

Denise Méndez García y Cristina Li Ortiz de Galisteo Morell

# “LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS”

TRABAJO FINAL DE GRADO

Dirigido por Sr. Pablo Espín

Grado de Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultad de Enfermería

Seu Baix Penedès

El Vendrell 2021-2022



## ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	3
RESUMEN.....	4
ABSTRACT .....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
HIPÓTESIS Y OBJETIVOS .....	8
MARCO TEÓRICO.....	8
1. Definición de urgencia y emergencia .....	8
2. Qué es el servicio de urgencias .....	9
3. Como se organiza un Servicio de Urgencias Hospitalarias .....	10
4. Saturación de los Servicios de Urgencias Hospitalarias .....	12
5. Concepto de humanización del paciente.....	15
6. Papel de la enfermería en la humanización de la asistencia sanitaria .....	17
7. Deshumanización de los cuidados asistenciales .....	18
8. Protocolos/planes sobre la humanización y el trato con el paciente.....	18
9. Impacto y consecuencias del COVID-19 en los SUH.....	21
10. Carga de pacientes en Urgencias.....	23
METODOLOGÍA.....	25
Limitaciones del estudio .....	28
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	30
CONCLUSIONES.....	56
Nuevas líneas de investigación.....	58



BIBLIOGRAFÍA .....	59
ANEXOS .....	63
Anexo 1. Consentimiento informado .....	63
Anexo 2. Guion de la entrevista .....	65
Introducción de la entrevista .....	65
Preguntas relacionadas con el tema de investigación.....	65
Anexo 3. Transcripción de las entrevistas.....	67
ENTREVISTA 1 .....	67
ENTREVISTA 2 .....	87
ENTREVISTA 3 .....	101
Anexo 4. Cronograma.....	115



## **AGRADECIMIENTOS**

A nuestro tutor Pablo Espín que nos ha guiado y asesorado durante la realización del trabajo.

A la Dra. María Jesús Aguarón García por apoyarnos y solventar nuestras dudas e inquietudes.

A las enfermeras entrevistadas por su colaboración y tiempo dedicado, con el fin de poder narrarnos sus experiencias y opiniones.

Finamente, gracias a nuestras familias, compañeros y amigos que han depositado su confianza en nosotras en todo momento, siendo nuestros pilares incondicionales, dándonos apoyo y ánimos durante todo el proceso.



## RESUMEN

**Objetivo:** El término "humanizar" los cuidados significa centrar nuestra atención en la persona, respetando su dignidad y autonomía, considerándolo un ser holístico. La finalidad de este estudio es conocer el grado de interiorización de los cuidados humanizados en el personal de enfermería, así como su puesta en práctica y los factores que interfieren en la calidad de los cuidados proporcionados al paciente en los servicios de urgencias hospitalarias.

**Metodología:** El estudio se ha realizado mediante el método cualitativo comprensivo enfocado en el paradigma fenomenológico e interpretativo. Para ello, se han realizado entrevistas individuales y semiestructuradas con preguntas abiertas a tres profesionales de enfermería, que trabajan en los servicios de urgencias hospitalarias de diferentes hospitales de la región sanitaria del Camp de Tarragona.

**Resultados:** Tras el análisis de las entrevistas, hemos detectado que existen carencias respecto a la aplicación de cuidados humanizados. Se han determinado factores influyentes en la calidad asistencial como la saturación de los servicios de urgencias, el espacio físico disponible, el mal uso de los recursos sanitarios por parte del paciente, las cargas asistenciales y las condiciones laborales de los profesionales.

**Conclusiones:** Finalmente, estos factores contribuyen al malestar del personal, relacionado directamente con la calidad asistencial. Se debe considerar trabajar sobre los temas que han surgido a raíz del estudio como el estigma hacia la salud mental y psiquiátrica durante los procesos asistenciales, la formación profesional ante el manejo del paciente psiquiátrico en los SUH y la formación sobre la humanización asistencial, la necesidad de un aumento del personal de enfermería y la valoración de una ampliación de los espacios físicos hospitalarios. Todo ello contribuiría a una mejora de la calidad asistencial y la aplicación de cuidados humanizados.

**Palabras clave:** Enfermería, humanización, deshumanización, cuidados, servicios de urgencias y SUH.



## **ABSTRACT**

**Objective:** The term "humanizing" care means focusing our attention on the person, respecting their dignity and autonomy, considering them a holistic being. The purpose of this study is to know the degree of internalization of humanized care in nursing staff, as well as its implementation and the factors that interfere with the quality of care provided to the patient in hospital emergency services.

**Methodology:** The study has been carried out using the comprehensive qualitative method focused on the phenomenological and interpretive paradigm. To do this, individual and semi-structured interviews with open questions were carried out with three nursing professionals who work in the hospital emergency services of different hospitals in the health region of Camp de Tarragona.

**Results:** After analysing the interviews, we have detected that there are deficiencies regarding the application of humanized care. Factors influencing the quality of care have been determined such as the saturation of the emergency services, the available physical space, the misuse of health resources by the patient, the care loads and the working conditions of the professionals.

**Conclusions:** In the end, these factors contribute to staff discomfort, directly related to the quality of care. Consideration should be given to working on the issues that have arisen as a result of the study, such as the stigma towards mental and psychiatric health during care processes, professional training in the management of psychiatric patients in HEDs and training on the humanization of care, the need of an increase in nursing staff and the assessment of an expansion of hospital physical spaces. All this would contribute to improve the quality in the quality of care and the application of humanized care.

**Keywords:** Nursing, humanization, dehumanization, care, emergency services and SUH.



## **INTRODUCCIÓN**

El siguiente estudio analiza la importancia de la humanización de los cuidados de enfermería en los servicios de urgencias hospitalarias, con el fin de conocer el grado de interiorización de estos en el personal de enfermería, así como su puesta en práctica y los factores que interfieren en la calidad de los cuidados proporcionados.

El servicio de urgencias es un área destinada a atender pacientes en procesos urgentes, por los cuales no pueden ser atendidos en centros de menor nivel, como atención primaria. En muchas ocasiones los profesionales sanitarios pierden la esencia de estos cuidados, interviniendo factores como la falta de tiempo, una elevada carga asistencial, la salud mental del personal sanitario, factores organizacionales, la falta de comunicación entre el paciente y el profesional, así como la realización de técnicas especializadas y complejas, entre otras.

Según la Real Academia Española (RAE), el concepto de “humanizar” es entendido como “hacer humano, familiar y afable a alguien o algo”<sup>(1)</sup>, es decir, conferir un carácter más humano moralmente. Así pues, el término “humanizar” los cuidados significa centrar nuestra atención en la persona respetando su dignidad y autonomía. Es por ello por lo que es importante visualizar a la persona como un ser holístico, conocer su contexto e intentar comprender todo aquello que puede influir y ser determinante en su proceso patológico. Para lograr una humanización en los cuidados que se proporcionan al paciente la comunicación y la empatía resultan herramientas clave.

Consideramos que en el servicio de urgencias hospitalarias el equipo multidisciplinar tiene una elevada carga asistencial y altos niveles de estrés. Consecuentemente, se pueden ocasionar situaciones en las que el trato hacia el paciente puede llegar a ser deshumanizado, debido a que se prioriza solventar la situación aguda en la que se encuentra, dejando a un lado la visión holística del propio paciente para centrarse en la patología.

Se tiene la falsa creencia de que la enfermería en los servicios de urgencias hospitalarias se centra en la realización de técnicas, desvinculándose de la esencia más humana que la caracteriza en los cuidados.

Creemos que ofrecer cuidados que engloben la humanización de la persona es una parte fundamental de la práctica asistencial, involucrando de este modo al paciente en el proceso y fomentando la autonomía e independencia, siempre que sea posible.



Es fundamental valorar las situaciones individuales, así como tener en cuenta los sentimientos, emociones y creencias de los pacientes y sus familiares para poder empatizar con ellos, ofreciéndoles de este modo cuidados integrales y de calidad.

Tras la definición de los márgenes para poder realizar un estudio verídico, la pregunta que orienta nuestro estudio es: ¿Se aplican cuidados centrados en la humanización del paciente en los servicios de urgencias?

A través de este estudio pretendemos mostrar la importancia de considerar todos los aspectos que engloban a la persona durante la atención que se presta en los servicios de urgencias hospitalarios. Nuestra intención es saber si se tiene en cuenta esta perspectiva, para ello es necesaria la descripción de experiencias reales desde la perspectiva de los profesionales de enfermería que llevan a cabo su actividad asistencial en dichos servicios.

Consideramos que los resultados obtenidos mediante este estudio pueden utilizarse como recurso para conocer qué aspectos influyen en la calidad de los cuidados, así como puntos de mejora y objetos de cambio, para que el paciente se sienta satisfecho respecto al trato recibido por parte de los profesionales de enfermería. Es por ello por lo que hemos decidido investigar dicho tema, ya que nuestro objetivo como profesionales de enfermería es mejorar la calidad de vida y promover la autonomía del paciente mediante los cuidados, teniendo presente una visión holística de la persona.



## HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

### Hipótesis/Pregunta de investigación

¿Se aplican cuidados centrados en la humanización del paciente en los servicios de urgencias?

### Objetivos

#### Objetivo general

- Conocer el grado de interiorización de la humanización de los cuidados en los Servicios de Urgencias por parte personal de enfermería.

#### Objetivos específicos

- Determinar cómo se llevan a cabo los cuidados de enfermería.
- Analizar la calidad de los cuidados que engloban al paciente de manera holística.
- Identificar los factores que influyen para humanizar al paciente
- Definir las cargas asistenciales de los hospitales.

## MARCO TEÓRICO

### 1. Definición de urgencia y emergencia

La palabra “urgencia” según la Real Academia Española (RAE<sup>1</sup>) procede del término del latín *urgentia* y se define como “*cualidad urgente, necesidad o falta apremiante de lo que es menester para algún negocio, caso urgente, inmediata obligación de cumplir una ley o un precepto*”. Es decir, que requiere de atención sin demoras y por consiguiente debe resolverse de forma inmediata. <sup>(2)(3)</sup> En cambio, la Organización Mundial de la Salud (OMS<sup>2</sup>) define “urgencia” como “*urgencia a la aparición imprevista de un problema de etiología diversa y de gravedad variable, que precisa de una atención inmediata para dicha persona que la sufre o su respectiva familia*”.<sup>(2)</sup>

Por otro lado, la palabra “emergencia” procede del latín *emergens*. La RAE la define como “*acción y efecto de emerger, suceso de peligro o desastre que requiere una acción inmediata*”.

---

<sup>1</sup> RAE: Real Academia Española.

<sup>2</sup> OMS: Organización Mundial de la Salud.



Es decir, se relaciona con un acto que se presenta de manera inesperada y que para poder resolverlo o controlarlo se debe realizar alguna acción en el menor tiempo posible.<sup>(2)(4)</sup> La OMS define “emergencia” como “acto en el que sin actuación se produciría la muerte en breves”. Así pues, los primeros auxilios son de vital importancia.

Para organizar la atención de los sucesos expuestos anteriormente se disponen de diferentes niveles de gravedad.<sup>(2)</sup>

## 2. Qué es el servicio de urgencias

El Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH<sup>3</sup>) está dirigido a la atención de procesos urgentes y/o emergentes, precisando de ciertos recursos que no pueden ser atendidos y/o solventados en centros de atención primaria. A este tipo de servicio acuden pacientes de diversos grados de gravedad. Por este motivo, es conveniente realizar un proceso de clasificación previo a la atención, más comúnmente conocido como “triaje”.

El triaje es un sistema de clasificación que se rige por protocolos que posibilitan un trabajo estructurado de manera reglada, válida y reproducible. Estos guían y estandarizan los procesos de esta clasificación para poder valorar el estado y gravedad del paciente en pocos minutos, priorizando los procesos asistenciales.<sup>(5)</sup>

Los tres principios fundamentales para poder asignar una prioridad clínica son:

1. Ayudar a su tratamiento y a la organización del servicio.
2. Indicar que el proceso de triaje de un paciente es de un tiempo determinado, el cual no permite diagnosticar de forma precisa.
3. El diagnóstico no se relaciona exactamente con la prioridad clínica, ya que hay múltiples factores, como por ejemplo, el estado en el que llega el paciente a urgencias.<sup>(5)</sup>

Disponemos de diferentes sistemas de clasificación utilizados en nuestros hospitales, que son la *Australasian triage scale* (ATS<sup>4</sup>), la *Manchester triage Scale* (MTS<sup>5</sup>), la *Canadian triage and acuity scale* (CTAS<sup>6</sup>), la *Emergency Severit Index* (ESI) y el

---

<sup>3</sup> SUH: Servicio/s de Urgencias Hospitalarias.

<sup>4</sup> ATS: *Australasian triage scale*.

<sup>5</sup> MTS: *Manchester triage Scale*.

<sup>6</sup> CTAS: *Canadian triage and acuity scale*.



Sistema Español de Triage (SET<sup>7</sup>) adoptado por la Sociedad Española de Medicina de Emergencias (SEMES) a partir del *Modelo Andorrano de Triage* (MAT).

Los sistemas de clasificación presentan 5 niveles de gravedad, pudiendo variar en la nomenclatura y definiciones de cada escala. La ATS, la CTAS, la MTS y la SET determinan un número, un color, un nombre y un objetivo de tiempo máximo con el primer contacto con el profesional, para cada una de las cinco categorías, tal como podemos observar en la *tabla 1*.<sup>(5)</sup>

Nivel de gravedad	Nivel de urgencia	Tiempo de atención	Color
Nivel 1	Emergencia	Inmediata	Rojo
Nivel 2	Muy urgente	15 minutos	Naranja
Nivel 3	Urgente	30 minutos	Amarillo
Nivel 4	Menor urgente	60 minutos	Verde
Nivel 5	No urgente	120 minutos	Azul

Tabla 1: Sistema de clasificación.

### 3. Como se organiza un Servicio de Urgencias Hospitalarias

El SUH está relacionado con otros hospitales de menor nivel, atención primaria y servicios de emergencia y urgencia extrahospitalaria, para poder recibir o enviar pacientes.

Los SUH se componen de un sistema integral, es decir, unidades funcionales que actúan en un lugar concreto y desarrollan actividades organizadas y secuenciales de un proceso coordinado, con el objetivo de minimizar los daños, las secuelas y la mortalidad de la persona que precisa de dicho servicio.

Para poder llevar a cabo una organización estructurada y comunicada se dispone de diferentes elementos estructurales, como por ejemplo, el centro coordinador de urgencias, que es quien realiza la recepción, la identificación de la necesidad, la clasificación de la demanda, la asignación de respuesta y movilización de recursos. Por otro lado, los recursos asistenciales se movilizan hacia el lugar del hecho y los hospitales integrados, donde encontramos incorporada los SUH. <sup>(5)</sup>

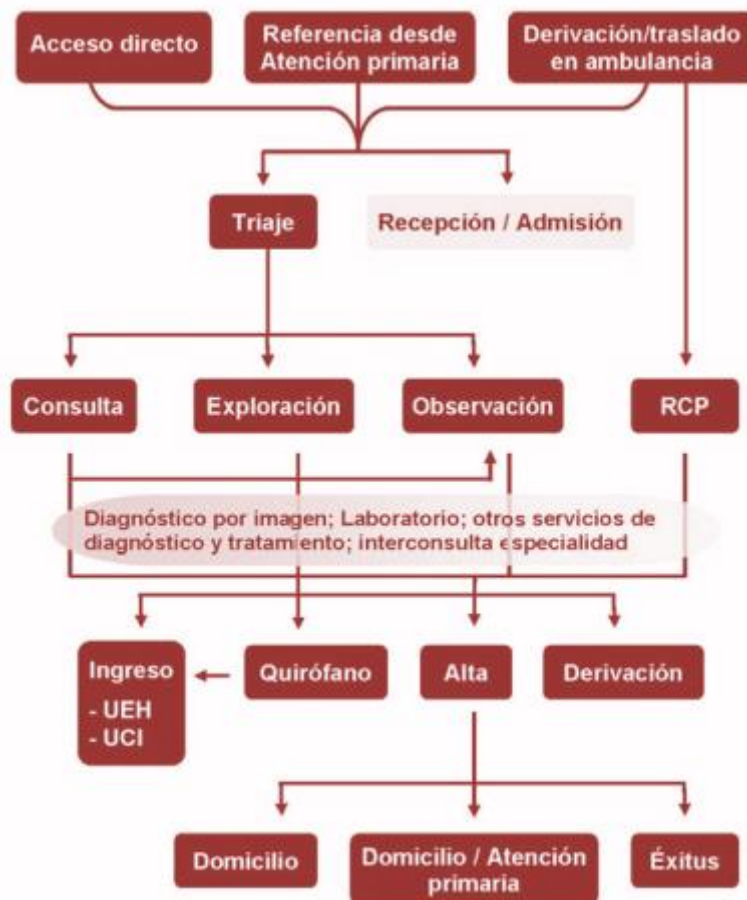
<sup>7</sup> SET: Sistema Español de Triage.



Dicho proceso debe de seguir una continuidad asistencial entre todos los servicios y elementos que trabajan, el cual está regido por protocolos estandarizados. Concretamente forman parte los acuerdos de funcionamiento, los procedimientos asistenciales en fase prehospitalaria, los protocolos de derivación, el sistema de registro, los procedimientos de evaluación y la garantía de la calidad.

Cabe destacar que los sistemas de movilidad o traslado urgente de pacientes, juntamente con las tecnologías de la información (TIC), son elementos fundamentales para la asistencia continuada y organizada.

Quien hace la demanda para el acceso al servicio de urgencias es el propio ciudadano por varias vías de acceso, entre las que se encuentra la vía telefónica (llamando al centro coordinados de urgencias) o acudiendo al propio centro (atención primaria u hospitalaria). Independientemente de la entrada que haya escogido el paciente se le debe atender de la forma más adecuada, por lo que hace al tiempo, la técnica y/o los procesos asistenciales. En el *esquema 1* se pueden observar las diferentes vías de acceso a los SUH y el proceso general de atención. <sup>(5)</sup>



Esquema 1: Proceso de atención del paciente en los SUH.



El responsable del SUH es un médico, que ejerce la máxima autoridad sobre todo el personal adscrito a la unidad y es quien debe organizar al conjunto de profesionales de diversas especialidades en un marco protocolizado y consensuado entre todos, además de gestionar la asignación de recursos, adaptada a la demanda. Otra de sus responsabilidades es la gestión de calidad del servicio, en la que se encuentra la seguridad del paciente. El responsable médico debe de disponer de un sistema de información y soporte administración.

Por otro lado, el responsable de enfermería se dedica a la coordinación del equipo de enfermería, organizando toda la operativa para poder garantizar los cuidados de enfermería en el servicio y siendo participe de la discusión/creación de protocolos y guías clínicas. Además, es el responsable de asegurar que al paciente y su familia se le proporcione la formación e información que precisen.<sup>(5)</sup>

#### **4. Saturación de los Servicios de Urgencias Hospitalarias**

En los últimos años ha aumentado la frecuencia en la que los SUH se encuentran saturados. Esto es un problema que afecta a la mayoría de los países, independientemente de su nivel socioeconómico.

La situación de sobrecarga en urgencias es un problema de todo el hospital y no exclusivo de los SUH, afectando tanto al paciente como a los propios trabajadores y los respectivos servicios. En este problema se ven implicados tanto factores externos dependientes de los propios pacientes y el uso del servicio, como factores intrínsecos de la organización y estructura de la unidad.

La forma en la que se desarrolla el trabajo en los SUH viene determinada por la demanda, la propia estructura propia del servicio y la conexión con los demás niveles asistenciales. Cuando estos elementos se encuentran desincronizados, se pueden ocasionar dificultades relacionadas con el flujo de pacientes.

Dentro de los factores intrínsecos se encuentran los *recursos estructurales*, tanto en funcionalidad como en capacidad. Una dotación insuficiente de los recursos está directamente relacionada con un alto riesgo de saturación de la unidad.

Otro de los factores importantes a nivel interno es la *dotación de personal sanitario*, teniendo en cuenta tanto la ratio de pacientes por profesional sanitario, así como el nivel de formación y la preparación de estos. Este último se relaciona con que un elevado número de profesionales tiene una experiencia limitada, que corresponde al conocido término de “*Medicina defensiva*”, la cual conlleva una sobre-exploración y un



incremento en la demanda de pruebas complementarias, produciéndose un aumento en el tiempo de atención al paciente. <sup>(6)</sup>

Actualmente el sistema público de salud no dispone de ninguna barrera para limitar el acceso a los SUH, objetivándose a lo largo de los años un aumento importante de la demanda de atención urgente. Esto viene motivado por cambios demográficos y del perfil clínico de la población, que debido al aumento de la esperanza de vida, los pacientes tienden a una mayor complejidad y comorbilidad en sus patologías.

También influyen variables sociales como por ejemplo la “cultura de la inmediatez”, un mayor volumen de pacientes “hiper-frecuentadores”, el uso inadecuado de los SUH y orientaciones diagnósticas y/o terapéuticas finalistas en aumento.

El uso inadecuado de los SUH por parte de los pacientes está relacionado con que un alto porcentaje de pacientes acuden directamente a los SUH sin haber acudido previamente a los servicios de urgencias extrahospitalarios. Esta práctica es conocida como “Bypass”, la cual contribuye a la saturación de los servicios y al descenso de la calidad asistencial. En la *tabla 2* podemos encontrar las causas más comunes que favorecen a la saturación de dichos servicios. <sup>(5)</sup>

<b>Causas más comunes que contribuyen a la saturación de los SUH</b>	Obligación de atender a pacientes con patología no urgente (pudiendo llegar al 70% de los pacientes del servicio).
	Derivación excesiva de pacientes de edad avanzada y con pluripatología a los SUH.
	Pacientes que frecuentan mucho los SUH (Hiper-frecuentadores).
	Factores estacionales, como por ejemplo la gripe estacional.
	Personal sanitario insuficiente o con inadecuada preparación.
	Retrasos en la realización del ingreso o en el transporte en ambulancia.
	Falta de camas para el ingreso hospitalario. Por tanto, consecuentemente se deben de ocupar boxes de los SUH, llevando así a un colapso del servicio.

*Tabla 2: Causas más comunes que contribuyen a la saturación de los SUH.*

A pesar de que no existe ningún sistema uniforme para cuantificar la saturación de los SUH, sí que se dispone de determinados ítems que se tienen en cuenta para poder valorarlo:



- Tiempo de espera medio superior a 60 minutos (desde que entra al servicio hasta que es atendido por el profesional).
- Camas/boxes de urgencias ocupados al 100% más de 6 horas al día, lo que implica que los pacientes se localicen en los pasillos.
- Sensación de sobrecarga de los profesionales más de 6 horas al día (criterio subjetivo).
- Número de días al año en los que no se dispone de camas de hospitalización para aquellos pacientes que lo necesitan.
- Tiempo superior a 4 horas desde que se da la orden para poder llevarlo a la unidad de hospitalización hasta que realmente se traslada.
- Pacientes que finalmente se marchan del servicio sin ser atendidos. <sup>(5)</sup>

### Consecuencias de la saturación de los SUH

Se ven afectadas la efectividad, la calidad asistencial y la seguridad del paciente, siendo una fuente de múltiples efectos adversos, mostrados en la *tabla 3*.

