfermero, exceso de pruebas complementarias, coherencia. Demasiados pacientes en camillas supletorias. No, por exceso de personas ajenas al servicio que acceden a todas las zonas sin control alguno. Se intenta pero es muy difícil por no decir imposible.

Soluciones: Más profesionales de enfermería, y restructuración del espacio físico. Sala de espera para dar información de pacientes que estén más de cuatro horas. Pasar sólo los indicados, enfermería también tiene autoridad para derivar pacientes a espera general. Habilitar más camas de preingreso y salas geriátricas. Educación sanitaria a la población, y no derivar tanto desde atención primaria, y los de Guadix que ingresen directamente en planta, criterios claros para traer tanto el DCCU como el 061 y la Cruz Roja a enfermos terminales y agónicos. Más comunicación con el paciente. Agilizar altas, ingresos y derivaciones a otros centros Más camas de corta estancia. No duplicar los pacientes en camillas supletorias, ni en carritos porque el aforo no lo permite y es entonces cuando se produce hacinamiento. Sala de espera para dar información de pacientes que estén más de cuatro horas. Pasar sólo los indicados, y enfermería también tiene capacidad para decidir sacar enfermos a espera general. Habilitar más camas de preingreso y salas geriátricas. Que la consulta de banales funcione mañana y tarde. Sesiones conjuntas de facultativos y personal de enfermería. Aprender de otras urgencias hospitalarias. Que los jefes se tomen a serio en la práctica las aportaciones de los demás y enfermería tome parte activa en la restructuración nadie mejor que quien pasa 24h al pie del enfermo para aportar alternativas. Coherencia entre el ideal que se vende en los medios y la realidad, valorar el aspecto cualitativo del proceso tanto como el cuantitativo, y hacerlo no tanto desde los resultados sino desde la calidad, empatía, donde la enfermedad no sea la reina sino la persona en su totalidad, que tiene necesidad a ser escuchada.

3. ¿Cómo se siente ?:

Me siento carente de espacio que preserve la intimidad de mi familiar, tanto a nivel físico como emocional, y como acompañante tengo la percepción de estar permanentemente dificultando la labor del personal sanitario. Como profesional lo vivo con ansiedad, como acompañante con desesperanza, rabia e impotencia. Es una cuestión de supervivencia, a veces, te sientes desbordado, otras impotente, frustrado, pasando por sentimientos diversos, rabia, angustia, es un ambiente de rapidez y eficacia falto de humanidad y calidad en la relación interpersonal. Me siento cada vez peor, como una máquina que trabaja con la maquinaria que el médico de turno imponga, ya que no hay criterios claros; y los jefes que vigilen el cumplimiento de protocolos, la teoría si no se pone en práctica Me siento mal porque las Urgencias se convierten en estancia de enfermos crónicos, geriátricos que permanecen aquí, por falta de espacio en otras áreas del hospital. No se puede trabajar por las continuas interrupciones de familiares no autorizados, cada día falta más espacio físico, restructuración del que hay.

**» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?**

optimizar los recursos existentes. Cumplimiento y revisión de protocolos. Trabajo en equipo interdisciplinario. Formación continuada en competencias específicas.

**» Barreras detectadas durante el desarrollo.**

El pesimismo y el recelo tácito contribuyen a la falta de colaboración. Sin embargo, apoyados en documentos oficiales estatales y autonómicos estimamos necesario y saludable realizar el estudio. Nos alentó un estudio similar realizado en un Centro hospitalario de Castilla la Mancha.

**» Oportunidad de participación del paciente y familia.**

Implicar al enfermo y acompañantes es una exigencia ineludible porque son miembros activos e implicados en el proceso. El enfermo es además protagonista y centro alrededor del que giran los servicios sanitarios, y el cuidador principal es el aliado y punto de referencia para recabar y recibir información, de acuerdo a cada circunstancia.

**» Propuestas de líneas de investigación.**

Proseguir el estudio en la Unidad de Gestión Clínica de Críticos y Urgencias, incluyendo la percepción de los enfermos y familiares.