<b>Consecuencias de la saturación de los SUH</b>	Aumento de la mortalidad hospitalaria a los 30 días del ingreso.
	Mayor mortalidad del trauma grave en urgencias.
	Mayor mortalidad en la unidad de cuidados intensivos (UCI) por retrasos en el ingreso, cifrándose en un aumento de la mortalidad del 1,5% por cada hora de espera.
	Retrasos en el tratamiento antibiótico y del dolor.
	Retrasos en la cirugía de urgencia.
	Aumento del tiempo “puerta-aguja” en el infarto agudo de miocardio.
	Colas en el servicio.
	Prolongación de la estancia hospitalaria.
	Aumento del tiempo de espera para realizar pruebas complementarias.
	Aumento del número de errores del personal.
	Aumento de las readmisiones.
	Elevado número de abandono del servicio por parte de los pacientes sin ser atendidos.

*Tabla 3: Consecuencias de la saturación de los SUH.*



A todos estos efectos adversos se suma la masificación producida por pacientes que no acuden a otros niveles asistenciales (por ejemplo, atención primaria y/o urgencias extrahospitalarias), la pérdida de continuidad asistencial y de calidad, la insatisfacción de los profesionales, la inadecuación, los tiempos de espera en la atención de las verdaderas urgencias, un mayor gasto sanitario y unas repercusiones muy importantes sobre la gestión del resto del hospital.

Como consecuencia directa al aumento de carga de trabajo en los SUH, se ven repercutidos el resto de los servicios relacionados, provocando falta de espacio. La elevada demanda de pruebas complementarias da lugar a la sobrecarga de los servicios de laboratorio y radiología, aumento de las listas de espera y pérdidas de productividad. Todo ello provoca que aumente la posibilidad de que se produzcan múltiples errores y omisiones graves, así como la realización de “*Medicina defensiva*” y el aumento de la frustración del personal sanitario.

Resulta complejo encontrar una única solución debido a los diversos factores que intervienen para que se produzca este problema, aunque mediante la concienciación de la población, los profesionales y los propios hospitales se conseguiría una mejora de la situación.

Es fundamental promover que el paciente acuda previamente a otros niveles asistenciales fuera del entorno hospitalario para una valoración facultativa. Esto produciría que el paciente derivado mediante estos circuitos sea aquel que necesite realmente valoración hospitalaria, reduciendo así la saturación y disminuyendo el tiempo de espera en general.<sup>(6)</sup>

La saturación de dicho servicio dificulta la atención sanitaria de calidad hacia el paciente, cuando el tiempo de instauración del tratamiento es fundamental, como por ejemplo en un síndrome coronario agudo, en un ictus isquémico agudo o en un traumatismo grave. De esta manera se retrasan los diagnósticos, por lo que se produce un incremento de la morbi-mortalidad.

Por otro lado, la saturación de dichos SUH se refleja en la insatisfacción del paciente, dando lugar a un mayor número de quejas y produciéndose abandonos del servicio por parte de los pacientes que no han sido atendidos.<sup>(5)</sup>

## **5. Concepto de humanización del paciente**

El concepto humanización en el contexto sanitario hace referencia a un abordaje integral de la persona, en el que se engloba al individuo como ser holístico, interactuando las dimensiones biológica, psicológica, social y conductual.



Desde esta perspectiva las necesidades sociales, emocionales, psicológicas y físicas tienen igual importancia, por lo que todas las acciones dirigidas hacia la persona deben respetar la intimidad y autonomía de la persona, promover y proteger la salud, así como garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y equilibrada a nivel físico, psicológico, espiritual y social.<sup>(7)</sup> Por tanto, humanizar la asistencia significa hacerla digna del ser humano y coherente con los valores que él siente como particulares e individuales.<sup>(8)</sup>

En la práctica asistencial diaria la atención urgente resulta un elemento clave en cualquier sistema sanitario, por ello existe un interés creciente en incrementar la satisfacción de pacientes, familiares y/o acompañantes en dicho ámbito. La calidad como concepto en la atención sanitaria no debe girar únicamente en torno a la parte profesional referente a las competencias asistenciales y el nivel científico-técnico del servicio prestado, sino que también debe englobar la satisfacción de los pacientes. Dicha satisfacción se ve afectada de manera directa por la calidad asistencial percibida por los pacientes al ser atendidos.

La satisfacción del paciente debe entenderse en términos de expectativas satisfechas (como por ejemplo mediante la atención a sus demandas y expectativas) y la calidad percibida.

Se han realizado análisis por diferentes autores que definen los elementos que contribuyen a conformar las expectativas de los pacientes y que condicionan su satisfacción. Se han determinado factores con relación a los aspectos más valorados por pacientes y acompañantes, tales como el trato, la empatía, la información ofrecida a pacientes/familiares, la implicación del personal sanitario y la capacidad de respuesta, junto a la rapidez en la atención.

En resumen, la satisfacción de las personas se conforma prestando atención y cuidados humanizados, junto con el tiempo de espera percibido que contribuye a conformar dicho grado de satisfacción.

El tiempo de espera percibido influye de manera directa en la insatisfacción de los pacientes. Existen elementos que dinamizan estos tiempos de espera y mejoran la tolerancia hacia ellos. Entre ellos se encuentran la información clínica y no clínica periódica, la posibilidad de acompañamiento, el trato humano, la revaloración durante el proceso de triaje y la información sobre los recursos asignados.



Hay un elemento básico durante el proceso asistencial relacionado directamente con la calidad de los servicios sanitarios que se proporcionan, que es la satisfacción de los profesionales sanitarios, ya que está demostrado que a mayor nivel de satisfacción laboral se optimiza la relación con el paciente y mejora la calidad de los cuidados. Los SUH pueden ser ambientes causantes de estrés, en los que se puede producir desgaste profesional o síndrome de “*burnout*”<sup>8</sup>, debido a la elevada presión asistencial, los altos niveles de responsabilidad y las exigencias por parte de pacientes/familiares. Por ello, resulta esencial determinar los niveles de satisfacción de los profesionales para definir las estrategias de cambio y planificación de mejoras. <sup>(9)</sup>

## **6. Papel de la enfermería en la humanización de la asistencia sanitaria**

La enfermería tiene la responsabilidad del cuidado de los pacientes en los hospitales, que mientras están ingresados se pueden encontrar en estado de vulnerabilidad, debido a pueden enfrentarse a la vivencia de situaciones límite como la propia enfermedad, el dolor, el desamparo, la frustración o la muerte.

Debemos dar importancia al cuidado de la dimensión espiritual en aquellos pacientes en las situaciones anteriormente mencionadas. Los cuidados proporcionados se deben focalizar en respetar los valores, las creencias religiosas, los ideales y la filosofía de vida del paciente.

Para poder llegar a resolver el problema de la deshumanización del paciente en los ámbitos sanitarios se requiere una educación basada en temas tales como la naturaleza del ser humano, su dignidad y su libertad, entre otros. <sup>(8)</sup>

El término humanización en relación con la asistencia sanitaria hace referencia al respeto a la intimidad y autonomía de la persona, la gestión de emociones y el respeto a la espiritualidad individual, el comportamiento y actitud de los sujetos, así como la adecuada comunicación entre paciente y profesional.

El personal de enfermería tiene competencias para poder cuidar a la persona a nivel holístico, siendo críticos en aquellas situaciones dónde se debe priorizar un cuidado humanizado a una técnica invasiva.

---

<sup>8</sup> Síndrome de estar quemado por el trabajo o “*burnout*”: Síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que puede desarrollarse como consecuencia de la exposición continuada a estresores laborales. <sup>(22)</sup>



En definitiva el cuidado supone seguir los principios éticos básicos, además de ser imprescindible el trato empático en relación con el paciente.<sup>(8)</sup>

## **7. Deshumanización de los cuidados asistenciales**

El término deshumanización en referencia a la práctica asistencial sanitaria y los cuidados que se proporcionan se define como el trato al paciente alejado de la visión de la persona como conjunto, dividiéndola en partes y no teniendo una visión de esta como un ser único. Esto puede producir una especie de “cosificación”<sup>9</sup> de la persona, repercutiendo en la calidad de los cuidados y atención recibidos.

Se trata de un fenómeno complejo que resulta de múltiples factores en la que todos se asocian e interactúan entre ellos. Intervienen factores de tipo sociológico, los atribuibles a la dinámica, el funcionamiento y la organización de las estructuras e instituciones sanitarias, así como los factores relativos al paciente y sus medios.

También influye el desarrollo tecnológico, destacando la aplicación inadecuada de estos recursos. Además, la formación de los profesionales juega un rol importante en cuanto a la humanización de los cuidados, debido a que existen déficits en la formación relacionada con la bioética, repercutiendo negativamente en la resolución y mediación de problemas que se producen a diario en la práctica asistencial.

En la mayoría de los conflictos intervienen temas como el trato de la intimidad y la autonomía del paciente, así como la inadecuada comunicación entre el paciente y el profesional.

Todos ellos se encuentran conectados como causas y consecuencias unos de otros. Es por ello que humanizar la salud resulta un proceso complejo que engloba la política, la cultura, la organización sanitaria, la formación de los profesionales y la mejora de la relación entre usuarios y profesionales.<sup>(8)</sup>

## **8. Protocolos/planes sobre la humanización y el trato con el paciente.**

En relación con los protocolos, proyectos o planes estratégicos actuales sobre la humanización del paciente, cabe destacar cuatro de ellos.

---

<sup>9</sup> Cosificar: Reducir a la condición de cosa a una persona. <sup>(23)</sup>



Por lo que hace al Proyecto HUrgencias, el pasado 2020 se realizó un manual con siete líneas estratégicas para poder mejorar la calidad asistencial a nivel de humanización del paciente en los SUH. Se llevó a cabo a través de la recogida del trabajo y visión de los diferentes profesionales de los SUH, sin olvidar sus diferentes intereses y la voz de los pacientes. Dicho proyecto está estructurado de la misma forma que el “Proyecto HU-CI”, que hace referencia a la unidad de cuidados intensivos.

Las líneas de las cuales trata son totalmente independientes. Por tanto, se puede iniciar la lectura del proyecto por el punto que más nos llame la atención. Estas líneas están divididas en:

- SUH con flexibilización en el acompañamiento, es decir, que se produzca la presencia y participación de las personas cuidadoras y familiares en los cuidados.
- Comunicación, tanto a nivel profesional/equipo como hacia el paciente y su familia.
- Bienestar del paciente, contemplando su ser de una manera holística. En otras palabras, físico, psicológico/espiritual y ambiental. Sin olvidar de la promoción de su autonomía.
- Cuidados al profesional, dando estrategias para la prevención y manejo del síndrome del desgaste profesional /Burnout.
- Pacientes vulnerables en los SUH, tratando los aspectos generales y profundizando en los específicos dando información en relación con la identificación, valoración y abordaje.
- Cuidados al final de la vida, protocolizando los cuidados en dicha etapa o en limitación del esfuerzo terapéutico. Por otro lado, se trata también el acompañamiento y el tipo de soporte a las necesidades según los valores del paciente al final de la vida. Finalmente, trata sobre el documento de voluntades anticipadas, su comité de ética y la planificación para llevarlo a cabo.
- Infraestructura humanizada, tratando temas tales como la intimidad y privacidad del paciente, su confort como el de la familia, la orientación y la distracción del paciente. <sup>(10)</sup>

Seguidamente encontramos, el Proyecto HURGE que fue creado por médicos de familia trabajadores en los SUH. Concretamente en 2018 el presidente de HURGE (Proyecto Humanización de las Urgencias y Emergencias) y el presidente de semFYC (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria) firmaron un acuerdo para llevar a cabo la humanización de los servicios de urgencias, emergencias y



catástrofes. Su objetivo es poder dar una formación a los profesionales de la salud y una concienciación sobre los pacientes y fomentar su respeto. <sup>(11)</sup>

Por otro lado, existe el Plan de Humanización creado en 2018 por la Junta de Andalucía. Dicho documento no hace referencia propiamente a la humanización de los cuidados de los SUH, pero es aplicable a cualquier servicio asistencial. Su objetivo es recalcar la importancia de respetar al paciente por lo que hace a su voluntad, dar información, proporcionar formación, confidencialidad, intimidad y la incorporación de la familia.

Para llegar a ello se establecen otros objetivos específicos, los cuales relatan el establecer relaciones terapéuticas que consten de una relación entre el profesional y el paciente de manera confidencial, íntima, empática y asertiva. Facilitar el acompañamiento de la familia o allegados durante el proceso que decida el paciente. Implicar a las personas en la toma de decisiones compartidas. Adaptar las situaciones y espacios para promover y guardar la intimidad y confidencialidad de la persona. Por último, formar al personal sanitario acerca del acompañamiento terapéutico y la toma de decisiones compartida.

Este Plan de Humanización está dividido en cinco líneas estratégicas, las cuales son la implantación de la personalización, facilitar el acompañamiento, la implicación de las personas en la toma de decisiones compartidas, preservar la intimidad y confortabilidad y desarrollar competencias humanísticas y relacionales en el personal sanitario. <sup>(12)</sup>

Finalmente hablaremos del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria del 2016-2019, creado por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Dicho documento tiene por objetivo promover la mejoría de la humanización de la asistencia sanitaria en Madrid.

Además, está dividido por varias líneas estrategias, las cuales son la cultura de humanización, la información personalizada y acompañamiento, la humanización de la asistencia en las primeras etapas del ciclo vital, la humanización en la atención de urgencias, la humanización en la hospitalización, la humanización en las unidades de cuidados intensivos, la humanización en la atención de la salud mental, la humanización y el paciente oncológico, así como la humanización en situación de final de vida. <sup>(9)</sup>



Todos los documentos encontrados tienen como objetivo en común la humanización de la asistencia sanitaria, ya sea centrada en uno o más ámbitos clínicos.

## **9. Impacto y consecuencias del COVID-19 en los SUH**

El virus SARSCoV-2 fue reportado por primera vez en Wuhan (China), causando en España una primera oleada de pacientes afectados de COVID-19 durante los meses de marzo y abril de 2020. Se estima que durante la primera ola se infectó alrededor del 5% de la población española, lo que supone más de dos millones de personas contagiadas por el virus.<sup>(13)</sup>

Este virus ha generado un impacto en el funcionamiento del sistema sanitario debido al aumento de la presión asistencial de los hospitales. Dada la necesidad de ingresar a corto plazo tanto en unidades de hospitalización convencional como en unidades de críticos, se saturó el sistema hospitalario.<sup>(14)</sup>

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) han tenido que asumir una gran cantidad de pacientes que requieren de estos servicios, provocando de esta manera problemas de disponibilidad de camas debido a la demanda existente.

A pesar de la ampliación de la oferta mediante la redefinición de espacios, la provisión de recursos materiales esenciales y la reorganización de los recursos humanos, la disponibilidad de camas para pacientes críticos ha sido insuficiente en muchos centros hospitalarios españoles.

En consecuencia, los SUH se han visto afectados por este déficit de espacio ya que gran parte de los ingresos hospitalarios de pacientes con COVID-19 se realizan desde este servicio, donde se hace una primera valoración de la intensidad de los cuidados que requieren los pacientes, así como del manejo clínico.<sup>(13)</sup>

La declaración del estado de alarma por parte del Gobierno, las medidas de confinamiento poblacional para limitar el aumento de contagios y la percepción de riesgo por parte de los pacientes provocó una descongestión en los SUH, motivada por la disminución de la demanda asistencial durante los meses más críticos de la pandemia, acompañada del aumento de casos de alta prioridad.

Esto ha conllevado a una mayor eficiencia en todos los procesos, evidenciado por la reducción de los tiempos de atención y estancia hospitalaria.



Esta disminución de la demanda asistencial también afectó de manera desfavorable a la institución en cuanto a las finanzas, ya supuso una pérdida de ingresos y un aumento de los gastos relacionados con la compra de equipos de protección personal y el desarrollo de tecnologías para apoyar las necesidades de telemedicina. <sup>(15)</sup>

Los pacientes que requerían asistencia sanitaria al inicio de la pandemia vieron prolongadas sus estancias hospitalarias (con una media de 3 semanas), desbordando los recursos sanitarios y obligando a posponer las actividades asistenciales programadas. De este modo, se dificultó el reinicio de procedimientos médicos, intervencionistas y quirúrgicos que requerían de hospitalización. Todo esto ha contribuido a una pérdida de la continuidad asistencial de pacientes con afectaciones crónicas, que progresaron de manera grave al perder el contacto con el sistema sanitario.

La atención sanitaria se ha adaptado a la pandemia por COVID-19 para hacer posible la recuperación de la continuidad asistencial de estos pacientes. Se han puesto en marcha programas de gestión sanitaria entre los niveles asistenciales, mediante la participación activa tanto de enfermería comunitaria como hospitalaria e incorporando distintas modalidades de telemedicina. <sup>(14)</sup>

Debido a la situación actual de la pandemia las visitas se vieron restringidas. Por tanto, los pacientes se vieron solos ante la situación de incertidumbre que supone ingresar en un servicio de urgencias. A medida que la pandemia iba evolucionando se implementaron nuevas estrategias para poder establecer acompañamiento de los pacientes, utilizando dispositivos de comunicación como móviles, tabletas y ordenadores para realizar videollamadas o llamadas con sus familiares. Ofreciendo así confort y seguridad, tanto al paciente como a las familias.

Además, se vio afectada la organización de la estructura de los SUH, destinando un espacio exclusivo a pacientes con patología respiratoria, con el fin de poder controlar la expansión del SarsCov-2.

Se produjeron diferentes grados de impacto en el funcionamiento de los SUH, ya que estos servicios tienen un papel fundamental en la gestión de cualquier brote infeccioso. A través de este servicio se producen los primeros contactos con los pacientes, permitiendo un diagnóstico y posterior derivación. En la situación de pandemia vivida, el personal sanitario se encontró expuesto en primera línea y sometido a sobrecargas de trabajo de manera brusca, así como a cambios constantes de protocolos de actuación, resultando un colectivo muy afectado.



Tal situación provocó que en los SUH en ocasiones no fuera posible cumplir las medidas ideales de protección y que los trabajadores se vieran afectados por la infección, contrayendo el virus.

Resulta fundamental establecer protocolos y estrategias que permitan organizar el funcionamiento del servicio para evitar el colapso de este y proteger a los profesionales del contagio.<sup>(16)</sup>

El personal sanitario no solo se ha visto afectado de manera física, sino también a nivel emocional. Se han tenido que adaptar constantemente a cambios, tanto de protocolos y circuitos asistenciales como de medidas de aislamiento, además de tener que cubrir las bajas laborales de los compañeros, viéndose afectado el descanso personal.

El miedo respecto a la seguridad propia, la de los familiares, la estigmatización de la enfermedad y las medidas de aislamientos, son factores que han contribuido al impacto en la salud mental, provocando síntomas relacionados con el síndrome de “*Burnout*”, tales como fatiga, insomnio, irritabilidad y pérdida de apetito. A largo plazo se han objetivado trastornos por estrés post-traumático que se relacionan con alteraciones cardiovasculares, trastornos musculoesqueléticos, gastrointestinales y del sueño, entre otros.

Para evitar los efectos psicológicos de la pandemia en el personal sanitario resultaría beneficioso desarrollar habilidades relacionadas con la inteligencia emocional para contribuir en la mejora del trabajo en equipo y la comunicación con el paciente.<sup>(17)</sup>

## **10. Carga de pacientes en Urgencias**

El Consejo General de Enfermería ha publicado el Informe de Recursos Humanos de Enfermería 2020. En dicho informe podemos observar una descripción detallada de la situación profesional en España en comparación con la enfermería a nivel internacional. Además de comparar diferentes grupos profesionales de sanitarios y las diferentes comunidades autónomas.

Según los datos obtenidos tras la actual situación de pandemia debido a la COVID-19, España presenta una ratio de 5,6 enfermeras/1.000 habitantes.<sup>(18)(19)</sup>

Según la OMS, España se encuentra en el puesto número 61 a nivel mundial por lo que hace a ratio enfermera/habitante. Mientras que la ratio de médico/habitante es menor, ocupando el puesto 26 del ranking.



Así pues, se puede decir que España es uno de los países con menos enfermeras por médico del mundo, siendo el puesto 142 de 193 y teniendo una ratio de 1,48 enfermeras por médico. <sup>(18)</sup>

El Boletín Oficial de las Cortes Generales con fecha de 20 de diciembre de 2019. Series B. Núm. 6-1. Artículo 5. Determinación de la ratio enfermera en unidades de hospitalización, establece que:

- La asignación de máximo 6 pacientes por cada enfermera, por lo que hace a las unidades de hospitalización. Pudiendo aumentar hasta 8, en función de las condiciones de los pacientes, las características de la unidad y la franja horaria de trabajo.
- En las unidades de cuidados intensivos u otras áreas de cuidados críticos, la asignación de pacientes por cada enfermera será de un máximo de 2. <sup>(20)</sup>



## **METODOLOGÍA**

### **Tipo de estudio**

Se ha realizado un estudio a través del método cualitativo comprensivo enfocado en el paradigma fenomenológico e interpretativo. Dicho paradigma, hace referencia a la experiencia de las personas investigadas.

### **Criterios éticos**

Con el fin de respetar los principios éticos y de buena práctica, se ha respetado la confidencialidad de los participantes. Cumpliendo la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, publicado en el BOE, número 294 (Páginas: 119788 a 1198579).

Hemos realizado un consentimiento informado con el fin de informar sobre el campo a investigar, la finalidad del estudio y los aspectos legales. Además, se ofrece la posibilidad de revocar dicho consentimiento en cualquier momento. En dicho documento las personas entrevistadas dan constancia de su participación de manera voluntaria en el estudio.

Por otro lado, las entrevistas realizadas han sido registradas en formato audio para su posterior transcripción, respetando la confidencialidad de datos personales, haciéndose referencia a los participantes como E1, E2 y E3.

El documento de consentimiento informado se puede consultar en el *anexo 1* y las entrevistas transcritas en el *anexo 3*.

### **Revisión bibliográfica**

Se ha realizado el marco teórico mediante una revisión bibliográfica a través de bases de datos virtuales en los periodos comprendidos entre diciembre del 2021 y febrero de 2022.

Por lo que hace a las palabras clave utilizadas para dicha investigación, fueron: enfermería, humanización, deshumanización, cuidados, servicios de urgencias, SUH, UUH enfermería, saturación y carga asistencial. Se hicieron combinaciones de una o más palabras para obtener la bibliografía necesaria. Sin embargo, hemos tenido dificultades para encontrar evidencia científica actual en relación con la humanización de los cuidados.



La búsqueda se ha realizado de manera sistemática en las bases datos primarias como secundarias. Entre ellas constan Google Académico, Fistera, Boletín Oficial de las Cortes Generales, Dialnet, RAE, Ministerio de Sanidad, Elsevier, Scielo y diversas revistas científicas online.

El criterio establecido para acotar la búsqueda bibliográfica ha sido un periodo máximo de 10 años, respecto a su publicación. A excepción del Boletín de las Cortes Generales 2007, Ministerio de Sanidad - Organización de los SUH 2010 y fuentes de evidencia científica acerca de la humanización, de las que no hay nuevas actualizaciones disponibles.

### **Producción de datos primarios**

El tipo de entrevista seleccionada ha sido individual, semiestructurada, con preguntas abiertas y la posibilidad de variar y/o introducir nuevas preguntas si se considera relevante para el tema de estudio.

Para la realización de las entrevistas, se ha seguido un guion previamente conformado por las investigadoras para poder abordar los temas de interés. Dicho guion se puede consultar en el *anexo 2*.

### **Muestra del estudio**

Para poder llevar a cabo nuestro estudio se establecieron diferentes criterios:

#### **Criterios de inclusión**

- Personal exclusivamente de enfermería.
- Práctica asistencial llevada a cabo actualmente en el servicio de urgencias.
- Experiencia laboral en el SUH de más de 5 años.
- Edad superior a 30 años.
- Profesionales de diferentes niveles hospitalarios en la región sanitaria del Camp de Tarragona.

#### **Criterios de exclusión**

- Personal sanitario que no pertenezca a la profesión de enfermería.
- Personal de enfermería que ejerza fuera del servicio de urgencias.
- Menos de 5 años que experiencia laboral en el SUH.



El tipo de muestreo seleccionado ha sido no probabilístico, concretamente intencional. En otras palabras, las personas participantes fueron seleccionadas en base a los criterios establecidos.

Para poder tener acceso a las personas participantes nos pusimos en contacto con personal de enfermería de distintitos hospitales, encontrándonos con dificultades debido a la falta de medios de contacto en el ámbito de estudio.

### **Análisis de datos**

Una vez se llevan a cabo las entrevistas, se realiza la transcripción y posteriormente el análisis de datos a través de la clasificación:

**EMIC:** La participación del personal de enfermería ofreciendo una narrativa simbólica de su propia experiencia al estudio, es decir, “*desde dentro*”.

**ETIC:** la participación e interpretación “desde fuera” de las investigadoras respecto al análisis de datos. Es decir, se examinan los datos desde el punto de vista del observador.

**CATEGORÍA:** Temas relevantes tratados en las entrevistas. Desglosado en la *tabla 4*.

**SUBCATEGORÍA:** Subdivisión de cada tema relevante. Especificado en la *tabla 4*.

<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>
Años de experiencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Experiencia en SUH</li> <li>- Tipo de hospital</li> </ul>
Conocimientos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Funcionamiento SUH</li> <li>- Concienciación sobre la humanización de los cuidados</li> </ul>
Atención humanizada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diferencias entre SUH y unidades de hospitalización</li> <li>- Implicación del personal multidisciplinar en los cuidados humanizados</li> <li>- Estigmas hacia el tipo de paciente</li> </ul>
Humanización	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Factores que influyen</li> <li>- Carga asistencial. Ratio enfermera-paciente</li> <li>- Saturación de los SUH</li> </ul>
Gestión, estructuración y organización de los SUH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Espacio físico. Organización del SUH</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Condiciones laborales de enfermería/Burnout</li> <li>- Dirección/gestión</li> <li>- Influencia de factores externos</li> </ul>
Intimidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Influencia de la gestión, estructuración y organización</li> <li>- Respeto/invasión de la intimidad</li> <li>- Papel de enfermería</li> </ul>
Procedimientos técnicos/ cuidados holísticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nivel de exigencia</li> <li>- Habilidades técnicas y no técnicas</li> </ul>
Autonomía, información y consentimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autonomía/voluntad del paciente</li> <li>- Consentimiento informado</li> <li>- Lenguaje y terminología</li> </ul>
Acompañamiento al paciente en los SUH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acompañamiento profesional</li> <li>- Acompañamiento familiar</li> <li>- Efecto del COVID-19</li> </ul>
Cuidados de calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Propuestas de mejora</li> </ul>

Tabla 4: Categorías y subcategorías

### **Limitaciones del estudio**

Una vez realizado el estudio, hemos podido analizar las limitaciones encontradas durante el proceso.

Dado que la investigación está basada en la metodología cualitativa, ha estado presente nuestra subjetividad. Hemos procurado ser críticas y objetivas, tratando de no interferir en el análisis de los resultados de la investigación y evitando así, anteponer nuestra percepción.

Por otro lado, debido al periodo limitado para la realización de la investigación, nos hemos debido de centrar en acotar el estudio a las zonas del Baix Penedès y El Tarragonès. Nos habría gustado poder abarcar el resto de la región sanitaria del Camp de Tarragona para la realización del campo práctico.

Respecto a la accesibilidad para contactar con las enfermeras participantes, no tuvimos ningún problema para localizarlas, excepto en el Hospital de Santa Tecla. Hemos encontrado limitaciones para la realización de la entrevista, debido a que no teníamos contactos con los que poder acordar una entrevista.



Finalmente, hemos visto que el área de la salud mental y psiquiátrica sigue siendo un gran tabú para los profesionales sanitarios. Así pues, nos habría gustado poder profundizar en dicha especialidad.



## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A través de la narrativa de las tres participantes en las entrevistas del proyecto de investigación, aportamos los resultados que hemos obtenido mediante la realización y análisis posterior de dichas entrevistas.

Se definieron 10 categorías y 26 subcategorías tras el análisis de datos de las entrevistas. Estas han sido escogidas de manera sistemática y en base a nuestros objetivos, el marco teórico y las entrevistas adjuntadas en el *anexo 3*.

### Años de experiencia

#### **Años de experiencia en los SUH y tipo de hospital**

E1: Edad 35 años. 15 años de experiencia como enfermera, de los cuales 15 años en urgencias hospitalarias. Hospital de nivel 2 o A.

E2: Edad 35 años. 15 años de experiencia como enfermera, de los cuales 13 años en urgencias hospitalarias. Hospital de nivel 3 o B.

E3: Edad 44 años. 23 años de experiencia como enfermera, de los cuales 19 años en urgencias. Hospital de nivel 2 o A.

Como vemos, las tres personas entrevistadas cumplen con los criterios de inclusión, los cuales eran ser personal de enfermería y trabajar en el área asistencial de urgencias. Además, presentan un perfil de experiencia laboral en urgencias similar, comprendiendo un periodo entre los 13 y los 19 años.

Las enfermeras E1 y E2 tienen tanto la misma edad, como los mismos años de experiencia laboral. La enfermera E2 empezó dos años después en los SUH. Por lo que hace a la enfermera E3 es la más veterana de las entrevistadas.

Cada participante trabaja en un tipo de hospital diferente de la región sanitaria del Camp de Tarragona. La enfermera E1 trabaja en el Hospital del Vendrell de nivel 2 o A (comarcal). La enfermera E2 trabaja en el Hospital Universitari Joan XXIII de nivel 3 o B (referencial del Camp de Tarragona). La enfermera E3 trabaja en el Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de nivel 2 o A (referencial en la zona Norte de Tarragona). <sup>(21)</sup>



## **Conocimientos**

### **Sobre el funcionamiento del Servicio de Urgencias Hospitalarias**

Las enfermeras conocen el término de urgencias hospitalarias y el tipo de paciente que se atiende. Coincidiendo con la definición descrita en el marco teórico y que se encuentra en nuestra búsqueda bibliográfica<sup>(2)(3)(4)(5)</sup>. Entre todas sus definiciones coinciden en que los SUH son un servicio en el que se atienden patologías/situaciones urgentes o emergentes durante los 365 días del año, las 24 horas del día.

E1: *“se atiende a patologías urgentes o emergentes”. “son unas urgencias generales, no va por especialidades. Tienes niños, trauma (...) Pediatría, a nivel de enfermería también las atiendes igual.” “Nivel 4 y 5 se atiende en una zona y luego 3,2,1 en otra”.*

E2: *“área responsable los 365 días, las 24 horas de dar atención médica y quirúrgica a los pacientes que lo precisen. Sean urgencias o emergencias”.*

E3: *“servicio donde puedes atender a cualquier persona las 24 horas del día por una patología que has de atender de manera urgente “.*

Por otro lado, todas conocen el funcionamiento de su centro hospitalario, siendo un tanto diferente en cada uno de ellos. Los diferentes servicios de urgencias hospitalarias sí que forman un sistema integral, siguiendo protocolos estandarizados.

Por lo que hace a los diferentes hospitales de las enfermeras participantes, son distribuidos en niveles 1-2-3 y niveles 4-5. De la misma manera que se clasifica en el documento del Ministerio de Sanidad y Política Social: “Unidad de urgencias hospitalarias. Estándares y recomendaciones”<sup>(5)</sup>. Correspondiendo los tres primeros niveles a los más prioritarios y pudiéndose demorar el tiempo de asistencia en los dos últimos niveles, ya que podría solucionarse de manera ambulatoria.

### **Concienciación sobre la humanización de los cuidados**

Las enfermeras son conocedoras del concepto humanización de los cuidados, cada una definiéndola de manera diferente:

E1: *“Atender bien, empatizar, cuidar, no hacer el mal. Toda la ética que te enseñan durante la carrera, ponerla en práctica”.*

E2: *“Establecer una asistencia personalizada y centrada en el individuo basada en el respeto y conservar su dignidad”.*



E3: *“Darles la parte más humana a los cuidados. Atender lo que pasa, desde la vertiente más holística, viendo la parte global de la persona”.*

Contemplando al paciente como un todo, no solo la patología aguda o el diagnóstico que presenta. Haciendo referencia a un abordaje integral como está reflejado en los artículos de March, JC “Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios.” y de García Cabeza, ME “Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario”<sup>(7)(8)</sup>.

### **Atención humanizada**

#### **Diferencias entre los SUH y unidades de hospitalización**

Las enfermeras entrevistadas coinciden en que en una planta de hospitalización se ofrece un trato más humanizado a los pacientes que en los servicios de urgencias. Esto es debido a que el trato con el paciente se prolonga más en el tiempo y a que normalmente el paciente no se halla en una situación agudizada, tal como puede encontrarse al llegar al SUH.

En relación con el concepto “*conocerlo más*”, quieren hacer referencia a que conocen el tratamiento que lleva, el tipo de dieta, los cuidados que necesita diariamente, entre otros. De esta manera es más fácil poder establecer una relación terapéutica entre enfermera y paciente.

La enfermera E2 puntualiza: *“En planta (...) Los pacientes no están tan críticos. (...) Porque no están en una situación aguda como en urgencias. Entonces ya los conoces de más tiempo, conoces a la familia, etc. Entonces la empatía que puede coger la enfermera de planta. Esa no es la empatía o la implicación que le puede dar la enfermera de urgencias.”*

La ratio en una planta de hospitalización es más elevada que en los servicios de urgencias. En una unidad de hospitalización por lo general la ratio oscila entre los 6 a 8, mientras que en unidades de críticos el máximo es de 2.<sup>(20)</sup> Esto viene definido en el Boletín Oficial de las Cortes Generales con fecha de 20 de diciembre de 2019. Series B. Núm. 6-1. Artículo 5. Respecto a ello, la enfermera E2 menciona lo siguiente: *“en una planta aunque la ratio enfermera-paciente este sobrecargada. Las enfermeras ya los conocen de más tiempo, tiene otra empatía, otra calidez. (...) En urgencias, no se dispone de tiempo, no hay acompañantes (...)”.*



Tanto la enfermera E1 y como E3 hacen referencia a la priorización de los pacientes y de su situación, según los criterios establecidos en el sistema de clasificación MAT, utilizado en los triajes <sup>(5)</sup>. Por otro lado, hacen hincapié en las diferencias entre el tipo de trabajo en una planta de hospitalización y los SUH. E1 refiere que: *“en una planta entras a trabajar, le pones la medicación, ya sabes que medicación tienes que ponerle (...) Pero en urgencias te lleva un código IAM, ICTUS y tienes un paciente que necesita un cambio postural y te llega el código ICTUS y pues no has podido hacérselo en ese momento, a lo mejor tardas 2 horas más”*. E3 coincide en: *“según como entre te centras en una cosa u otra. Priorizas. Después ya hacer todo lo demás. En una planta quizá esta más estable, entonces lo puedes tratar de otra forma, más global”*.

### **Implicación del personal multidisciplinar en los cuidados humanizados**

Por lo que hace al trato hacia el paciente y el equipo multidisciplinar, las enfermeras entrevistadas están de acuerdo en que hay diferencias entre enfermería y medicina. Concretamente, las enfermeras E1 y E3 puntualizan en que en el equipo médico se centra más en el cuadro clínico-patológico, dando menor importancia a la humanización del paciente. Cabe destacar que ambas coinciden en que no se puede generalizar en todo el equipo multidisciplinar, siendo a título individual y dependiendo de la persona.

La enfermera E1 refiere: *“Muchas diferencias, ya te digo, se nota mucho que en la carrera no hacen casi nada de humanización de cuidados. (...) Entonces no empatizan tanto, ven solo el cuadro patológico, pero no ven el cuadro emocional, el cuadro familiar, todo lo que puede conllevar a lo mejor... o patologías como una depresión, una ansiedad, que puede a lo mejor estar allí ¿no? Entonces eso sí que influye.”*

Mientras que la enfermera E3 opina que: *“Yo creo que en principio sí. Además, el paciente de urgencias a veces viene en situaciones de mucho dolor o que está muy asustado, entonces eso hace que quizás lo veas aún más... te sensibilices aún más con él que... ¿no? (...) Entonces yo creo que sí que se realiza un trato humanizado. (...) Sí que entre todos miramos, también va a personas, está claro. Pero falla un poquito, puede que el médico tenga una visión más de la patología e incluso puede llegar a pensar que mirar lo global es más de auxiliar o de enfermería y nosotras miramos más pues si está cómodo, si tiene frío, si ha comido, no ha comido... y este aspecto a veces el médico no lo tiene en cuenta ¿no?”*



Las enfermeras participantes consideran que el personal de enfermería es quien más se implica en el bienestar del paciente durante su estancia en los servicios de urgencias (haciendo hincapié en los técnicos auxiliares de enfermería/TCAE<sup>10</sup>). Tal como expone la enfermera E2: *“enfermería (...) al final es quien está más con el paciente, junto con TCAE’s”*

Por otro lado, la enfermera E2 considera que pueden no valorarse y/o tener en cuenta las emociones de los pacientes debido a la carga asistencial de enfermería. De esta manera, se prioriza el estado fisiológico al emocional, como relata: *“no se tienen en cuenta las emociones. No lo valoras como algo de riesgo vital. Como hay sobrecarga laboral, priorizas”*.

Además, la enfermera E2 añade que los profesionales médicos en muchos casos realizan lo que se conoce como *“Medicina defensiva”*, término expuesto en el artículo de Ánquela Gracia, R et al. *“Saturación en los servicios de urgencias, causas y consecuencias”* que conlleva la sobre-exploración del paciente y un aumento de la demanda de pruebas complementarias, que consecuentemente afecta al tiempo de atención a los pacientes y a la calidad de esta. <sup>(6)</sup>

De tal forma que la enfermera E2 refiere: *“Medicina hace una medicina defensiva y sistematizada, y en lo primero en que se basan es en que no les puedan denunciar y nada por el estilo. Es como un protocolo, debo sacar “Esto, esto y esto” y que no se basa en centrarse en qué le pasa exactamente a ese paciente. Yo creo que no. (...) Yo creo que es más humanizada por parte de enfermería que intenta humanizarlo todo un poco más que por parte de medicina. (...) porque muchas veces no hay ni información médico-paciente. (...) Explicas tú un procedimiento o algo y el médico ni ha informado. Pero a ti te ha dicho que le vayas a hacer eso. Yo creo que es un poco desorganización y que el equipo asistencial no vamos todos a una. “*

### **Estigma hacia el paciente (dependiente/autónomo, joven/adulto y salud mental).**

Las enfermeras participantes coinciden en que el paciente dependiente requiere de mayor tiempo en sus cuidados y en consecuencia se resta importancia al paciente autónomo, ya que consideran que puede valerse por sí mismo.

---

<sup>10</sup> TCAE: Técnico auxiliar de enfermería.



En cambio, afirman que con un paciente dependiente se deben de tener en cuenta otros aspectos como el riesgo de caída, los cambios posturales y de pañal, entre otros, como mencionan en las entrevistas las tres enfermeras:

E1: *“el autónomo te avisa, el dependiente no, entonces te vas más a la persona dependiente, como el nombre dice depende de alguien y te necesita. El otro te necesitara a lo mejor emocionalmente (...)”.*

E2: *“el autónomo, lo dejas un poquito más. Porque el dependiente tiene más carga de trabajo. Cambios posturales, cambio pañal, cuña, evitar caídas...”*

E3: *“un autónomo, sabes que hay cosas que podrá hacer. En un dependiente puede que hagas cambios posturales, cambios de pañal... inviertes más tiempo”.*

Por lo que hace al paciente joven se encuentra infravalorado en sus esferas a nivel holístico. Mientras que hacia el paciente mayor hay una visión de vulnerabilidad. Es un claro ejemplo la tendencia existente a comparar este colectivo con las personas mayores y a prejuzgar o cuestionar a las personas jóvenes sobre su dolor, miedos, inquietudes e inseguridades, así como la gravedad de su patología.

La enfermera E2 opina que el paciente mayor es vulnerable, mientras que resta importancia al paciente joven, exceptuando situaciones de gravedad, como relata: *“los pacientes jóvenes, a no ser que sea algo muy claro, el nivel de gravedad (...) Se les trata diferente porque son más autónomos.”*

Por el contrario, E3 opina que el paciente joven está infravalorado: *“los jóvenes que quizá es la primera vez que viene están asustados. Quizá necesitas más tiempo para tranquilizarlos y explicarles. Un adulto crónico que quizá viene cada equis meses y el pobre ya sabe cómo va todo.”*

Por último, existe un estigma hacia el paciente psiquiátrico habiendo muchos prejuicios hacia estos y su patología. Tal como coinciden las enfermeras E1 y E2:

E1: *“hay muchos prejuicios a nivel diagnóstico hacia los pacientes psiquiátricos, un dolor torácico de una persona que te venga con ansiedad, ya te orientas más a la ansiedad y a lo mejor tiene un infarto”.*

E2: *“es una enfermedad que no la entiende, que no es como un paciente que viene por un cólico que viene con mucho dolor. No somos conscientes realmente del tipo de patología de las personas que son psiquiátricas”.*



Mientras que E3 considera que tanto el personal de enfermería como el equipo multidisciplinar no está bien preparado para el manejo de tales situaciones, como señala textualmente: *“el tema psiquiátrico está fatal. Tanto por nosotros, que no estamos suficientemente preparados para manejar a pacientes psiquiátricos, como a nivel estructural del hospital. No tenemos un sitio para tratar un psiquiátrico como se merece”*.

## **Humanización**

### **Factores que influyen**

Sobre los factores que favorecen y desfavorecen a la humanización de los cuidados, consideran que existen ratios elevadas y una sobrecarga de trabajo. Por tanto, disminuir la ratio enfermera-paciente ayudaría a poder efectuar una humanización más digna tanto de la persona como de los cuidados.

Las enfermeras E1 y E2 coinciden en que además de la ratio, se podrían implementar otras alternativas. La enfermera E1 plantea que: *“ratio enfermera-paciente, cuanto más tiempo tienes más fácil sería el abordaje ese. La formación (...) Protocolos (...)”*.

Mientras que la enfermera E2 opina: *“más empatía, más educación, evitar la sistematización o automatizar las curas, centrar los cuidados en el paciente e implicar a la familia, basarse en la persona y no tener que cumplir tantas cosas con el ordenador o rellenar papeleo, que hubiera un ambiente menos estresante, trabajo en equipo, compañerismo...”*.

Según expone el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 <sup>(9)</sup>, se evidencia que a mayor nivel de satisfacción laboral, se optimiza la relación enfermera-paciente y la calidad de los cuidados. La realidad es que existe una sobrecarga asistencial en los puestos de trabajo y cambios recurrentes que evitan la continuidad asistencial del profesional, lo que conlleva a una dificultad para aplicar cuidados humanizados, fomentándose el trabajo de manera automatizado y rápido. La enfermera E2 remarca: *“El estrés no favorece, las cargas asistenciales, los turnos, los contratos, que no estén los familiares acompañando al paciente, nada de esto favorece. Además, hay mucho personal nuevo, cambios constantes. Ahora te vas para la UCI o vas a urgencias, gente que no conoce el servicio...”*

La enfermera E3 relata que un hecho que sucede a diario en la práctica asistencial es el tipo de actitud que asume el paciente al entrar en un centro sanitario.



De manera habitual el paciente asume un rol de sumisión y no indaga en aspectos referentes a su salud, ignorando los derechos que tiene como paciente. E3: *“Yo creo, que muchos pacientes cuando entran en el hospital ya entran con un rol como de sumisión. Que tampoco debería ser, porque tú eres una persona y tienes derecho a decir esto sí y esto no. Pero a veces, entran con un rol de que se dejan hacer de todo. Y dices: No, no... si no quieres hacerlo puedes negarte, puedes quejarte. Tienes todo el derecho de decirlo.”*

### **Carga asistencial. Ratio enfermera-paciente.**

Según el Boletín Oficial de las Cortes Generales con fecha de 20 de diciembre de 2019. Series B. Núm. 6-1. Artículo 5. Determinación de la ratio enfermera en unidades de hospitalización, se establece la asignación 2 pacientes en las áreas de cuidados críticos<sup>(20)</sup>. Por consiguiente, en los servicios de urgencias los pacientes son críticos, según el nivel de prioridad. Es por ello por lo que la ratio debería ser de 2 pacientes por profesional, sin asignarse a más pacientes. Como es el caso de la E2: *“la enfermera de críticos lleva todos los pasillos y 4 críticos.”*

Las enfermeras E1 y E3 asumen ratios similares:

E1: *“por boxes llevas 6, más pasillos y ambulancias que viene. (...)”*. *“Son muchas. No puedes atender a 6 boxes. (...) A lo mejor llevas 8,9,10 pacientes (...)”*.

E3: *“parte de boxes, tenemos dos partes. La parte A y B. cada parte tiene 3 boxes dobles, que son 6 pacientes y después 3 individuales, ósea 9 por enfermera. (...) La enfermera que se encarga de pediatría y refuerzo, que es quien se encarga cuando hay algún crítico”*.

Mientras que la enfermera E2, comenta unas ratios más variables en función de lugar de urgencias en el que te encuentres: *“depende del área donde estés. Pediatría, hay 2 enfermeras, si repartes la zona de observación con las consultas, cada enfermera lleva 6-7 pacientes. La puerta B, hay 2 enfermeras. La ratio depende de la afluencia de pacientes. Hay 8 consultas y 6 tratamientos, entonces la ratio sería 8 pacientes por enfermera. Puerta A, está más delimitado. En cada banda llevan 7 pacientes. Excepto observación que lleva 10 pacientes.”*

Así pues, podemos ver que las ratios tienden a ser mayores a lo establecido por el Boletín Oficial de las Cortes Generales.



Además, se debe tener en cuenta que asumir a pacientes dependientes implica mayor carga asistencial, como hemos descrito anteriormente. Por lo cual se debería tener en cuenta el número de personas dependientes que debe asumir cada profesional, con el fin de repartir y equilibrar la carga asistencial entre todo el personal.

### **Saturación de los SUH**

Según el Ministerio de Sanidad y Política Social, en el documento sobre “Unidad de urgencias hospitalarias. Estándares y recomendaciones”, en los últimos años se ha producido un aumento de las urgencias hospitalarias. Esto supone un problema tanto a nivel interno como externo. Es decir, interno a nivel de organización y estructuración de la unidad y externo a nivel de los pacientes y el uso del servicio de urgencias<sup>(5)</sup>. Como menciona la enfermera E2: *“si, sobre todo con la pandemia. Yo creo que la mala gestión o sobrecarga de ambulatorios (...) lo fácil es irse a urgencias, me lo arreglas ahora y ya está.”*

Por otro lado, según las enfermeras entrevistadas, durante y después de la pandemia los pacientes acuden con mayor frecuencia a los servicios de urgencias hospitalarias debido a la saturación de los centros de atención primaria. Como argumentan Miró, Ò et al. en el “Análisis de los protocolos y recursos de cuidados críticos para pacientes con COVID-19 atendidos en Servicios de Urgencias españoles en la primera ola pandémica”<sup>(13)</sup>, debido a la infección del virus, muchos pacientes precisaban de asistencia en el ámbito hospitalario dada a la afección del SarsCov2. Por ende se asumieron mayores ratios, como mencionan la enfermera E1: *“Con la pandemia ha habido más gente, por tanto la ratio enfermera-paciente era más alta.”* Y la enfermera E2: *“Ahora tenemos todo el COVID más lo que teníamos antes, más lo de los ambulatorios que te derivan porque tiene que mirar, lo que te he comentado, medicina defensiva. (...) Si esto se hace con todos los pacientes, llega un momento que el espacio físico es el que es. Y llega un momento que no da más de sí. Y entonces se colapsa”.*

Dadas las circunstancias y la saturación de los ambulatorios los pacientes acudían a los SUH, debido a que no obtenían respuesta por parte de los centros de atención primaria y se produjeron demora en los tiempos de espera. Este hecho corresponde a la variable social conocida como la *cultura de la inmediatez*<sup>(5)</sup>, concepto definido en el documento anteriormente mencionado del Ministerio de Sanidad y Política Social. Tal como menciona la enfermera E1: *“vivimos en una sociedad que queremos todo ya y ahora (...)”.*



En múltiples ocasiones muchos casos podrían ser atendidos en los ambulatorios. Esto provoca que se saturen los SUH, hecho relacionado directamente con el mal uso de los circuitos de la asistencia sanitaria. Esto viene reflejado en el documento del Ministerio de Sanidad y Política Social<sup>(5)</sup>. Provocando una demora en la atención de pacientes con casos de alta prioridad<sup>(15)</sup>, expuesto por Molina Gutiérrez, MA et al. en el artículo “Impacto de la pandemia COVID-19 en urgencias: primeros hallazgos en un hospital de Madrid”. Las participantes del estudio coinciden en que no se hace un buen uso de los servicios de urgencias. Como reflejan la enfermera E2: *“lo fácil es irse a urgencias (...) Luego hay gente que por horario no les va bien ir al médico y van cuando acaban su jornada.”*

Y la enfermera E3: *“la gente no hace un buen uso del servicio de urgencias. Te saltas la atención primaria y va al sitio... y entonces se colapsa (...)”*

También, hay que destacar que la esperanza de vida cada vez es mayor, aumentando la complejidad de los casos y así como las comorbilidades de las patologías que sufren los pacientes. Temática expuesta en el documento del Ministerio de Sanidad y Política Social<sup>(5)</sup>. Sobre esto la enfermera E1 alega: *“luego también somos más longevos, vivimos más años y eso significa que hay más patologías”*. Coincide con la enfermera E2 que hace referencia a: *“encima la población cada vez es más mayor, por lo que implica más patologías crónicas, que se reagudizan y todo influye”*.

### **Gestión, estructuración y organización de los suh**

#### **Espacio físico. Organización del SUH**

La enfermera E2 refiere que la organización del servicio es adecuada pero que existen problemáticas derivadas de la gestión interna, como por ejemplo el déficit de personal de enfermería y la falta de espacio físico para ubicar a los pacientes. Además, expone el buen funcionamiento de los circuitos establecidos mediante los cuales se atiende de manera sistemática y estandarizada a los pacientes, lo cual conlleva a la deshumanización del paciente. Tal como destaca la enfermera E2: *“La organización del servicio es buena. Lo que pasa, es que primero falta gente. Y lo primordial es que falta espacio físico para ubicar a los pacientes. (...) Yo creo, que desde que se han instaurado “Equis” circuitos en urgencias va todo como más fluido. (...) Yo creo, que los circuitos sí que es verdad que mejoran la asistencia al paciente. Lo que pasa es que lo que haces es deshumanizarla y sistematizarla. Entonces es bueno por un lado y negativo por el otro. “*



## Condiciones laborales de enfermería/Burnout

Las enfermeras E2 y E3 coinciden en que las condiciones laborales de los profesionales de enfermería afectan de manera directa en la práctica asistencial diaria, tanto en el área física como psicosocial. Existen diversos factores que influyen como por ejemplo, el ambiente de trabajo (ambiente estresante), las cuestiones organizativas como la distribución de las jornadas laborales y las tecnológicas (implementación de nuevos recursos). Expuesto anteriormente en el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019<sup>(9)</sup>.

La enfermera E2 refiere que a raíz de la pandemia producida por COVID19, el personal se encuentra más agotado psicológica y físicamente: *“Respecto a los horarios, yo pienso que sí. El personal de enfermería tiene un burnout (...) Entre los dos años de pandemia del COVID-19 (...) Ahora ya tienes la misma carga asistencial que ya tenías más vistete, desvístete... los horarios, vivimos en el hospital. Porque vivimos allí. Entonces ya llega un momento, que tú misma te quemas. (...) Entonces pienso que todo esto no favorece nada, a que se centre toda la atención en el paciente. (...) Falta personal, falta espacio y tener ni que sea una conciliación familiar. Cosa que yo creo, que no la tenemos. “*

Por otro lado, la enfermera E3 hace hincapié en las diferencias de los turnos y la importancia del descanso: *“Bueno, sí que influye porque claro trabajar de mañana o de tarde no es lo mismo que trabajar de noche. Sobre todo, al final del turno es cuando te encuentras más cansada y evidentemente puede influenciar porque no estás tan centrada con un paciente (...) En general, sí. Notas que física y mentalmente, hay días... si tienes un turno medianamente tranquilo, no piensas tanto ni te acuerdas tanto. Pero cuando es eso que van empalmado y hay que ver... si... cuesta, cuesta un poco. “*

## Dirección/Gestión

La enfermera E2 remarca la falta de espacio que existe en el Hospital Universitario Joan XXIII. Este hecho contribuye a la saturación del SUH, ya que no se puede atender a todo el volumen de personas que acude a las urgencias hospitalarias. Como hemos mencionado anteriormente en el documento del Ministerio de Sanidad y Política Social<sup>(5)</sup>.



Además, la atención que se ofrece a los pacientes no es de calidad en muchos casos, teniendo que ser atendidos en los pasillos o habiendo un gran tiempo de espera para recibir dicha atención. En el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019, se objetiva que el tiempo de espera percibido por los pacientes, afecta de manera directa a su grado de satisfacción<sup>(9)</sup>.

De este modo no se promueve que el ambiente sea tranquilo y agradable. Produciéndose situaciones de estrés y tensión en los trabajadores, que pueden llevar a errores y distracciones, según refiere la enfermera E2: *“Depende de si tienes veinte pasillos y les sobra alguien y no ha faltado nadie en todo el hospital, te lo enviaran para ayudar. No está de más tener más manos en urgencias, pero se necesita un espacio físico más grande. Porque hay muchos pacientes y quieras que no los pasillos incomodan. Incomodan a los profesionales y a los propios pacientes, porque no puedes trabajar tranquila. Porque si estoy transcribiendo las ordenes médicas, pruebas, curso clínico, constantes... y un paciente está chillando porque lleva tres horas esperando, pues no favorece un ambiente de paz y tranquilo. Estás trabajando con medicación que tienes mucha responsabilidad sobre el paciente, en un ambiente en el que nada te puedes equivocar. Hay muchas distracciones en ese servicio. “*

Tanto la enfermera E2 y E3, coinciden en que en ambos hospitales a nivel organizativo y de gerencia hay carencias, como por ejemplo, el déficit de personal de enfermería en relación con la carga asistencial que se asume a diario. Sobre dicha situación, la enfermera E3 destaca: *“Es una lucha continua esto. (...) Entre todos poco a poco se va rascando y se van consiguiendo cositas. Pero falta mucho aún. “*

### **Influencia de factores externos**

La enfermera E1 refiere que debido a la falta de espacio, los pacientes se encuentran ubicados en el pasillo, repercutiendo en cuanto a intimidad y comodidad. Siendo factores determinantes para la humanización de los cuidados, tal como expone García Cabeza, ME en el artículo “Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario”<sup>(8)</sup>. Como cita textualmente la enfermera E1: *“Bueno pues la intimidad del paciente, mucho. La comodidad. Si tú no tienes almohadas no puedes hacerle el cambio postural bien, parece una tontería. (...) Ya disminuye la calidad, claro a nivel de úlceras, influye a nivel del descanso. Una persona que está mareada que la sientes en vez de que la estires o que tenga dolor, entonces influye en el dolor, influye a nivel de úlceras, influye en muchas cosas.”*



La enfermera E3 coincide con la enfermera E1 en que el déficit de espacio repercute de manera directa en la intimidad del paciente, teniendo que compartir boxes individuales de manera habitual. Exponiendo: *“Boxes individuales sería lo ideal. Porque, por ejemplo, cuando tienes que poner un enema de limpieza. Yo cada vez que tenemos que ponerlo y es un box doble, yo me muero de vergüenza. Porque claro, imagínate a la persona, tanto a quien se lo pones como al compañero que tiene al lado. Es una situación muy incómoda, muy desagradable. (...) Por otro lado, que no hubiese pasillos sería lo ideal. Pero yo creo que por mucho que amplíes el espacio físico, siempre habrá pasillos. Me da esa sensación, porque hay momentos en que no cabe todo el mundo. “*

Por otro lado, la enfermera E3 remarca: *“Sí, yo creo que sí. Sólo el hecho de que cuando entren sepan... se sientan ubicados, que sepan por donde tienen que ir. (...) Creo que todo esto ayudaría mucho a que el paciente se sintiera bien”*. Por ello, resalta la necesidad de crear circuitos, carteles e indicaciones más explícitas para que los pacientes se sientan ubicados durante la estancia en urgencias.

## **Intimidad**

### **Influencia de la gestión, estructuración y organización**

La enfermera E1 cita: *“Claro, no es lo mismo que tu pongas una cuña con cortinas y que haya una persona al lado o que tengas un box para ti a que tengas un lavabo. (...) Entonces claro la infraestructura influye mucho”*. De tal manera que relaciona directamente la intimidad con el espacio físico disponible, así como con la utilización de espacios individuales para los pacientes. De la misma forma que se describe en el Manual de buenas prácticas de humanización en los servicios de urgencias hospitalarias del Proyecto HU-CI<sup>(10)</sup>.

### **Respeto/Invasión de la intimidad**

Como narra la enfermera E1: *“Antes cuando entraban los familiares yo creo que no había casi intimidad. Lo bueno de los boxes de urgencias es que son individuales a no ser que los doblases. Entonces cuando los doblabas, pues claro la intimidad era una cortina y ahí sí que influía, a nivel de infraestructura. (...) A nivel de entrar un montón de familiares también porque iban pasando por los boxes. (...) Iban mirando y tenías que ir luchando para decir: “Oye, ¿puedes no mirar?”, “Puedes meterte dentro del box, ¿Tienes que estar mirando al box de enfrente?” o “No puedes pasearte”... Entonces ahora al haber menos familia pues en la intimidad sí que ha mejorado. (...)”*. Relaciona



el aumento de la intimidad del paciente con las restricciones de visitas en el SUH, indicando un cambio importante en el servicio que ha favorecido a la intimidad del paciente.

La enfermera E3 hace referencia a la despersonalización que se produce en los centros sanitarios, en el momento en el que la persona se desprende de todas sus pertenencias materiales. Con el fin de no vulnerar la intimidad del paciente, deben seguirse cuidados determinados, tal como expone: *“Solo cuando entras y lo haces desnudarse y quedarse con una bata, la persona ya pierde toda su intimidad. Se intenta ser lo más cuidadoso. (...) Cuando se desnuda pues, cerrar la puerta... estas cosas.”* Además, refiere que el hecho de no haber disponibilidad de boxes/habitaciones individuales, reduce la intimidad del paciente. Tal como narra: *“El problema es que claro, en los boxes dobles, es difícil. (...) Tú haces preguntas que la persona responde y la de al lado te está escuchando. Inevitablemente hay momento de intimidad que no la puedes respetar de la persona, por el tema estructural. Ya solo con tener a los dos pacientes en el box, te estás saltando la intimidad”.*

### **Papel de enfermería**

Según García Cabeza, ME en el artículo *“Humanizar la asistencia sanitaria en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario”* se argumenta que el personal de enfermería tiene la responsabilidad del cuidado de pacientes vulnerables. Así como, competencias para proporcionar cuidados holísticos y fomentar el respeto a la intimidad<sup>(8)</sup>. Las enfermeras E1 y E2 coinciden en que enfermería procura proporcionar cuidados humanizados con relación a la intimidad, respetando al paciente y ofreciendo todo aquello que esté a su alcance para favorecer un ambiente íntimo y seguro él.

*E1: “Yo creo que es un aspecto que puedes proporcionar todo lo que tu tengas (...) yo creo que es algo que como enfermera si tú crees que no se siente así, lo que tienes que hacer es actuar y trabajar. “*

*E2: “Pues tu intentas sacarle toda la importancia, para que vea que eso es algo normal. Hacer el procedimiento lo más rápido posible para evitar esa incomodidad. Intentas sacarle importancia. (...) Yo creo que se debería intentar minimizar la entrada de gente a procedimientos como este, por ejemplo. Pero cómo estudiante si no lo ves, como lo vas a aprender. “*



La enfermera E3 coincide con las enfermeras E1 y E2, pero refiere que a pesar de poder hacer cosas para favorecer la intimidad del paciente, hay factores que no dependen del personal de enfermería, si no a nivel organizativo del centro. La enfermera E3 refleja: *“Hay cosas que si puedes evitar, como el cerrar la puerta cuando se están cambiando y se están poniendo la bata. Eso sí puede evitarlo, cerrando tú la puerta. Pero cuando es un box doble, no puedes... o cuando tienes que hacer una pregunta íntima, intentas hacerlo con una voz más baja... pero te sientes incómoda. Porque te pones en su lugar y no es nada agradable.”*

### **Procedimientos técnicos/cuidados holísticos**

#### **Nivel de exigencia**

Las tres enfermeras entrevistadas coinciden en que los procedimientos técnicos que se realizan en los SUH deben de ser rápidos y eficaces. De este modo, no se pueden seguir estrictamente todos los pasos que indican los protocolos, a pesar de que se pretende realizar de la manera más similar posible. Por otro lado, coinciden en que es un servicio donde el término “*tiempo-dependiente*” es sumamente importante, es por ello, que en muchas ocasiones no pueden invertir todo el tiempo que les gustaría en realizar determinadas técnicas.

E1: *“Son menos exigentes que a lo mejor en una UCI. Menos exigente que en otros servicios, claro. Me refiero que no tienes tanto tiempo como en una UCI (...) o en un servicio de quirófano. Aquí claro, si tienes que sondar rápido o se está ahogando, no vas a hacer una higiene genital perfecta para el sondaje, por ejemplo. Lo vas a hacer, pero no tanto. (...) Si esa persona también se está muriendo o se está ahogando, al final el riesgo-beneficio es como más grande, de que yo le pueda sondar porque no se puede movilizar por que se ahoga a que yo me esté preparando una técnica durante 15 minutos para hacerlo. Si en 5 minutos le puedo ahorrar ese ahogo, a lo mejor le estoy salvando la vida casi.”*

E2: *“Las técnicas que hacemos en urgencias a veces no son de la mejor manera posible, pero es urgencias. (...) evidentemente debes tener agilidad para poner vías, poner tratamientos, uso de los aparatos electrónicos nuevos como el “Pixy”. Yo creo que, ósea las técnicas debes dominarlas bastantes, pero se pierde calidad a la hora de realizarlas. (...) es como que hemos adoptado para hacerlo de la manera más estéril posible, pero minimizando el tiempo. Yo creo que urgencias a lo que se va es a quitar el dolor, actuar ante una situación crítica... y todo lo demás como cuidado de vías, cuidado de úlceras... sí que lo miras, pero te centras en otras cosas.”*



E3: *“Lo ideal es ser eficaz, eficiente y lo más rápida posible con las cosas de urgencias ¿no? (...) sí que lo que puede hacerse de una manera en planta, que sí que se hace de manera estructural, lo hacemos mas así a la “Babalà”, quiero decir que si quizás hacemos un sondaje rápido lo haremos estéril, pero no montaremos una mesa, lo montaremos todo encima de una cama ¿no? Si que cambian ciertos aspectos respecto a planta, pero se intenta hacer lo mejor posible, lo más eficiente posible.”*

### **Habilidades técnicas y no técnicas**

Tanto la enfermera E1 como E3 están de acuerdo en que cuidar de manera humanizada al paciente y desarrollar habilidades no técnicas tienen la misma importancia que las habilidades técnicas del propio profesional. Además, refieren que en la práctica asistencial diaria estas se realizan de manera conjunta, promoviendo el bienestar físico y psicológico del paciente.

E1: *“No puedes separar las dos cosas, son cosas importantes la verdad. Las dos cosas en un servicio de urgencias importan. Según el paciente pues valoraras más una cosa o según el paciente valoraras más la otra, pero con el paciente la importancia es igual. (...) Si no se deja pasar familiares, pero una persona se está muriendo, pues vas a dejar pasar a las personas que tengan que pasar (...) pero esas personas se tienen que despedir de esa persona. Entonces eso no es una técnica, pero es igual de importante para esa persona.”*

E3: *“Si yo creo que se intenta, creo que se intenta hacer las dos cosas, quiero decir que intentas que si necesita una analítica y una analgesia rápida lo haces y aprovechas y preguntas si está bien... yo creo que sí que se intentan hacer las dos partes.”*

La enfermera E2 puntualiza que ve diferencias entre los cuidados que se ofrecen en las unidades de hospitalización en comparación con los SUH. Opina que el nivel de empatía y/o implicación es distinto entre estos debido a factores como por ejemplo, el tiempo que lleva el paciente en la unidad, la posibilidad de acompañamiento familiar o la estabilización de la patología en fase aguda, siendo esta última el principal objetivo de los profesionales de los SUH, siempre que sea posible. E2: *“En planta (...) Los pacientes no están tan críticos. (...) Porque no están en una situación aguda como en urgencias. Entonces ya los conoces de más tiempo, conoces a la familia, etc. Entonces la empatía que puede coger la enfermera de planta. Esa no es la empatía o la implicación que le puede dar la enfermera de urgencias.”*



## **Autonomía, información al paciente y consentimiento informado**

### **Autonomía/voluntad del paciente**

Según García Cabeza, ME. en el artículo “Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario”, se relaciona el término humanizar con la intimidad y autonomía del paciente. Así pues, podemos determinar que respetar o promover la autonomía es humanizar a la persona durante el proceso de atención en los SUH. <sup>(8)</sup>

Así pues, la enfermera E1 expone que no cree que se informe bien a los pacientes. Faltando información, comunicación y/o consenso por parte del paciente en cuanto a la realización de determinados procedimientos. E1 describe lo siguiente: *“No se informa tanto, para mi gusto no se informa bien. (...) Falta información claro está. A lo mejor le pides una placa y la persona no está de acuerdo en hacerse esa radiografía porque no la considera. Al final es tu salud y tienes que decidir querértela hacer o no y no, para mi gusto falta información.”*

Por lo contrario, la enfermera E2 opina que el paciente tiene autonomía en cuanto a sus decisiones. Tal como expone: *“Siempre la última decisión la tiene el paciente, porque siempre puede pedir la alta voluntaria.”*

Mientras que la enfermera E3 opina que por lo general existe comunicación entre profesional y paciente, pero que hay determinadas situaciones en las que no se respeta la autonomía y/o voluntad de este último. Además, hay determinados casos en los que recae el peso de la toma de decisiones en la familia y se deja a un lado la opinión del paciente, vulnerando así sus derechos. La enfermera E3 añade: *“En general se intenta explicar (...) Se crea más conflicto cuando los pacientes son terminales. (...) Cuando hay estos conflictos de si hay que acompañarlo a que descanse o no hacer técnicas invasivas...esto sí que crea un poco de conflicto. Pero por lo demás yo creo que sí que se mira todo el global este. (...) Cuando es gente que ya está etiquetada por la familia y comentan: no se entera, ya lo haremos nosotros. Eso es otro dilema. Claro, en ese momento, se está firmando una cosa que la familia está decidiendo y quizá la persona no sabe. Cuando quizá si se le explica lo entendería. En estos casos sí que pasa, cuando la familia lo etiqueta con el: no se enterará. “*



## Consentimiento informado

Sobre la información que se da al paciente con relación a los procedimientos técnicos que se realizan, las tres enfermeras coinciden en que los consentimientos informados se realizan debidamente. También exponen que a nivel informativo hay deficiencias en la comunicación con el paciente y que esta no acaba de ser funcional, ya que estos presentan dudas a pesar de que se les haya explicado y hayan leído un consentimiento informado.

La enfermera E1 explica que en las prácticas diarias más básicas realizadas en los SUH, dada la habituación del personal a realizarlas, falta informar a los pacientes del porqué de ciertos procedimientos a pesar de su sencillez. Refiere que influyen las malas costumbres o manías que se adquieren con el tiempo y la habituación y/o normalización de las situaciones. Tal como resalta la enfermera: *“Las que necesitan consentimiento informado sí que se hace el consentimiento. Las que no que sólo es verbal pues a lo mejor sí que faltaría información sí. (...) A veces te metes en esa rueda de que como estás trabajando siempre así que vas a ponerle el oxígeno, vas a ponerle lo otro, ya no informas porque ya trabajas de esa manera, entonces te has acostumbrado ya. (...) Se normaliza algo que no está bien.”*

A su vez la enfermera E3 destaca que se firman consentimientos siendo desconocedores del procedimiento a realizar, como expone: *“Con el resto, yo creo que si se les explica. (...) Normalmente están bastante de acuerdo cuando están “apurados” y lo aceptan. En este caso sí, lo que pasa que a veces hay situaciones en las que creo que no se les acaba de informar bien, sobre todo con los consentimientos informados, cuando son quirófanos, en esto sí que creo que fallamos. En teoría el paciente firma una cosa conforme sabe lo que tiene, lo que le harán y lo que implica en cuanto a riesgos y muchas veces yo creo que no acaban de entender realmente esto.”*

Mientras que la enfermera E2 narra situaciones diarias en las que a pesar de que el paciente haya sido informado por el equipo médico, este expone sus dudas al equipo de enfermería que normalmente intenta adaptar el lenguaje a cada caso y lo utiliza de manera más coloquial, adecuado al nivel de conocimientos del paciente.

La enfermera E2 cita textualmente: *“Yo no creo que haya pruebas que se hagan sin su permiso, porque ante cualquier prueba el médico la explica previamente y le tiene que firmar un consentimiento informado. (...) Yo creo que sí que se informa debidamente. Pero a mí me gustaría saber (...)”*



*De lo que el médico le explica, a lo que el paciente entiende creo que es bastante diferente. Porque la mitad de las veces, cuando vas y les preguntas si han entendido lo que se le va a hacer, no lo han entendido, pero como es el médico no preguntan. Entonces se lo explicas con lenguaje más coloquial.”*

## **Lenguaje y terminología**

Sobre el lenguaje que se utiliza durante la comunicación con el paciente por parte de los profesionales, las enfermeras E2 y E3 están de acuerdo en que se suele utilizar un lenguaje demasiado técnico y específico. Consideran que no se realiza una comprobación de la comprensión de la información por parte del paciente, cosa que provoca que no haya “*Feed-Back*”<sup>11</sup>. Para el paciente, esto provoca la aparición de inseguridades y dudas sobre la información que se le ha proporcionado en relación con su estado, pronóstico y tratamiento, teniendo que consultar al equipo de enfermería. Esto es debido a que en muchas ocasiones por prudencia o vergüenza no consultan al profesional médico que les da la información.

Un problema como este podría verse resuelto manteniendo un lenguaje adaptado a los conocimientos del paciente, más coloquial. Tal como García Cabeza, ME. expone en el artículo “Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario” para promover la humanización de la asistencia y de la persona en el proceso, debe haber una correcta comunicación entre el profesional y el paciente. <sup>(8)</sup>

Por lo que hace a la enfermera E2, esta propone implicar a la familia y realizar educación sanitaria a la población para reducir estos problemas de comunicación. De tal manera que comenta: *“Lo que no tengo tan claro es que la información que se les da esté adecuada a los conocimientos que ellos tienen y que sea con una terminología que ellos comprendan. (...) Lo que sí que considero que hay que adecuar la información que se les da. Como nosotros estamos acostumbrados a hablar de esta manera, damos por hecho que los demás nos entienden. Y hay gente muy prudente que ni pregunta que significa. Lo que importa es que lo entienda a nivel lenguaje. Que no sean palabras técnicas. Que entienda el porqué de dichos procedimientos, pruebas y que se hace o se hará. Entonces pienso que implicar a la familia, haciendo educación sanitaria, puede ayudar a que comprendan los procedimientos. “*

---

<sup>11</sup> Feed-Back<sup>(24)</sup> o retroalimentación: Capacidad de un emisor para captar reacciones de los receptores y modificar su mensaje, conforme con lo comprendido.



Mientras que la enfermera E3 considera que en muchas ocasiones es enfermería quien se encuentra en la tesitura de dar determinadas informaciones, debido a los problemas de comunicación descritos anteriormente. Refiere que para los profesionales de enfermería esto resulta un problema debido a las limitaciones legales existentes, en relación a dar determinadas informaciones. Así pues, relata: *“Muchas veces entre que el paciente ya está suficientemente asustado... el médico muchas veces “dice”, pero no se preocupa de que lo haya entendido. (...) Informar no es explicar, si no percibir que la otra persona lo ha entendido y eso... muchas veces falla. O muchas veces el médico está explicando algo, se va del box y entras tu a hacer lo que el médico le ha dicho que le harás y el paciente te pregunta: “¿Qué ha dicho el médico?” o “¿Qué haces?” y dices “Ostras, pero si acaba de salir de aquí”, ósea a veces falla esta información, no se preocupan de que realmente el paciente está entendiendo lo que le haremos. (...) Estamos legalmente limitadas, diagnósticos y eso no podemos decir, entonces dices lo que puedes y entonces has de tirar del médico para que vuelva entrar y que acabe de explicarle. Pues no costaría nada antes de salir decirle “¿Lo has entendido?”, “¿Tienes alguna duda?” y eso a veces sí que falla.”*

## **Acompañamiento al paciente en los SUH**

### **Acompañamiento profesional**

Las enfermeras E1 y E2 opinan que no se acompaña al paciente por parte de los profesionales sanitarios durante su estancia en los SUH. La enfermera E1 expone: *“Por los profesionales no, claro. El que ingresa está solo, tú no estás mucho rato con esa persona, no, no, no... Bueno y al final normalizas el tampoco no estar porque si la persona está bien, entras, te presentas y bueno como sabes que es una persona autónoma y sabes que te va a llamar al timbre pues ya dices voy al siguiente y así. (...) al final tú no estás, en tu turno de doce horas tú no estás doce horas con esa persona.”*

Concretamente, la enfermera E2 expone los motivos por los que no se acompaña al paciente, teniendo gran peso la carga asistencia (visto en el Boletín Oficial de las Cortes Generales con fecha de 20 de diciembre de 2019. Series B. Núm. 6-1. Artículo 5<sup>(20)</sup>) y la utilización de medios tecnológicos, que cada vez va en aumento. Estos factores requieren una inversión de tiempo que influye directamente en la calidad asistencial. Reflexiona acerca del acompañamiento en los SUH y cree que quienes realmente son los que acompañan durante la estancia son los TCAE's.



Tal como refleja: *“Intentas acompañarlo, pero evidentemente no lo acompañas, porque hay mucha carga asistencial. (...) te pasas toda la mañana para arriba y para abajo con esto de las tecnologías, y lo que menos haces es verle la cara al paciente, que es lo principal. (...) Yo creo que más que la enfermera, quien le dedica más mimos y cuidados al paciente es la auxiliar. Es al que está más con ellos. Porque enfermería es inviable.”*

Según expone García Cabeza, ME. en el artículo “Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario”, la aplicación inadecuada de los recursos tecnológicos contribuye a una disminución de la calidad asistencial, reduciendo de este modo el tiempo invertido en la atención hacia el paciente. <sup>(8)</sup>

Por otro lado, la enfermera E3 opina que sí que se acompaña al paciente en los SUH. Hace una comparación entre las diferencias entre el acompañamiento que se realiza en las unidades de hospitalización y los SUH. Considera que en los SUH el paciente requiere de más atención que en las unidades de hospitalización, debido a que el paciente acude con la patología en fase aguda y requiere de un seguimiento más continuo y estricto. Tal como resalta la enfermera E3: *“Yo creo que sí, es más, puede que en urgencias sea un poquito más diferente a planta ¿no? (...) En planta puede que no haga falta estar tan encima que en urgencias. (...) En urgencias el paciente es una persona que acaba de llegar, estás más pendiente para saber si le está haciendo efecto la medicación, si se siente bien, si está mejor, si está peor... entonces yo creo que sí, que hay un seguimiento bastante frecuente de cómo está.”*

### **Acompañamiento familiar**

Tanto el Proyecto HURgencias como el Plan de Humanización creado por la Junta de Andalucía contemplan la importancia del acompañamiento familiar durante la estancia en los SUH y/o la participación de la familia en los cuidados, produciéndose así una mejora de la calidad asistencial y la humanización de los cuidados. <sup>(10) (12)</sup>

Sobre el acompañamiento por parte de familiares, amigos y demás, la enfermera E1 considera que debería limitarse el número de acompañantes. Añade que antes de la pandemia había demasiadas personas en los SUH acompañando a los pacientes, hecho que consecuentemente provocaban problemas relacionados con la falta de espacio o de intimidad, por ejemplo. Cree conveniente buscar una posición intermedia, que equilibre la situación y genere beneficios tanto para el paciente como para su alrededor (profesionales, otros pacientes e instalaciones).



De tal modo que E1 expone su punto de vista: *“Desde mi punto de vista cuando un paciente está enfermo no puede tener veinte personas en un box como antes pasaba porque por mucho que quiera estas malo y tenemos la cultura de que hay que visitar a los pacientes que están enfermos. (...) yo creo que cero no, tampoco, pero sí que habría que buscar un punto intermedio porque culturalmente somos de ir a ver a los pacientes y a lo mejor en ese momento no lo necesita o no puede decirte “no quiero que vengas”. (...) ha cambiado a mal porque tampoco a cero, pero antes era demasiado.”*

Así pues, la posibilidad de acompañamiento influye de manera directa en la satisfacción del paciente y en la tolerancia hacia los tiempos de espera. Dichos beneficios, se manifiestan en el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 de la Comunidad de Madrid.<sup>(9)</sup>

Por otro lado, la enfermera E3 coincide con la enfermera E1 en que los acompañantes en algunas ocasiones obstaculizan la práctica asistencial, esto se relaciona con el espacio y el trato del personal con el acompañante. A pesar de ello, la enfermera E3 cree que el acompañamiento tiene beneficios para el paciente, en cuanto a nivel emocional, compañía, seguridad y confort: *“En general tiene muchos beneficios la verdad, porque si no cerrado en un sitio cerrado que a veces no saben si es de día, si es de noche... sin nadie al lado, la verdad que es duro. (...) Ahora que pueden volver a comenzar a entrar realmente... les ves la cara cuando les dices que pueden entrar y te compensa, además que el paciente no tiene nada que ver el poder estar acompañado a estar solo. (...) a nivel egoísta, incluso puede llegar a ser más cómodo trabajar sin tener nadie alrededor pero el paciente necesita tener a alguien a su lado.”*

### **Efecto del COVID19**

Las enfermeras E1 y E2 están de acuerdo en que las restricciones en los centros sanitarios por la pandemia han repercutido de manera negativa para los pacientes. El hecho de estar solos durante horas y sin medios para comunicarse con sus seres queridos, ha potenciado el miedo, la ansiedad y la incertidumbre que conlleva estar ingresado en los SUH. Por ello creen que tener acompañantes es primordial y que beneficia al paciente en cuanto a seguridad, confort y comunicación. Así como, también beneficia al equipo de enfermería en cuanto a la seguridad del paciente, ya que éste no está solo y el acompañante puede acudir e informar en caso de urgencia y/o emergencia.



*E1: Las personas mayores solitas pobres, tuvieron que estar solas, ninguna persona mayor debería de estar sola. Claro que repercute porque una persona no puede llamar al timbre por si sola, no puede quejarse (...) y a lo mejor un familiar, un hijo, sí que está, un cuidador... Entonces claro que ha repercutido y emocionalmente, que a lo mejor tengas un aborto y estés sola ¿no?"*

*E2: "Sí, claro. (...) estas en un box solo, luego que no conoces a nadie. Además, que te encuentras mal, que puedes tener miedo a lo que puedes tener. Entonces quieras a no, el familiar es como que está allí si pasa algo, tu estas más tranquila porque ellos te pueden avisar si pasa cualquier cosa, el paciente esta más tranquilo porque no está solo, porque pueden hablar de otros temas, el médico le informa y si el paciente no ha entendido o escuchado bien puede explicárselo el familiar... Yo creo que el acompañamiento familiar es primordial. "*

Las tres enfermeras entrevistadas expresan que actualmente existen restricciones en el acompañamiento del paciente en los SUH. En referencia a que, si la persona es autónoma, está consciente y orientada no se permite tener acompañante. En cambio, si es una persona dependiente, menor de edad o la situación requiere de acompañamiento, se deja entrar a un solo acompañante. Tal como refleja la enfermera E1: *"A nivel de urgencias si esa persona es autónoma no puede pasar nadie, van solos. De pediatría el padre o la madre y si son personas dependientes una persona también. (...) Tú tienes que saber lo que necesita una persona, si es una persona mayor y se va a caer pues necesita que alguien esté con él o al menos saber que está ahí y bueno que pase, que le diga hola, al final humanizar en el sentido ese emocional ¿no? "*

En el caso del hospital de Santa Tecla, la enfermera E3 refiere que debe de ser siempre la misma persona la que acompaña al paciente. Además hace referencia al confort que siente uno como profesional al observar la reacción del paciente cuando está acompañado. Tal como narra: *"Ahora que pueden volver a comenzar a entrar realmente... les ves la cara cuando les dices que pueden entrar y te compensa, además que el paciente no tiene nada que ver el poder estar acompañado a estar solo. (...) a nivel egoísta, incluso puede llegar a ser más cómodo trabajar sin tener nadie alrededor pero el paciente necesita tener a alguien a su lado. (...) se intenta que sea solo una y que sea siempre la misma."*



Mientras que la enfermera E2 explica que en el Hospital Joan XXIII se ha implementado la figura del “Info-familias”, que es un profesional que se dedica a informar a las familias desde administración/secretaría durante el proceso asistencial del paciente. La enfermera E2 cita: *“Pues ha cambiado radicalmente, antes parecía la rambla urgencias, gente que venía a ver a no sé quién, se iba a la cafetería y venía otro, luego volvía... cosa que tampoco creo que sea lo adecuado. Ya que si estas en unas urgencias, si no te encuentras bien, lo último que quieres es tener jaleo de familiares. (...) ahora, hay restricciones de visitas por el COVID-19 y solo se permite si el médico lo considera adecuado que el familiar acompañe al paciente. (...) De manera que se les informa a través del Info-familias.”*

### **Cuidados de calidad - propuestas de mejora**

Como propuestas de mejora la enfermera E1 menciona la necesidad del aumento de profesionales de enfermería para poder asumir menos pacientes y de este modo invertir más tiempo en ellos: *“Yo creo que más enfermeras, bajar la ratio. Tiempo con esa persona.”*

La enfermera E2 coincide en la necesidad del aumento de profesionales de enfermería, anteriormente mencionado. Destaca la necesidad del aumento del espacio físico para poder ubicar a los pacientes que actualmente se atienden en los pasillos y así fomentar un ambiente tranquilo y poco estresante, totalmente distinto del que se genera en los SUH. Añade la necesidad de centrar la atención en el individuo y no sistematizarla. Además, a nivel de gestión y organización del SUH cree que se precisa de mejoras en las condiciones laborales de enfermería, así como promover la conciliación familiar. También cree conveniente la implementación de medidas para fomentar el trabajo en equipo, la gestión de conflictos, la empatía y asertividad. Tal como cita a continuación la enfermera E2: *“Tendrían que poner más espacio físico en urgencias. Segundo, poner más personal. Tercero, yo creo que deberían darnos... intentar trabajar en un ambiente menos estresado. Que no hubiera pasillos, porque al fin y al cabo, a nadie le gusta que le estén mirando mientras está trabajando. Fomentar el trabajo en equipo y el compañerismo. No sistematizar la atención, sino centrarla en ese individuo. Y no hacerlo protocolizado y sistemático. Mejorar el sueldo de enfermería, porque tenemos muchas responsabilidades con un sueldo que no... Mejorar los turnos de enfermería y la conciliación. Porque enfermería estaría más receptiva y al final es quien está más con el paciente, junto con TCAE's. (...) Yo creo que si trataran bien al personal de enfermería, con contratos fijos, que no hubiera tanto movimiento de personal.*



*Que se diera un curso para ser más empáticos, asertivos... pero a todo el personal, yo creo que esto mejoraría bastante. Cursos para gestionar conflictos, que en urgencias tenemos muchos. El hecho de que la gente te grite y no entres en su juego, que cuesta a veces. Yo creo que todo eso favorecería bastante el trato hacia el paciente. Porque si el personal va contento a trabajar, se refleja en la forma de trabajar. “*

Como dice el artículo de Anquela Gracia, R “Saturación en los servicios de urgencias, causas y consecuencias”, actualmente el sistema público de salud no dispone de barreras para limitar el acceso a los SUH, aumentando durante los últimos años la demanda de la atención urgente<sup>(6)</sup>. Por ello la enfermera E2 propone que desde los centros de atención primaria o desde el mismo servicio de urgencias, se realice educación sanitaria y/o concienciación a la población sobre cuándo se debe acudir a un servicio u otro. Esto se relaciona directamente con el artículo anteriormente mencionado de Anquela Gracia, R, cuando se habla de los pacientes hiperfrecuentadores, la cultura de la inmediatez o el término conocido como “Bypass”, por ejemplo, que contribuyen a la saturación de los SUH y la disminución de la calidad asistencial.<sup>(6)</sup> La enfermera E2 propone: *“Hay que hacer educación sanitaria a la población sobre todo desde atención primaria o desde las mismas urgencias o triaje, para que sepa cuándo es una urgencia y cuando realmente no es una urgencia. Porque todo eso satura los servicios de urgencias. ¿Y quién lo paga? Los pacientes que realmente tienen una urgencia.”*

En cuanto a la organización y estructuración de los SUH, la enfermera E3 cree que se podrían realizar propuestas y planes de mejora centrados en la atención al paciente y en como fomentar el confort, la seguridad y el acompañamiento. Además, coincide con E2 en la necesidad de aumentar el número de profesionales de enfermería en los SUH para disminuir la carga asistencial. Así pues, la enfermera E3 añade: *“Pensar en la persona y... hablo del centro hospitalario. Pensar en ella desde que entra por la puerta, pensar en cómo se puede encontrar (...) que esté bien guiada, que no se pierda, que sepa en cualquier momento donde está. Que cuando llegue al box, se le explique todo con antelación, que sepa lo que se le hará, lo que implicará, lo que notará... acompañarlo en todo el proceso y... ser más manos sería adecuado. (...) evidentemente, con más personal, los cuidados son mejores. Los días que hemos estado colapsados y nos han puesto refuerzos, trabajas evidentemente mucho mejor. “*

Por otro lado, las enfermeras E2 y E3 están de acuerdo en la necesidad de fomentar el trabajo en equipo y la comunicación para poder mejorar en cuanto a la calidad de la atención del paciente y el funcionamiento del servicio.



La enfermera E3 cree conveniente la realización de valoraciones anuales sobre la calidad de los cuidados en cuanto a la humanización del paciente, de este modo poder analizar cómo se desarrolla la práctica asistencial, de tal modo que se propongan nuevas actuaciones y mejoras. De la forma en que lo expresa la enfermera E3: *“Yo creo que todos los servicios hicieran una valoración anual de qué planes de mejora podrían hacer, hacer reuniones de equipo multidisciplinar, para poder mejorar.”*



## CONCLUSIONES

Finalizado el análisis del estudio y teniendo en cuenta el objetivo principal planteado acerca de la humanización de los cuidados en los servicios de urgencias por parte personal de enfermería, hemos llegado a múltiples conclusiones.

Se debe recordar que nuestro estudio ha estado basado en una metodología cualitativa basada en entrevistas semiestructuradas. Gracias a la colaboración de las participantes junto con la búsqueda bibliográfica, hemos podido llegar a responder nuestro objetivo y dar respuesta a nuestra pregunta de estudio.

Primeramente, sobre la atención humanizada hemos podido conocer que en las plantas de hospitalización se ofrecen unos cuidados más humanizados que en los servicios de urgencias hospitalarias. Esto se produce debido a diversos factores como son la duración de la estancia del paciente en la unidad y el estado en el que se encuentra el paciente durante el ingreso. Todo ello contribuye a la aparición de dificultades para establecer una relación terapéutica entre enfermera y paciente.

Las enfermeras son conscientes de que la mayoría de las veces no se ofrece un trato humanizado durante los procesos urgentes y/o emergentes, debido a la priorización de la alteración fisiológica a la psicológica. A nivel multidisciplinar, el personal de enfermería es quien más se implica en proporcionar cuidados holísticos hacia el paciente. Sin embargo, estos no pueden realizarse de una adecuada manera, ya que interfieren factores como las altas cargas asistenciales existentes de dichos servicios.

En referencia al estigma hacia el paciente, en la atención que se ofrece existen prejuicios hacia las personas con patologías psiquiátricas, así como hacia personas jóvenes y autónomas. La atención suele centrarse en las personas mayores y dependientes, considerados más vulnerables.

En los servicios de urgencias hospitalarias la sobrecarga asistencial dificulta la aplicación de cuidados humanizados, fomentando el trabajo automatizado y rápido.

La saturación de los servicios de urgencias no contribuye a la humanización del paciente. Cuanto mayor sea la afluencia de pacientes en el servicio, mayor es el tiempo de espera. Por tanto, a nivel de espacio físico un centro hospitalario puede estar limitado para poder abordar a un mayor número de pacientes. Esto se ve reflejado en determinadas zonas de la región sanitaria del Camp de Tarragona, ya que principalmente en verano, el turismo y las segundas residencias afectan considerablemente a los SUH.



Todo esto afecta directamente a la carga asistencial del personal sanitario. Así pues, las ratios establecidas en los SUH del Camp de Tarragona son mayores a las que establece el Boletín de las Cortes Generales, contribuyendo a una deshumanización del paciente y sus cuidados. Esto se debe a que el personal se encuentra limitado para poder establecer una relación terapéutica, siendo prioritarios otros aspectos del paciente.

La saturación de los SUH aumenta también debido al mal uso de los servicios sanitarios asistenciales por parte de los pacientes. Siendo este el servicio de referencia escogido por los pacientes para una primera atención, cuando creen pertinente un nuevo diagnóstico o para la realización de pruebas complementarias.

Con la pandemia, los servicios de urgencias se sobresaturaron, recibiendo a los pacientes que realmente precisaban de atención urgente/emergente y a los pacientes que venían por sintomatología COVID-19. Sin restar importancia a que asumir pacientes COVID positivos y negativos supone un aumento de la carga asistencial.

En cuanto a la organización de los SUH existen problemas derivados de la gestión interna de los propios hospitales, habiendo insuficiencia de personal de enfermería en el servicio y así como falta de espacio físico en dichos servicios.

Como consecuencia de las ratios enfermera-paciente y de las condiciones laborales, el personal se expone a altos niveles de estrés, existiendo riesgo de sufrir síndrome de “*Burnout*”. Esto afecta directamente en el cuidado del paciente, disminuyendo la calidad asistencial de este. Es por ello por lo que el descanso personal y la conciliación familiar resultan esenciales para potenciar el bienestar de los profesionales y consecuentemente fomentar la humanización de los cuidados.

Por lo que hace a la intimidad, la falta de espacio físico repercute directamente en ella, siendo enfermería quien procura proporcionar cuidados que favorezcan un ambiente seguro e íntimo.

Para proporcionar una asistencia de calidad resulta primordial desarrollar tanto habilidades técnicas como no técnicas (sobre el trato empático y la implicación con el paciente), favoreciendo así la humanización del paciente.

Respecto la información proporcionada al paciente existe una comunicación no funcional entre el profesional y el paciente, motivada por las deficiencias que se encuentran en cuanto al lenguaje utilizado. Esto se debe a que los profesionales de



medicina hacen un uso científico-técnico del lenguaje y frecuentemente es enfermería quien adapta el lenguaje.

Por otro lado, para mejorar la calidad de los cuidados es importante contemplar el acompañamiento familiar y su participación en dicho proceso. Esto ocasiona beneficios hacia el paciente a nivel emocional, de seguridad y confort.

Finalmente, queremos recalcar la importancia de reducir las ratios enfermera-paciente en los servicios de urgencias, con el fin de obtener un tiempo mayor para invertir en los pacientes y fomentando de este modo una mayor humanización de los cuidados.

### **Nuevas líneas de investigación**

En base al planteamiento de estudio, vimos que este podía seguir metodologías diferentes. Concretamente mediante la metodología cuantitativa, haciendo referencia a la perspectiva del personal de enfermería y la perspectiva de los pacientes atendidos, basándose en cuestionarios. Mientras que otra línea de investigación se basa en realizar entrevistas para poder comprender e interpretar la realidad desde el punto de vista profesional, mediante la metodología cualitativa.

Para empezar a realizar el estudio seguimos la rama cualitativa que comprende el paradigma fenomenológico e interpretativo de las personas entrevistadas. No obstante, queda pendiente desarrollar el estudio de la rama cuantitativa con una recogida de datos más amplia.

Por otro lado, a raíz de la investigación realizada, gracias a las entrevistas hemos objetivado que hay carencias en cuanto a algunos temas. Por ello, queremos aportar nuevas líneas de investigación que consideramos relevantes:

- Proporcionar formación profesional sobre la humanización asistencial.
- Considerar el aumento del personal de enfermería por parte de los centros sanitarios.
- Estigma hacia la salud mental y psiquiátrica durante los procesos asistenciales.
- Proporcionar formación profesional ante el manejo del paciente psiquiátrico en los SUH.
- Valorar una ampliación de los espacios físicos hospitalarios.
- Posibilidad de realizar el estudio de manera cuantitativa. A valorar el tiempo y el punto de vista de los pacientes y de enfermería.



## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Real Academia Española. Humanizar. Definición. [Internet]. Diccionario de la lengua española. 2021 [cited 2022 May 17]. Disponible en: <https://dle.rae.es/humanizar>
2. De la Garza C. Urgencia. Laboreal [Internet]. 2017;13(2):67–9. Disponible en: <https://journals.openedition.org/laboreal/358>
3. Real Academia Española. Urgencia. Definición. [Internet]. Diccionario de la lengua española. 2021 [cited 2022 Feb 9]. Disponible en: <https://dle.rae.es/urgencia?m=form>
4. Real Academia Española. Emergencia. Definición. [Internet]. Diccionario de la lengua española. 2021 [cited 2022 Feb 10]. Disponible en: <https://dle.rae.es/emergencia?m=form>
5. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de urgencias hospitalarias. Estándares y recomendaciones. [Internet]. 2010. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>
6. Anquela Gracia R, Jiménez Ramos I, Carreras Palacio P, Galduroz Arcelus M, Pérez Albors C. Saturación en los servicios de urgencias, causas y consecuencias. [Internet]. Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [cited 2022 Jan 9]. Disponible en: <https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/saturacion-en-los-servicios-de-urgencias-causas-y-consecuencias/>
7. March JC. Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. Rev Calid Asist [Internet]. 2017 Sep 1 [cited 2022 Feb 10];32(5):245–7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-humanizar-sanidad-mejorar-calidad-sus-S1134282X17300696>
8. García Cabeza ME. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario [Internet]. Dialnet. 2014 [cited 2022 Apr 28]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4609714>



9. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 [Internet]. Comunidad de Madrid. 2016. 1–234 p. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>
10. Yáñez Caballero B, Velasco Bueno JM, Heras La Calle G. Manual de buenas prácticas de humanización en los servicios de urgencias hospitalarias. [Internet]. 2020. 1–110 p. Disponible en: <https://proyectohuci.com/wp-content/uploads/2020/09/ManHUrgHosp.pdf>
11. semFYC y HURGE. Acuerdo para desarrollar estrategias que humanicen las urgencias y emergencias [Internet]. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. 2018. Disponible en: <https://www.semfyc.es/la-semfyc-y-hurge-firman-un-acuerdo-para-desarrollar-estrategias-que-humanicen-las-urgencias-y-emergencias/>
12. Servicio Andaluz de Salud. Plan de Humanización [Internet]. 2019. p. 17–40. Disponible en: [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Plan Humanización SSPA\\_v12042021.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Plan Humanización SSPA_v12042021.pdf)
13. Miró Ò, Alquézar-Arbé A, Piñera P, Jacob J, Martín A, Llorens P, et al. Análisis de los protocolos y recursos de cuidados críticos para pacientes con COVID-19 atendidos en Servicios de Urgencias españoles en la primera ola pandémica. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2021;95:1–16. Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C\\_202108103.pdf](https://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C_202108103.pdf)
14. Fillat AC, González-Juanatey JR. COVID-19. Las consecuencias sociales, sanitarias y cardiovasculares. Rev Española Cardiol [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2022 Feb 10];20(SE):1. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es-covid-19-las-consecuencias-sociales-sanitarias-articulo-S1131358720300273>
15. Molina Gutiérrez MÁ, Ruiz Domínguez JA, Bueno Barriocanal M, de Miguel Lavisier B, López López R, Martín Sánchez J, et al. Impacto de la pandemia COVID-19 en urgencias: primeros hallazgos en un hospital de Madrid. An Pediatría [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2022 Feb 10];93(5):313–22. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-impacto-pandemia-covid-19-urgencias-primeros-articulo-S1695403320302435>



16. Chico Sánchez P, Gras Valentí P, Mora Muriel JG, Algado Sellés N, Sánchez Payá J, Llorens Soriano P. Impacto de la pandemia de COVID-19 en los trabajadores sanitarios del servicio de urgencias de un hospital terciario. *Emergencias Rev la Soc Española Med Urgencias y Emergencias*, ISSN 1137-6821, Vol 32, Nº 4 (Agosto), 2020, págs 227-232 [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 10];32(4):227–32. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7525729&info=resumen&idioma=SPA>
17. De Caneva F, García-Gómez M, Bragulat Baur E. Salud emocional del personal sanitario del Área de Urgencias durante la pandemia COVID-19. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2020 Oct 23 [cited 2022 Feb 10];155(8):365. Disponible en: </pmc/articles/PMC7318973/>
18. Consejo General de Enfermería. La ratio de profesionales de enfermería en España es de 5,6 por cada 1.000 habitantes. *ELSEVIER* [Internet]. 2021 [cited 2022 May 12]; Disponible en: <https://www.jano.es/noticia-la-ratio-profesionales-enfermeria-espana-30933>
19. Instituto Español de Investigación Enfermera. Informe de Recursos Humanos de Enfermería [Internet]. 2019. p. 241. Disponible en: <https://www.ieinstituto.es/areas-de-desarrollo/observatorio-enfermero/demografia-enfermera/empleo-enfermero-rrhh>
20. Congreso de los Diputados. Proposición de Ley sobre ratios de enfermeras para garantizar la seguridad del paciente en centros sanitarios y otros ámbitos. *Bol Of las Cortes Gen* [Internet]. 2007;1–100. Disponible en: [http://www.comunidad-tdah.com/contenido/images/tdah\\_proposicion\\_pp.pdf](http://www.comunidad-tdah.com/contenido/images/tdah_proposicion_pp.pdf)
21. CatSalut. El Sistema Sanitario De Cataluña: Los Datos. 2003;129–55. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/6226/18CAPITULO9.pdf?sequence=18>



22. Blanca-Gutiérrez JJ, Arias-Herrera A. Síndrome de burnout en personal de enfermería: asociación con estresores del entorno hospitalario, Andalucía, España. *Enfermería Univ* [Internet]. 2018 Mar 6 [cited 2022 May 16];15(1):30–44. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632018000100030&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632018000100030&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
23. Real Academia Española. Cosificar. Definición. [Internet]. *Diccionario de la lengua española*. 2021 [cited 2022 May 16]. Disponible en: <https://dle.rae.es/cosificar>
24. Real Academia Española. Feedback. Definición. [Internet]. *Diccionario de la lengua española*. 2021 [cited 2022 May 17]. Disponible en: <https://dle.rae.es/feedback>



## **ANEXOS**

### **Anexo 1. Consentimiento informado**

Denise Méndez García con DNI XXXXXXXX y Cristina Li Ortiz de Galisteo Morell con DNI XXXXXXXX, estudiantes de cuarto curso del grado de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili (URV), solicitamos su colaboración para la realización del trabajo de fin de grado.

El objetivo de este trabajo es conocer el grado de interiorización de la humanización en los cuidados realizados por el personal de enfermería en los Servicios de Urgencias Hospitalarias, con el fin de mostrar la percepción que tiene el personal sanitario sobre que es para ellas/os una atención humanizada en estos servicios y que factores influyen para llevarlo a cabo.

Para la realización del proyecto de investigación, es necesario recoger información a través de entrevistas semiestructuradas a profesionales que desempeñan su trabajo diario como enfermeras/os en el Servicio de Urgencias Hospitalarias.

El tipo de preguntas realizadas serán impersonales e imparciales para evitar que haya prioridades, exclusiones, valores propios, prejuicios, entre otros.

Estas entrevistas se realizarán de manera presencial o virtual. En caso de ser presencial, se realizarán siguiendo los protocolos establecidos para la protección contra el COVID-19, se hará uso de mascarilla homologada, distancia de seguridad y se realizará en un espacio abierto con ventilación. Mientras que en el caso de la opción virtual, se llevará a cabo a través de plataformas tales como Skype, Teams o Zoom.

Las entrevistas tendrán una duración aproximada de una hora y serán grabadas en formato audio, para su posterior transcripción y lectura para la realización del estudio. Esta grabación solo podrá ser manipulada por las entrevistadoras y no podrá ser transferida a terceros, protegiendo así la privacidad de las/los participantes de la investigación. Por lo que los datos personales de las personas entrevistadas por los cuales pueden ser identificadas, serán totalmente privados, no constarán en el proyecto de investigación ni serán difundidos a terceros. Las participantes tienen derecho a solicitar una copia del trabajo de fin de grado una vez terminado.



Los datos obtenidos mediante las entrevistas están sujetos a la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, publicado en el BOE, número 294 (Páginas: 119788 a 1198579).

Se tendrá en cuenta el respeto hacia las participantes del proyecto de investigación, siendo así su derecho a negarse a contestar alguna pregunta, ya que la participación es totalmente voluntaria. Recordar también el derecho de las/los entrevistadas/os a poder añadir información si lo considera relevante para el trabajo.

Yo \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ y  
trabajador/a del servicio de urgencias del Hospital  
\_\_\_\_\_, de la ciudad de \_\_\_\_\_,  
acepto participar voluntariamente en esta investigación.  
He sido informada/o sobre el objetivo de este estudio.

Firma de las investigadoras

Firma del/la participante

Fecha



## **Anexo 2. Guion de la entrevista**

### **Introducción de la entrevista**

- Presentación de las entrevistadoras: Datos personales de identificación.
- Tema del trabajo y porque se está realizando.
- Motivaciones para realizar el trabajo.
- Objetivos del trabajo de investigación.
- Duración aproximada de la entrevista.
- Agradecer a la persona entrevistada su participación en el proyecto.
- Explicación de aspectos éticos, confidencialidad y privacidad del trabajo de investigación. Hacer constar verbalmente que la entrevistada ya ha firmado con anterioridad un consentimiento informado para la entrevista y su grabación en audio.
- Hacer saber a la entrevistada que puede aportar información en cualquier momento, si cree conveniente ampliar algunos aspectos de los temas tratados durante la entrevista.
- Descripción de la entrevistada: presentar a la entrevistada con datos relevantes para la entrevista, siempre respetando la confidencialidad.
- Explicación del funcionamiento de la entrevista.
- Se ofrece a la persona entrevistada poder añadir temas a tratar y profundizar en ellos, si lo considera importante y relevante para el tema del trabajo.

### **Preguntas relacionadas con el tema de investigación**

1. ¿Cuál es su edad?
2. ¿Cuánto tiempo de experiencia tiene como enfermera/o? ¿Y en un Servicio de Urgencias Hospitalarias?
3. ¿En qué tipo de hospital trabaja?
4. ¿Qué es el Servicio de Urgencias?
5. ¿Que considera que es la humanización de los cuidados?
6. ¿Qué opina sobre el trato que se lleva a cabo durante la estancia de los pacientes en los SUH?
7. ¿A nivel asistencial, opina que los cuidados proporcionados en estos servicios son humanizados?
8. ¿Qué factores cree que favorecen a la humanización de los cuidados? ¿Y cuáles desfavorecen?
9. ¿Considera que hay saturación en los SUH? ¿Por qué?



10. ¿Considera que las ratios de enfermera/paciente son correctas para poder proporcionar una atención de calidad? ¿Cuántos pacientes tiene asignados?
11. ¿Cree que la gestión, estructuración y organización del servicio influye en la calidad asistencial que se puede ofrecer a los pacientes? ¿Qué cree que influye? ¿Cómo se organiza su SUH?
12. ¿Qué opina sobre el nivel de exigencia que requieren las técnicas que se realizan en los SUH? (Es decir, en cuanto a rapidez, asepsia, conocimientos previos sobre la técnica, experiencia, complejidad...)
13. ¿Considera que es más importante el llevar a cabo los procedimientos técnicos o atender a las necesidades de los pacientes de manera holística (considerando todas las esferas que conforman a la persona)?
14. ¿Cree que se realizan pruebas o procedimientos de los cuales no se informa debidamente, aceptándolas sin conocer realmente los riesgos o simplemente se realizan sin permiso? ¿Cuáles?
15. ¿Cree que se acompaña al paciente durante su estancia en el servicio?
16. ¿Se informa debidamente de los aspectos relacionados con su salud, respetando la autonomía (ser correctamente informada de las opciones, riesgos y tú poder tener la opción de opinar y poder tomar la decisión final sin que nadie decidiera por ti), justicia, beneficencia y no maleficencia?
17. ¿Cree que respeta en todo momento la intimidad de la persona o hay situaciones en la que nota que hay una invasión a su privacidad? ¿Podría destacar alguna de ellas? ¿Cómo cree que se siente el paciente? ¿Cómo se siente usted en estas situaciones?
18. ¿Se tienen en cuenta las emociones del paciente? ¿Cree que los profesionales sanitarios son empáticos con el paciente?
19. ¿Opina que hay diferencias respecto a la implicación por parte del personal sanitario entre un paciente autónomo y otro dependiente? ¿Y entre jóvenes y adultos?
20. ¿Cree que hay prejuicios y estigma hacia los pacientes con patologías psiquiátricas?
21. ¿Qué actitud adoptó cuando había algo en lo que no estaba de acuerdo o que no le parecía bien en cuanto al trato hacia el paciente? ¿Si pudiera volver hacia atrás, adoptaría la misma actitud?
22. ¿Que podría llevarse a cabo para poder efectuar unos cuidados de calidad?



### **Anexo 3. Transcripción de las entrevistas**

#### **ENTREVISTA 1**

**Entrevistadora:** Buenas tardes, soy Cristina. Estudiante de cuarto curso de enfermería de la Universidad Rovira i Virgili. Como hemos comentado vía correo electrónico, vamos a hacer una entrevista sobre la humanización en los servicios de urgencias. Ya he recibido el consentimiento informado.

**Entrevistadora:** ¿Cuál es su edad?

E1: Tengo 35 años.

**Entrevistadora:** ¿Cuánto tiempo de experiencia tiene como enfermera/o?

E1: Acabé en 2007.

**Entrevistadora:** ¿Y en un Servicio de Urgencias Hospitalarias?

E1: Desde el 2007. Desde ese año siempre he estado trabajando en ese servicio.

**Entrevistadora:** ¿En qué tipo de hospital trabaja?

E1: En un comarcal, en el de Vendrell.

**Entrevistadora:** ¿Qué tipo de hospital es? En cuanto al nivel.

No me lo sé de memoria, no sé qué nivel es exactamente. No hay UCI, no hay intermedios. Es un hospital comarcal. El paciente crítico lo atiendes el primero, pero luego se tiene que ir.

**Entrevistadora:** ¿Siempre ha trabajado en ese servicio o ha ido cambiando a lo largo del tiempo?

E1: He trabajado allí y desde hace 2 años trabajo en el SEM, en coordinación, a nivel asistencial no.

**Entrevistadora:** ¿Qué es el Servicio de Urgencias?

E1: A ver, el servicio de urgencias es cuando se atiende a patologías urgentes o emergentes. Un paciente se encuentra mal, lo que pasa es que es muy subjetivo y a veces vienen cuando no son patologías urgentes. Pero en principio es para atender las patologías urgentes y emergentes.



**Entrevistadora: ¿Que considera que es la humanización de los cuidados?**

E1: Pues el atender bien, empatizar, cuidar, no hacer el mal. Bueno toda la ética que te enseñan durante la carrera, ponerla en práctica. Yo creo que todos los cuidados que te enseñan durante la carrera, luego te formas a nivel de urgencias, te formas a nivel de emergencias, haces diferentes másteres, pero todo lo que te enseñan de la base del cuidado es ponerlo en práctica.

**Entrevistadora: ¿Qué opina sobre el trato que se lleva a cabo durante la estancia de los pacientes en los SUH?**

E1: Bueno, pues podría ser... No se podría contestar solo en un día, depende del día, de los compañeros que te toquen. Sí que es verdad que a nivel de enfermería sí que se humaniza, yo creo que eso es gracias a lo que durante la carrera estudias.

Medicina por ejemplo no tiene tanta humanización durante la carrera, no lo estudian tanto. Sea más anatomía, más patología y eso se nota a nivel de cuidados. A nivel de empatizar, a nivel de cuidar. Entonces claro, como al final trabajas en equipo se nota mucho cuando trabajas, no es por culpa de una auxiliar o de un celador que no tienen esos conocimientos de humanización que te enseñan. Entonces como al final trabajas en equipo se nota.

**Entrevistadora: ¿Considera que a los pacientes se les trata igual en un servicio de urgencias que en una planta hospitalaria (en relación con la empatía, los cuidados...)?**

E1: Cuesta más por qué no es que tengas menos tiempo, sino que vas corriendo. Entonces si yo tengo triar en 10 minutos, si a mí me ponen un tiempo y me valoran ese tiempo como un objetivo, a nivel laboral yo no puedo humanizar todo lo que desearía, porque son tiempo dependiente muchas patologías.

**Entrevistadora: ¿Entonces en ese momento lo que sería la humanización de la persona/paciente, el conocerlo...?**

E1: No puedes, muchas cosas son tiempo-dependientes. Si tú tienes 6 pacientes y a uno de ellos le está dando un ICTUS, al otro no le vas a hacer el cambio postural, por ejemplo, porque vas a atender al ICTUS. Entonces como priorizas mucho, porque tienes que priorizar, dejas de lado lo que son los cuidados. Al final es como que te acostumbras tanto a trabajar así y es como que la gente lo abandona un poco.



**Entrevistadora: ¿Entonces a nivel de enfermería sí que considera que se intenta hacer como nos enseñan?**

E1: Si. Siempre hay personas que dices pues no, pero a nivel de enfermería al menos lo que yo he visto sí.

**Entrevistadora: ¿A nivel asistencial (todo el equipo multidisciplinar), opina que los cuidados proporcionados en estos servicios son humanizados?**

E1: Claro como hay mucho tiempo dependiente cuesta más humanizar. En una planta si hay una persona que es tiempo dependiente también van a dejar lo demás, pero van a tener su rutina, su tiempo para estar por cada paciente. En urgencias tienes menos tiempo porque si hay una disnea que le cuesta respirar, pues vas a poner el tratamiento. Vas a humanizar de otra manera, pero no vas a preguntarle de que trabaja, no vas a tener una conversación como a lo mejor la persona desearía tener o tú también.

**Entrevistadora: ¿Qué factores cree que favorecen a la humanización de los cuidados? ¿Qué ayudaría a que la atención pudiera darse de una forma que los pacientes lo reciban en no sentirse un número o no sentirse un diagnóstico?**

E1: Primero de toda la ratio enfermera-paciente, cuanto más tiempo tienes más fácil sería el abordaje ese. La formación, porque nos formamos muchas veces en muchas cosas, es curioso que te estás formando durante muchos años, pero no haces nada de humanización. Protocolos también y yo sobre todo la ratio enfermera-paciente.

**Entrevistadora: ¿Y cuáles desfavorecen a nivel de la humanización al paciente? Es decir, ¿Qué obstáculos como enfermeros podemos encontrarnos para realizar un trato humanizado al paciente?**

E1: Pues eso, la carga asistencial, sobre todo.

**Entrevistadora: ¿Considera que hay saturación en los SUH?**

E1: Si, mucha.

**Entrevistadora: ¿En su hospital, lo que sería la ratio enfermera-paciente cuál es?**

E1: Por boxes llevas 6, más los pasillos y las ambulancias que vienen.



**Entrevistadora: ¿Eso independientemente del nivel, de la especialidad, como está organizado?**

E1: Son generales. Tienes niños, tienes trauma. Claro nosotras hacemos los yesos si tienes que hacer una calza entera la haces tú, si te viene una disnea la haces tú, entera... Si viene una REA también, si viene un código ICTUS...

**Entrevistadora: ¿Cómo están distribuidas/organizadas las urgencias del Vendrell?**

E1: Hay el triaje... no van por especialidades, son generales. Lo que sí que hay pediatría, pero a nivel de enfermería también las atiendes igual. Entonces el respiratorio/no respiratorio del nivel digamos más bajo y luego vas subiendo de nivel y los atiendes en la zona de boxes, todos.

**Entrevistadora: ¿Entonces no está distribuido por un nivel o el área de cirugía?**

E1: Por especialidades no. El nivel 5 y el nivel 4 se atiende en una zona y luego el nivel 3, 2 y 1 en otra. No va por especialidades. Igual que pediatría, igual.

**Entrevistadora: ¿Y a nivel de pediatría hay un equipo que esté especializado o es indiferente?**

E1: El pediatra y enfermería igual, el mismo.

**Entrevistadora: Volviendo al tema de la saturación... ¿Por qué considera que están saturados los SUH?**

E1: Por qué no hay..., la gente vivimos en una sociedad que queremos todo ya y ahora, y bueno eso es prácticamente... yo he vivido los 15 años en el hospital y de 15 años a aquí la gente viene... porque no es que no te atiendan en el CAP, o sea sí que te atienden, también tiene razón, pero antes tú te esperabas a que te visitase el médico en el cap. Si tenías una fiebre a lo mejor te esperabas al día siguiente a ir al médico de cabecera. Recuerdo a mi madre hacer la cola en el CAP para que me visitase mi médico, ahora yo no me imagino a alguien haciendo una cola en el CAP para que a las tres del mediodía le visite su pediatra o su médico. Ahora vivimos en una sociedad que lo queremos todo ya, pues la llevo ya, que me atiendan cuando yo quiero, cuando me vaya bien, que me hagan las pruebas que yo considero y yo creo que parte del nivel 4 y nivel 5, de lo más banal, es eso.



Luego también somos más longevos, vivimos más años y entonces lo que eso significa es que hay más patologías, entonces entre una cosa y la otra...

**Entrevistadora: Considera que los conocimientos, mucha gente tiene que saber que los ambulatorios deberían de ser la primera base.... ¿Considera que sería importante realizar una educación a la gente joven para que antes de acudir a urgencias, pasasen por su ambulatorio...?**

E1: Yo una educación logística de cómo hay que hacerlo no, yo haría una educación sanitaria a nivel de enseñanza de primaria, a mis hijos que son de primaria ya, de instituto... Una fiebre es una fiebre, que no pasa nada, cuando son signos de alarma, un poco de educación sanitaria de autorresponsabilidad del cuidado y de cuidar a otros, de la RCP. Un poco de educación sanitaria, de alguna asignatura de educación sanitaria, como se hace educación sexual, pues educación sanitaria.

**Entrevistadora: Para evitar lo que sería la rapidez de decir “Uy, no sé qué pasa y voy a urgencias”.**

E1: Exacto, que digan “Tiene una fiebre alta, a 39’5°C”, pues no pasa nada, es fiebre, la respuesta inmunológica hace tener fiebre y si, pues son 3 días. Cuando se marchan escuchas el comentario “Es que no me ha hecho nada, me ha dado el Dalsy y la Apiretal”, en niños sobre todo. Claro es que hasta que no pasan 3 días, el foco, la otitis o la faringitis no sale. Entonces a esas personas hay que hacerles una educación sanitaria y decirles no pasa nada la fiebre si no se va entonces hay que preocuparse, pero hay que buscar unos signos de alarma de cuando tienes que ir. Y eso pasa en gente joven y gente mayor.

**Entrevistadora: Como atendéis a pediatría muchos padres llevaran a los niños porque quizás no duermen lo suficiente o cosas así, como la fiebre...**

E1: O llora, fiebre... Entonces esas cosas son saturaciones porque te tiras rato y ves que a nivel educativo si se informasen un poco más, luego a lo mejor cuando el niño crece no vienen tanto. Pero saber que si un niño menor de tres meses tiene fiebre pues sí que hay que llevarlo, pues cosas así que hay que recibir esa educación. Yo creo que ahí se frenaría un poco, pero bueno también te digo que la gente lo quiere todo ahora y ya.



Luego la gente tampoco lo intenta por que busca, dice no me atienden en el CAP, ya es un como “Vox populi” que no te atienden, pero a lo mejor sí, yo el otro día por ejemplo mi hija hizo fiebre, le escribí a la del CAP y me visitó a las dos horas en mi CAP. Y pensé “Ah, pues sí que visitan”, digo tanta cosa con que no visitan y le escribí a las 7 de la mañana, me llamarón a las 8 y me dieron hora a las 10. Entonces a lo mejor la gente tampoco lo intenta, es como la ley del mínimo esfuerzo.

**Entrevistadora: ¿La población ahora con la pandemia se ha visto afectada lo que es la saturación de urgencias, hay más volumen de trabajo?**

E1: Si claro. Ha habido más gente, pero la gente que entraba también la ratio enfermera paciente era más alta, antes yo hacia una disnea y lo hacía yo sola, tardaba lo que tardaba. Ahora tardo el doble, porque mientras me visto, no me visto, me dejo algo, me preparo todo el material, antes de entrar le hago todas las pruebas, que si luego... claro yo tardo el doble en hacer toda la faena que antes. La ratio de enfermera-paciente no ha cambiado, es la misma que antes de la pandemia.

**Entrevistadora: ¿Los tiempos de triaje son los mismos que antes de pandemia, unos 10 minutos, sigue siendo el mismo tiempo que antes?**

E1: Si, es un índice de calidad, tienes que triar en menos 10 minutos. Eso no ha cambiado. En triaje no ha afectado la pandemia porque no te tienes que ir cambiando o no, yo ahora mismo me pongo la mascarilla y ya. Si me voy a acercar más me pongo la pantalla, pero no te vistes con los EPI's.

**Entrevistadora: ¿Considera que las ratios de enfermera/paciente son correctas para poder proporcionar una atención de calidad? ¿Cuántos pacientes tiene asignados?**

E1: No, son muchas. No puedes atender a 6 boxes. Ahora con el COVID no se doblan, pero antes se doblaban muchos y ahora si son COVID también se dobla. Entonces claro, si a lo mejor llevas 8, 9, 10 pacientes... pues hay momentos que no llegas, no llegas a ese cambio postural, no llegas a ponerle la almohada bien, no llegas a hablar con esa persona. Vas como a hacer la técnica, técnica, técnica... a poner la medicación, pero no llegas a humanizar, no profundizas más muchas veces.



**Entrevistadora: ¿Entonces considera que hay una diferencia asistencial entre los SUH a una planta de hospitalización?**

E1: Claro, sí, mucho. Mucha diferencia porque al final tú en una planta entras a trabajar, le pones la medicación, ya sabes que medicación tienes que ponerle, no tienes que correr para ponerle esa mediación, a no ser que haya algo fuera de lo común de la planta. Pero ahí te llega un código IAM, te llega un código ICTUS y a lo mejor tienes a un paciente que necesita un cambio postural y te llega el cogido ICTUS y pues no has podido hacérselo en ese momento, a lo mejor tardas 2 horas más.

**Entrevistadora: Con lo que son pacientes que están pendiente de ingreso en una planta que a lo mejor se pasan 2-3 días, dependiendo si queda alguna cama libre o no en la unidad de hospitalización, ¿Con ese tipo de paciente se puede llegar a hacer un trato más humanitario?**

E1: Si claro, porque ya están ahí, ya no tienes que correr tanto con esos pacientes porque son pacientes estables. Pero claro eso según los pacientes que tengas en ese momento, porque si ya sabes que están estables y tienes más faena pues no vas a estar más rato con ellos, no es porque estén pendiente de planta. Si solo los tienes a ellos sí, pero si te va entrando más gente no.

**Entrevistadora: ¿Cree que la gestión, estructuración y organización del servicio influye en la calidad asistencial que se puede ofrecer a los pacientes?**

E1: Claro, no es lo mismo que tu pongas una cuña con cortinas y que haya una persona al lado o que tengas un box para ti a que tengas un lavabo, que tu tengas una habitación con butacas a que tengas una camilla para estirarse, que tengas que poner la medicación en el pasillo en una silla o en una sala de espera a podérsela poner como le toca al paciente. Entonces claro la infraestructura influye mucho.

**Entrevistadora: ¿Qué cree que influye?**

E1: Bueno pues la intimidad del paciente, mucho. La comodidad. Si tú no tienes almohadas no puedes hacerle el cambio postural bien, parece una tontería, pero yo ayer trabajé por la noche y no teníamos almohadas, le vas poniendo toallas, pero claro si ya no tienes almohadas, claro. Ya eso... ya disminuye la calidad, claro a nivel de úlceras, influye a nivel del descanso. Si tú no tienes camas y lo pones en una camilla a una persona mayor pues se va a ulcerar, pero claro si tú no tienes camas no puedes hacer nada.



Una persona que está mareada que la sientes en vez de que la estires o que tenga dolor, entonces influye en el dolor, influye a nivel de úlceras, influye en muchas cosas.

**Entrevistadora: ¿Cómo se organiza su SUH? Me gustaría saber cómo se organiza desde que entra hasta que se va de alta o ingresa.**

E1: Bueno pues lo más importante primero es el triaje, porque ahí está el corazón de toda la urgencia. Si ese corazón no late bien, urgencias no funciona porque es el filtro. El triar es a base de la experiencia y de hacer la máxima calidad posible. Ver, observar... porque a lo mejor te está hablando per tú le estas mirando la cara, le estas mirando si esta pálido, si no está pálido, si esta sudado...

A lo mejor hay personas que dices “Ostras pues no sé qué tiene” pero tienen algo, ya con la mala cara que hacen algo tienen y simplemente es un dolor de espalda, pero no es un dolor de espalda normal. Entonces el observar, ver los gestos que hacen, o sea el triaje es lo principal. Para eso piden 5 años como enfermera para poder triar, en un principio.

**Entrevistadora: ¿En un principio?**

E1: Si, claro. Si hay bajas y lo tienes que cubrir...

**Entrevistadora: ¿Eso se hace en la práctica, se hace después de los 5 años?**

E1: No. Se hace menos, no se pone al principio de salir de una carrera, pero a lo mejor al año ya pueden triar, ya trían. Pero en un principio no se podría, a ver hasta los 5 años no podrías triar porque al final el triaje es parte de la experiencia y de la formación que uno tiene, la experiencia es el bagaje que tú te llevas dentro.

Pues tu trías y decides el nivel que tiene, según el nivel pues lo dejas en la sala de espera esperando y según mi experiencia, por ejemplo, una tontería es decirle el rato de espera que hay. Si más o menos le dices “Pues mira, que sepas que hay 4 horas de espera”, el paciente se sienta y decide si se va a esperar las 4 horas o no. Y de esa manera, él es... si no es un nivel 5 que podría ir a su ambulatorio, si tu no le dices cuanto rato hay, se espera y al rato, a los 2 minutos se está levantando, se está quejando, te está gritando y eso pues te afecta laboralmente.

Lo trías y decides el nivel, el nivel 5 pues lo dejas esperando, el nivel 4 igual, como pediatría y en un principio los tienes que ir revalorando, más o menos.



No sé cuánto es el rato, una hora y media o así. Muchas veces no te da tiempo a hacer eso, a revalorar no te da tiempo.

A no ser que la persona se queje y lo vuelves a triar. Y nada, si es un nivel 3, 2, 1, digamos, los pasas a boxes y bueno ahí lo visita el médico. Nosotros según el nivel, enfermería va... nivel 3,2,1, em... enfermería antes de que lo visite el médico pues ya lo está pinchando. Si es una disnea pues ya lo vas pinchando, le vas sacando una gasometría, ya estás preparando un poco todo, le estás haciendo el electro y bueno, antes de que lo visite el médico. Entonces lo visita y bueno, le pones la medicación, lo pasas a una cama, si se va a quedar ingresado, si hay camas. Si no se va a quedar ingresado, si es por dolor, pues le vas revalorando el dolor.

Según la patología pues haces los cuidados que le tocan. Si son códigos pues haces el cogido, por eso un electro hay que hacerlo en menos de diez minutos cuando trías, em... si es un cogido IAM, si es un cogido ICTUS, pues lo vas haciendo.

**Entrevistadora: Claro, es como que en los servicios de urgencias todo está con mucho protocolo... muchos tiempos, muy guiado.**

E1: Es que es tiempo-dependiente, porque hay patologías que son tiempo-dependiente. Entonces claro vas con el tiempo. Claro, las ambulancias también hay que triarlas en menos de 10 minutos... todo eso es tiempo-dependiente, todo. Y bueno entonces es cuando ya se deciden pues si ingresan o no.

**Entrevistadora: Sobre lo que era el que un profesional pueda triar, sean personas con poca experiencia laboral, ¿Cree que dificulta lo que sería un buen nivel de atención? En sentido de que puedan equivocarse o puedan triar de forma incorrecta, que a lo mejor una cosa que realmente sea nivel 3 y digan que sea nivel 4 y lo tengan en sala de espera...**

E1: Claro, hombre eso al final si estamos hablando que es tiempo-dependiente y una persona que es tiempo dependiente la estas dejando en la sala de espera y no le toca. Es más difícil triar a una persona, eh... Cuando tu estas muy segura que es un nivel 1 o es un nivel 2, es más fácil de triar que cuando es un nivel 4 que no sabes si es un nivel 3 o un nivel 4, que a lo mejor acaba siendo un nivel 1 luego. Ese es el límite de equivocarte o no. Si viene una persona que satura a 70, eso es fácil, es objetivo, va a ser un nivel 1 o 2.



Pero una persona que no sabes “bien, bien”, que no tengas la certeza cierta es cuando hablamos de la experiencia, ¿no? Que a lo mejor un dolor lumbar pienses que es un dolor lumbar y a lo mejor es una aneurisma de aorta o cosas así.

**Entrevistadora: Claro porque lo que es la experiencia y todo, hacen que una persona pueda realmente realizar un triaje de calidad. Como has comentado, lo que sería el triaje sería la base de lo que construye por encima de los niveles de urgencias, de que tipos de pacientes se encuentran, de cómo se hace el trajo, de qué tipo de tratamiento/cuidado se le tiene que hacer...**

E1: Exacto. Más o menos sabes el rato que estará o hay personas que dices “*No sé, hace mala cara y bueno...*”, no sé si no sabes que a una gestante le pican las manos y los pies, que a lo mejor la puedes dejar esperando y luego tiene una preeclampsia, entonces ya la tienes que pasar, ya sería un nivel 1 o 2.

**Entrevistadora: El trato de medicina, etc. Sobre el tipo de trabajo que hacen medicina/enfermería en cuanto al trato al paciente, ¿qué diferencia ve?**

E1: Muchas diferencias, ya te digo, se nota mucho que en la carrera no hacen casi nada de humanización de cuidados. Casi nada es 0. Yo lo sé porque mi marido está estudiando medicina, entonces más o menos sé lo que estudia. Entonces no empatizan tanto, ven solo el cuadro patológico, pero no ven el cuadro emocional, el cuadro familiar, todo lo que puede conllevar a lo mejor... o patologías como una depresión, una ansiedad, que puede a lo mejor estar allí ¿no? Entonces eso sí que influye.

**Entrevistadora: ¿Qué opina sobre el nivel de exigencia que requieren las técnicas que se realizan en los SUH? (Es decir, en cuanto a rapidez, asepsia, conocimientos previos sobre la técnica, experiencia, complejidad...)**

E1: Bueno, pues son menos exigentes que a lo mejor en una UCI. Menos exigente que en otros servicios, claro. Me refiero que no tienes tanto tiempo como en una UCI, que tu llevas a tus dos pacientes, ya sabes cómo va y entonces lo vas a hacer con una esterilidad perfecta. O en un servicio de quirófano. Aquí claro, si tienes que sondar rápido o se está ahogando, no vas a hacer una higiene genital perfecta para el sondaje, por ejemplo. Lo vas a hacer, pero no tanto.



**Entrevistadora: Muchas veces el profesional es consciente de que está haciendo una técnica que quizás no... Sabe que está cometiendo errores, pero quizás por el tiempo no puede realizarla de tal manera que dice “yo sé que tengo que realizarla así pero no me da el tiempo”.**

E1: Ya, pero si esa persona también se está muriendo o se está ahogando, al final el riesgo-beneficio es como más grande, de que yo le pueda sonar porque no se puede movilizar por que se ahoga a que yo me esté preparando una técnica durante 15 minutos para hacerlo. Si en 5 minutos le puedo ahorrar ese ahogo, a lo mejor le estoy salvando la vida casi. Porque poner una cuña o una persona que se moviliza y que se ahoga, no puedo.

**Entrevistadora: Entonces considera que realmente a nivel de exigencia en cuanto a técnicas, no hay una exigencia como tal de hacerlo todo lo más limpio posible, sino que sea efectivo y rápido, por así decirlo.**

E1: Si tienes tiempo lo haces bien, pero si es tiempo-dependiente no.

**Entrevistadora: Por lo que hace a técnicas, por ejemplo, la intubación o que requieran de más tiempo que no es simplemente una sonda, como una intraósea...**

E1: Eso sí que es rapidez, eso sí que es tiempo-dependiente. Cuando pones una intraósea es porque no has encontrado vía, entonces esta persona está mal, entonces la pones rápido.

**Entrevistadora: A nosotros nos explican la teoría de cómo se realizaría una técnica, pero ¿en la práctica un enfermero o una enfermera novel podría realizar la técnica en ese momento?**

E1: Si, claro. Sí, sí. No es que la tiene que realizar porque al final... a lo mejor no va a pinchar a un niño ¿no? Pero al final va a tener que hacerlo igual. No te da tiempo a llevar a tus pacientes más llevar los pacientes de la chica que acaba de empezar, que la ayudas todo lo posible. Pero si tiene que hacer la técnica la tiene que hacer y si no puede ya la ayudare, pero la tendrá que ir haciendo, lo tendrá que intentar porque si no nunca lo hará.



**Entrevistadora: A nivel asistencial de técnicas, por ejemplo, ¿a personas con menos experiencia se le permite probar antes de hacerlo de manera autónoma?**

E1: Bueno depende, según lo que tenga el paciente, si al paciente se le va a intubar pues va a entrar la que tenga más experiencia. Pero si es una sonda nasogástrica que se puede esperar 5 minutos a ponerla, sí lo va a hacer la persona que le toca, da igual la experiencia que tenga. Otra cosa es que lo intente y no pueda como nos pasa a todo el mundo, pero al final lo tiene que hacer, claro. Tiene que tener bagaje también, tiene que tener experiencia esa persona y la experiencia se crea haciéndolo y si se lo haces pues no sirve de nada.

**Entrevistadora: ¿Considera que es más importante el llevar a cabo los procedimientos técnicos o atender a las necesidades de los pacientes de manera holística (considerando todas las esferas que conforman a la persona)?**

E1: Bueno yo creo que eso es un conjunto entero, ¿no? No puedes separarlo. No puedes separar las dos cosas, son cosas importantes la verdad. Las dos cosas en un servicio de urgencias importan. Según el paciente pues valoraras más una cosa o según el paciente valoraras más la otra, pero con el paciente la importancia es igual.

**Entrevistadora: Considera que en la atención a los pacientes se intenta atender a las necesidades básicas cuidando de su esfera holística, dependiendo de su estado/pronostico...**

E1: Claro, si no se deja pasar familiares, pero una persona se está muriendo, pues vas a dejar pasar a las personas que tengan que pasar.

A ver no a veinte, pero esas personas se tienen que despedir de esa persona. Entonces eso no es una técnica, pero es igual de importante para esa persona. A lo mejor no le estás haciendo nada a nivel de procedimientos ¿no? Pero si de humanización y pues eso es igual de importante al final. Yo ayer tuve a un niño que la madre se mareó, pues los dejé pasar a los dos porque la madre estaba mareada, pobrecita. Al final eso es igual de importante que haberlo pinchado a la primera, que haber hecho todas las técnicas, el haber estado con la madre ayudándola, al final se van a quedar con eso toda la familia. Luego le habrás pinchado, le habrás sondado, pero es igual de importante una cosa como la otra.



**Entrevistadora: ¿Cree que se realizan pruebas o procedimientos de los cuales no se informa debidamente, aceptándolas sin conocer realmente los riesgos o simplemente se realizan sin permiso? ¿Cuáles?**

E1: Las que necesitan consentimiento informado sí que se hace el consentimiento. Las que no que sólo es verbal pues a lo mejor sí que faltaría información sí.

**Entrevistadora: No consentimiento informado, sino por ejemplo avisarle de que se le tiene que poner oxígeno por un motivo en concreto o los riesgos de una técnica...**

E1: No se informa tanto, para mi gusto no se informa bien.

**Entrevistadora: ¿Desde su punto de vista cree que se podría dar más información a los pacientes para proporcionarle más seguridad? Ya que siempre tienen derecho a negarse.**

E1: Sí, Sí. Falta información claro está. A lo mejor le pides una placa y la persona no está de acuerdo en hacerse esa radiografía porque no la considera. Al final es tu salud y tienes que decidir querértela hacer o no y no, para mi gusto falta información.

**Entrevistadora: ¿Considera que se podría llegar a dar más información? Invertir más tiempo en esa información teniendo la carga de sus pacientes.**

E1: Si, a veces sí que podrías informar más. A veces te metes en esa rueda de que como estás trabajando siempre así que vas a ponerle el oxígeno, vas a ponerle lo otro, ya no informas porque ya trabajas de esa manera, entonces te has acostumbrado ya. Sí que es algo que no se tendría que hacer y se tendría que informar más, claro. Se normaliza algo que no está bien.

**Entrevistadora ¿Cree que el personal contribuye a que se acompañe al paciente durante su estancia en el servicio?**

E1: Por los profesionales no, claro. El que ingresa está solo, tú no estás mucho rato con esa persona, no, no, no... Bueno y al final normalizas el tampoco no estar porque si la persona está bien, entras, te presentas y bueno como sabes que es una persona autónoma y sabes que te va a llamar al timbre pues ya dices voy al siguiente y así.



**Entrevistadora:** Como ha cambiado el decir “*Bueno como es una persona autónoma y joven puede valerse. Avisará si le pasa cualquier cosa. Puedo pasar a otro paciente e invertir el tiempo porque es dependiente*”. A nivel físico al verlo de una forma lo damos por hecho y a lo mejor a nivel emocional esa persona está...

E1: Exacto. A nivel emocional necesita más tiempo tuyo que una persona que a lo mejor es más dependiente y normalizas que cuando no tienes tanta faena pues ya tampoco, a lo mejor pasas a una humanización emocional y te conviertes un poco así, más de procedimientos que de humanización cuando tienes tiempo libre, claro.

**Entrevistadora:** ¿A nivel de acompañamiento físico por un familiar o amigo como ha cambiado antes y después de la pandemia?

E1: Bueno claro cómo no pueden pasar familiares... También es verdad que desde mi punto de vista cuando un paciente está enfermo no puede tener veinte personas en un box como antes pasaba porque por mucho que quiera estas malo y tenemos la cultura de que hay que visitar a los pacientes que están enfermos siendo jóvenes ¿no? Al final cuando una persona está en urgencia que es... a lo mejor cuando están en planta que están más estables vale, pero si tu estas por una migraña a lo mejor no te apetece que vengan tres o cuatro personas a verte y ya con una ya vale. Entonces yo creo que cero no, tampoco, pero sí que habría que buscar un punto intermedio porque culturalmente somos de ir a ver a los pacientes y a lo mejor en ese momento no lo necesita o no puede decirte “*no quiero que vengas*”.

Entonces ha cambiado a mal porque tampoco a cero, pero antes era demasiado también a mi gusto, no puedes entrar en un box veinte personas.

**Entrevistadora:** Antes de la pandemia había muchos acompañantes, después con la pandemia se restringieron las visitas, pero claro, tuvo repercusión en los pacientes.

E1: Las personas mayores solitas pobres, tuvieron que estar solas, ninguna persona mayor debería de estar sola. Claro que repercute porque una persona no puede llamar al timbre por sí sola, no puede quejarse, no puede... y al final tú no estás, en tu turno de doce horas tú no estás doce horas con esa persona y a lo mejor un familiar, un hijo, sí que está, un cuidador... Entonces claro que ha repercutido y emocionalmente, que a lo mejor tengas un aborto y estés sola ¿no?



**Entrevistadora: Ahora, por ejemplo, ¿actualmente en su hospital se puede entrar un acompañante o a nivel de urgencias no?**

E1: A nivel de urgencias si esa persona es autónoma no puede pasar nadie, van solos. De pediatría el padre o la madre y si son personas dependientes una persona también, pero bueno al final eso es según la circunstancia de la persona también. Tienes el protocolo ese, pero al final tú decides realmente un poco... pues ya te digo el otro día entró la madre y el padre, si se está muriendo pues se tendrán que despedir.

Al final influye un poco todo según la persona por mucho protocolo que te pongan al final lo decides tu. Tú tienes que saber lo que necesita una persona, si es una persona mayor y se va a caer pues necesita que alguien esté con él o al menos saber que está ahí y bueno que pase, que le diga hola, al final humanizar en el sentido ese emocional ¿no? De que está esa persona, de que está su familiar bien también porque se preocupan, donde están, está fuera... entonces ya le tranquilizas un poquito.

**Entrevistadora: ¿Se informa debidamente de los aspectos relacionados con su salud, respetando la autonomía (ser correctamente informada de las opciones, riesgos y tú poder tener la opción de opinar y poder tomar la decisión final sin que nadie decidiera por ti), justicia, beneficencia y no maleficencia?**

E1: Sí. A ver, lo de información sí que es verdad que yo creo que faltaría un poquito más pero sí que a ese nivel éticamente yo creo que sí. Otra cosa es que tu al estar sola tú te sientas que no, pero yo creo que sí.

**Entrevistadora: ¿Cómo cree que se podrían cumplir estos principios de autonomía, justicia, beneficencia...?**

E1: Bueno al final, tú eres enfermera y tienes que cumplirlos, es tu trabajo día a día. No vas a sondear a una persona que es autónoma porque no le quieras poner la cuña y tú vas a luchar que, si alguien te lo dice, porque te lo dicen, alguna auxiliar te lo dice ¿no?, “Vamos a sondarla que me ha pedido la cuña tres veces”, pues tú tienes que decir “Si, si y si te la pide veinte también”. Eso pasa y tú le dices “Si te la pide veinte pues también se la pones” porque no la voy a sondear por eso.

Claro porque ellos no han estudiado la humanización, no han estudiado la ética, entonces falta la formación para tu llegar a la conclusión de decir “No, no, esa persona es autónoma, no la vamos a sondear”. Eso se lo tienes que decir tú, tú lo has estudiado y tú lo tienes que decir.



Otra cosa es que a lo mejor la persona te diga “Ostras, mejor sándame porqué...” y tú también se lo tienes que explicar que no será lo mejor, que al final, aunque la persona también lo decida, también tu explicarle lo que es mejor para ella o para él.

**Entrevistadora: En según qué casos si es una petición, por ejemplo, decir quiero que me sonden cuando a lo mejor por indicaciones o por su estado de salud esa persona podría ir al baño...**

E1: Pues le tienes que explicar que no y no se lo tienes que hacer por que la persona lo decida. Tiene riesgo de infección, tiene unas complicaciones y sondar pues no tocaría, entonces se lo explicas y ya está.

**Entrevistadora: ¿Cree que respeta en todo momento la intimidad de la persona o hay situaciones en la que nota que hay una invasión a su privacidad? ¿Podría destacar alguna de ellas? ¿Cómo cree que se siente el paciente? ¿Cómo se siente usted en estas situaciones?**

E1: Pues... yo creo que ahora, antes cuando entraban los familiares yo creo que no había casi intimidad. Lo bueno de los boxes de urgencias es que son individuales a no ser que los doblases. Entonces cuando los doblabas, pues claro la intimidad era una cortina y ahí sí que influía, a nivel de infraestructura pues influía la intimidad. A nivel de entrar un montón de familiares también porque iban pasando por los boxes y la rambla pues ibas mirando ¿no? Iban mirando y tenías que ir luchando para decir: “Oye, ¿puedes no mirar?”, “Puedes meterte dentro del box, ¿Tienes que estar mirando al box de enfrente?” o “No puedes pasearte” ...

Entonces ahora al haber menos familia pues en la intimidad sí que ha mejorado, porque si hay alguien en el pasillo y no pasa nadie, pues claro estas mejor que si pasa la rambla por allí y tu estas en el pasillo estirado, encontrándote mal. Creo que a nivel de las restricciones de los familiares la intimidad ha mejorado también.

**Entrevistadora: A nivel de los boxes como has dicho ahora, lo de doblar, ¿en el sentido de ser un box y tiene capacidad para dos camillas o...?**

E1: Era un box individual y al final acabas poniendo dos camillas y no cabes casi. Yo no quepo así entre medio.



**Entrevistadora: ¿Eso es por la sobrecarga, la saturación de urgencias?**

E1: Sí o que están pendiente de ingreso y no pueden subir. A lo mejor hay diez personas ingresadas que no pueden subir por qué no hay camas.

**Entrevistadora: ¿Podría destacar alguna de ellas?**

E1: Bueno a lo mejor cuando hay una REA, cuando hay un paciente crítico. Al principio el paciente crítico pues no hay tanta intimidad ¿no? Bueno yo creo que la intimidad en ese aspecto nosotros la miramos bastante bien, menos en estos casos del paciente crítico que entonces ya la desvistes como puedes y todo, pero el resto yo creo que no... Vas tan rápido, pero también se intenta mirar dentro de lo que cabe. A no ser que compartas, pero al final en planta también compartes habitación.

**Entrevistadora: En el caso de que el paciente esté consciente y que a lo mejor pequeños detalles como dejar la puerta abierta o cerrarla, implica pérdida de intimidad. ¿Cómo cree que se siente el paciente? O cuando se ponen las batas de hospital, por ejemplo.**

E1: Bueno desprotegido ¿no? Sientes que te han quitado parte tuya, te sientes intimidado. Al final la bata es una bata fina que no te cubre, que tienes frío y no es tu ropa, entonces al final te sientes desprotegido.

**Entrevistadora: ¿Como enfermera cómo se siente usted en estas situaciones de invasión de la privacidad del paciente?**

E1: Yo creo que es un aspecto que puedes proporcionar todo lo que tu tengas. Si sientes que no le estas ofreciendo eso tienes que solucionarlo. Es algo fácil, rápido y... si tú a una persona le pones la talla y la vas a estirar en la camilla pues le pones una sábana encima.

Ya con esa sabana que le pones encima ya no se siente desprotegido, entonces yo creo que es algo que como enfermera si tú crees que no se siente así, lo que tienes que hacer es actuar y trabajar.



**Entrevistadora: Ha sentido alguna sensación de impotencia por no poder llegar a dar una privacidad o intimidad correcta. O por no poder proporcionar unos cuidados humanizados.**

E1: En intimidad no. Porque si alguien... tú ves que a lo mejor se da una situación de que alguien te abre la puerta y tu estas sondando y dices “¿Puedes cerrar por favor?” pero el simple hecho de decir si puede cerrar la puerta es algo que solucionas tú, si no te la cierra dices “*Ciérramela*”.

Entonces, son pequeñas cosas que no cuestan nada de decir y hay que decirlo con serenidad ¿no? “¿*Me puedes cerrar la puerta?*” y ya está. A lo mejor vas a sondear y alguien te abre la puerta y te dice una tontería y dices ¿*Me puedes cerrar la puerta?*” o te va a explicar lo del paciente de al lado y tienes que decir “*Hablamos luego fuera*”, entonces son pequeños gestos que tienes que ir haciendo. Son pequeños gestos que no cuestan nada, si al final llegas a tener la intimidad. Siempre habrá alguien que no los hace y tienes que ir marcándolos.

**Entrevistadora: Claro también hay personas que sienten que no tienen la intimidad suficiente. Tienen que pensar que estar en bata quizás es porque precisan de una exploración y es más fácil realizarla por quitar la bata que desvestirlo entero...**

E1: Exacto. Claro al final se van a sentir con poca intimidad por que van a tener una bata, pero si hay que hacer un electro no puedes quitar una camisa, si hay que ir a rayos no puedes volver a quitar la camisa... Pero bueno al final si la persona lleva una camiseta interior y no lleva nada de metal pues a lo mejor dices “*Mira le voy a dejar esa camiseta interior porque no lleva nada de metal*”. Pero claro al final si después le tienes que hacer un electro es más fácil quitarle todo porque te ahorra tiempo innecesario, porque al final una camisa tarda mucho en quitarla y no la puedes quitar muchas veces sola.

**Entrevistadora: ¿Se tienen en cuenta las emociones del paciente?**

E1: Bueno al final es lo que hablábamos antes, las preguntas seguro que no las tienes en cuenta ¿no? Hemos normalizado ir rápido y cuesta, claro.



**Entrevistadora: ¿Cree que los profesionales sanitarios son empáticos con el paciente?**

E1: Bueno según el profesional, no puedo generalizar la verdad. No puedo contestar sí o no aquí. Según la persona, según el profesional que te toque, según la situación en la que esté en ese momento... Yo creo que normalmente sí, pero sí que te encuentras en circunstancias en que no lo son o circunstancias de ese profesional que no lo son en ese momento de su vida.

**Entrevistadora: ¿Opina que hay diferencias respecto a la implicación por parte del personal sanitario entre un paciente autónomo y otro dependiente? ¿Y entre jóvenes y adultos?**

E1: Si, bueno lo que hemos dicho. Si el autónomo te avisa y el dependiente no, entonces te vas más a la persona que es dependiente, como el nombre dice depende de alguien y te necesita. El otro también te necesitará a lo mejor emocionalmente, pero la ratio enfermera-paciente a lo mejor no te llega a ofrecérselo.

**Entrevistadora: ¿Cree que hay prejuicios y estigma hacia los pacientes con patologías psiquiátricas?**

E1: Si, mucha. Hay muchos prejuicios a nivel de diagnóstico ¿no? Un dolor torácico de una persona que te venga con ansiedad, ya te orientas más a la ansiedad y a lo mejor tiene un infarto. Entonces sí que influye.

**Entrevistadora: ¿Qué actitud adoptó cuando había algo en lo que no estaba de acuerdo o que no le parecía bien en cuanto al trato hacia el paciente? ¿Si pudiera volver hacia atrás, adoptaría la misma actitud?**

E1: Bueno, si por ejemplo hay una técnica que no te parece bien hacerla puedes decir que no la haces y ya está. A mí nadie me va a obligar a hacer algo que no creo que sea... que sea invasivo para esa persona, al final tienes que buscar el beneficio para esa persona. Si a esa persona le vas a hacer un daño más que un beneficio, pues lo que hablábamos de sondar. No hay que sondar si no hace falta sondarle. Que a lo mejor necesito la muestra ya, es para ir rápido. Pues no, a lo mejor no le voy a sondar por que vayamos a buscar la muestra de orina, a lo mejor le pongo un colector y cuando orine, le recojo la muestra de orina, aunque tardemos dos horas.



**Entrevistadora: ¿Que podría llevarse a cabo para poder efectuar unos cuidados de calidad?**

E1: Yo creo que más enfermeras, bajar la ratio. Tiempo con esa persona.



## ENTREVISTA 2

**Entrevistadora:** Buenas tardes, soy Denise. Estudiante de cuarto curso de enfermería de la Universidad Rovira i Virgili. Como hemos comentado vía correo electrónico, vamos a hacer una entrevista sobre la humanización en los servicios de urgencias. Ya he recibido el consentimiento informado.

E2: Perfecto, cuando quieras.

**Entrevistadora:** Primeramente, ¿Cuál es su edad?

E2: 35 años.

**Entrevistadora:** ¿En qué hospital trabaja?

E2: Trabajo en un hospital de referencia territorial de Tarragona y Terres de l'Ebre de tercer nivel, ya que dispone de UCI, de quirófano las 24 horas con todas las especialidades y hemodinámica.

**Entrevistadora:** ¿Cuántos años de experiencia tiene como enfermera?

E2: Como enfermera tengo 14 años de experiencia. Me gradué en el 2007 y estuve 1 año en el “*Centre d’acollida La Mercè*”, que es un centro de menores y yo me encargaba de las visitas médicas, vacunas... y después me fui a Pamplona y estuve de retén en un hospital de tercer nivel también, llamado Virgen del Camino. Y luego ya vine a Joan XXIII, porque yo soy de aquí y me hicieron la entrevista y empecé en urgencias los fines de semana y pues bueno, hasta el día de hoy.

**Entrevistadora:** ¿Entonces en el servicio de urgencias cuánto tiempo lleva?

E2: En el servicio de urgencias llevaré unos 13 años.

**Entrevistadora:** ¿Y siempre ha trabajado en este servicio?

E2: No, empecé en urgencias cuando me contrataron de fines de semana y estuve unos 4 años o así y luego ya he estado 7 años de retén de críticos, que eso es UCI, hemodinámica, hematología, intermedios, coronaria y urgencias.

**Entrevistadora:** ¿Qué tipo de hospital es, en cuanto al nivel?

E2: Es un hospital de tercer nivel.



**Entrevistadora: ¿Qué es el servicio de urgencias?**

E2: Pues el servicio de urgencias es el área responsable del hospital que está 365 días, 24 horas de dar atención médica y quirúrgica a los pacientes que lo precisen. Ya sean urgencias o emergencias.

**Entrevistadora: ¿Cómo están distribuidas las urgencias de Juan 23?**

E2: Buenos, pues las urgencias de Juan 23 están distribuidas en función de las áreas de atención de los pacientes. Primero el paciente da los datos a los administrativos, luego pasa por triaje. La enfermera allí en función del área o el servicio que le toque, lo deriva al área correspondiente. Estos servicios pueden ser adultos, pediatría, ginecología-obstetricia, traumatología u oftalmología. Primero, en pediatría. Se pasa el triaje y se le asigna un nivel. Después posteriormente, según el nivel es el orden de visita. Que el triaje lo que hace es valorar el grado de urgencia o emergencia de ese paciente.

Después está el área de traumatología, el paciente pasa por triaje, se le asigna un nivel y tenemos un circuito establecido que según el protocolo, pedimos según criterios de inclusión una radiografía para agilizar el trabajo del trauma. Para que sea todo más fluido. Por otro lado, en la puerta B, tenemos los pacientes que si es un nivel 3 bajo, 4 y 5. Que son pacientes un poco más leves y puede demorar la asistencia. Digestivo, urología, neurocirugía, otorrino, maxilo... pero hay algunos casos en los que ha cambiado por el COVID.

Luego en la puerta A, están los críticos que tienen niveles 1 o 2 que son pacientes que necesitan atención urgente. También hay pacientes con nivel 3, según el tipo de patologías como respiratorias, códigos ICTUS, códigos IAM, neuro... bueno un poco todo. Luego esta ginecología que está en la primera planta y después esta oftalmología que en función del día u hora está en el edificio D o en la sexta planta del edificio B.

**Entrevistadora: ¿Qué considera que es la humanización de los cuidados?**

E2: La humanización de los cuidados, yo creo que es establecer una asistencia personalizada y centrada en ese individuo basada en el respeto y conservar su dignidad.



**Entrevistadora: ¿Qué opina sobre el trato que se lleva a cabo durante la estancia de los pacientes en urgencias?**

E2: Bueno, pues yo creo que por la saturación, el estrés, el ambiente... no está humanizado. Siempre hay un montón de carga asistencial, un montón de trabajo, un montón de pasillos... Que alguien que está enfermo deba estar en un pasillo que lo vea todo el mundo que está para arriba y para abajo, no creo que sea la situación más idónea. Y últimamente con la pandemia, se ha agravado. Pero bueno, yo creo que no está nada humanizada.

**Entrevistadora: ¿Considera que a los pacientes se les trata igual en urgencias que en una planta? Con relación a empatía, cuidados...**

E2: No. Yo creo que en una planta, aunque la ratio enfermera-paciente esté sobresaturada, las enfermeras ya los conocen de más tiempo, tienen otra empatía, tiene otra calidez a la hora de tratar el paciente. No son pacientes tan complejos, tienes como más contacto con la familia, cosa que en urgencias es casi nulo por el COVID. Entonces yo creo que fomentas más la relación entre paciente-enfermera.

Pero en urgencias, primero que no se dispone de tiempo y que segundo, no hay acompañantes, que está en “Info-familias”. Yo creo que se les trata muchísimo mejor en planta.

**Entrevistadora: A nivel asistencial, ¿opina que los cuidados en los servicios de urgencias son humanizados? Por todos los profesionales sanitarios, no solo enfermería.**

E2: No, porque medicina hace una medicina defensiva y sistematizada, y en lo primero en que se basan es en que no les puedan denunciar y nada por el estilo. Es como un protocolo, debo sacar “Esto, esto y esto” y que no se basa en centrarse en qué le pasa exactamente a ese paciente. Yo creo que no. Yo creo que es más humanizada por parte de enfermería que intenta humanizarlo todo un poco más que por parte de medicina. Que yo creo que, el simple hecho de dar unas malas noticias en medio de un pasillo, cuando no es un sitio idóneo, cuando hay una sala de información. Enfermería porque tiene mucha carga asistencial, luego que hay muchas personas nuevas, que hay mucho movimiento de gente... y yo creo que al final lo que van a hacer es la faena que tienen que cumplir y ya. No es que vayamos todos por el paciente. Porque muchas veces no hay ni información médico-paciente. Porque muchas veces le explicas tu un procedimiento o algo y el médico ni ha informado.



Pero a ti te ha dicho que le vayas a hacer eso. Yo creo que es un poco desorganización y que el equipo asistencial no vamos todos a una.

**Entrevistadora: ¿Qué factores cree que favorecen a la humanización de los cuidados? Como por ejemplo: qué ayudaría a que los pacientes no se sintieran durante su atención, un número o un diagnóstico...**

E2: Pues yo creo que los factores que favorecen a la humanización de los cuidados serían más empatía con el paciente, más educación, evitar la sistematización o automatizar las curas, centrar los cuidados en el paciente e implicar a la familia, basarse en la persona y no tener que cumplir tantas cosas con el ordenador o rellenar papeleo, que hubiera un ambiente menos estresante, trabajo en equipo o compañerismo... yo creo que es un servicio tan estresante y que puede ser que estes genial en el servicio y en una hora sea el caos. Estamos organizados dentro del desorden.

**Entrevistadora: ¿Qué cosas cree que desfavorecen a la humanización del paciente? Es decir, que obstáculos piensa que nos encontramos.**

E2: Pues, bueno... el estrés no favorece, las cargas asistenciales, los turnos, los contratos, que no estén los familiares acompañando al paciente, nada de esto favorece. Además, hay mucho personal nuevo, cambios constantes. Ahora te vas para la UCI o vas a urgencias, gente que no conoce el servicio... Todo esto creo que no favorece a la humanización de los cuidados dentro del servicio de urgencias.

**Entrevistadora: ¿Considera que hay saturación en urgencias?**

E2: Si y sobre todo con la pandemia, urgencias está saturado. Yo creo que la mala gestión o sobrecarga, por decirlo de alguna manera, de los ambulatorios o centros de atención primaria... Si tú llamas por una urgencia, que igual ellos te lo valoran por teléfono y no es tan urgente y es considerado algo banal, que puede esperar. Entonces yo creo que la mala gestión u organización, como no les cogen el teléfono o los citan para dentro de dos semanas... pues lo fácil es irse a urgencias, me lo arreglan ahora y ya está. Luego también hay gente que por horario no les va bien ir al médico y van cuando acaban su jornada laboral. Y al final lo que se junta es toda la mala gestión de atención primaria, más las urgencias que deben venir al hospital, más los que viene el horario no sé qué... al final se satura urgencias y aquello no hay quien lo haga asumir.



**Entrevistadora: ¿Entonces, considera que desde la pandemia hay volumen de trabajo?**

E2: Si, porque ahora tenemos todo el COVID más lo que teníamos antes, más lo de los ambulatorios que te derivan porque tiene que mirar, lo que te he comentado, medicina defensiva. Yo que hago, si no lo tengo claro no me voy a mojar. Entonces, lo envío a urgencias para pruebas complementarias y ya está. Pero si esto se hace con todos los pacientes, llega un momento que el espacio físico es el que es. Y llega un momento que no da más de sí. Y entonces se colapsa. Encima la población cada vez es más mayor, por lo que implica más patologías crónicas, que se reagudizan y todo influye.

**Entrevistadora: ¿Cuál es la ratio enfermera-paciente en urgencias del HJ23?**

E2: Bueno, en urgencias como siempre es una excepción. La ratio enfermera paciente depende del área donde estés. Si tu estas en pediatría, en principio hay dos enfermeras y si te repartes la zona de observación con la zona de consultas, cada enfermera lleva 6-7 pacientes. Pero si dejas a pacientes en sala de espera para revalorizar, llevarás más. Después en la puerta B, hay dos enfermeras para trauma y medicina general. La ratio enfermera-paciente depende de la gente o afluencia que venga a urgencias. porque si vienen cuarenta pacientes que son para puerta B, directa o indirectamente las enfermeras acabaran llevando todos esos pacientes. Por espacio físico de la puerta B, hay ocho consultas y seis observaciones/tratamientos, eso quiere decir que si se divide entre las dos enfermeras la ratio seria de 8 pacientes.

Pero también cuenta con pasillos, por lo que la ratio ya aumenta. Entonces en la puerta B, dependería muchísimo de la afluencia de personas. En cambio en la puerta A, sí que está más delimitado la ratio, en una banda llevarías 7 pacientes. Excepto en la zona de observación, que supuestamente están más controlados, que llevas 10 pacientes.

**Entrevistadora: ¿Y en críticos, cuantos pacientes lleva la enfermera?**

E2: Bueno, la enfermera de críticos lleva todos los pasillos que se puedan originar, más 4 críticos. Entre la de pasillos y la que está de críticos. Por tanto, podrías asumir dos pacientes críticos o bueno es que no queda muy definido dicho puesto. Porque si tienes dos críticos y en ese momento están controlados y se ocasiona una emergencia, esa enfermera deja a sus pacientes y se va a atender la emergencia.



En urgencias como siempre somos una excepción y vivimos dentro del caos y el desorden.

**Entrevistadora: ¿Considera que estas ratios son adecuadas para proporcionar una atención de calidad?**

E2: No, si tengo que hacer una atención centrada en el paciente, sin sistematizarla, no. Por ejemplo, ahora que no hay acompañantes en urgencias, yo no puedo estar toda la mañana con un paciente porque tengo seis pacientes más. Y no son pacientes que sean banales. Son pacientes que son el mismo nivel de triaje o ingresos en UCI. Entonces no puedes estar por un paciente.

Desde la pandemia, como no tienen acompañantes, los pacientes son más demandantes, porque yo pienso que se aburren de estar solo y que necesitan más atención. Pero claro si te centras en un paciente, igual das un cambio con tres pacientes por hacer. Entonces, intentamos cumplir nuestra faena, pero la calidad yo creo que disminuye.

**Entrevistadora: ¿Cree que la gestión, estructuración y la organización del servicio, tal como está actualmente, influye en la calidad que se puede ofrecer a los pacientes? Los horarios, el personal, como está montado el servicio...**

E2: A ver, la organización del servicio es buena. Lo que pasa, es que primero falta gente. Y lo primordial es que falta espacio físico para ubicar a los pacientes. Claro, si amplían el espacio físico, tiene que ampliar el personal. Entonces, eso no les conviene. Sí que es verdad, que yo creo, que desde que se han instaurado “Equis” circuitos en urgencias como pueden ser: el del dolor torácico, o... va todo como más fluido. Porque tú ya sabes que ese paciente se lo comentas al doctor/a - enfermera y le tienes que hacer un electrocardiograma antes de los 10 minutos.

Entonces si el paciente estuviera infartado, antes como solo lo valoraba una administrativa, que no era personal sanitario, lo dejaría en sala de espera. Pero ahora, al hacerlo una enfermera pide un ECG, se descarta patología cardíaca. Es como que agilizas un poco el proceso. Aunque el paciente tenga que esperar X horas. Pero tú ya sabes que ese paciente no tiene un infarto. O por ejemplo, con los COVID-19. Viene el COVID, tú le tomas las constantes y le pides una placa. Eso significa que, se disminuye que lo tengan que movilizar del box para llevarlo a rayos, ya ganas en gente al celador.



Entonces yo creo, que los circuitos sí que es verdad, que mejoran la asistencia al paciente. Lo que pasa es que lo que haces es deshumanizarla y sistematizarla. Entonces es bueno por un lado y negativo por el otro.

**Entrevistadora: Respecto a los horarios del equipo de enfermería, ¿Influye en alguna cosa? En cuanto a cómo está el personal...**

E2: Respecto a los horarios, yo pienso que sí. El personal de enfermería tiene un burnout que vamos... Entre los dos años de pandemia del COVID-19... Cuando empezamos la pandemia, la ratio enfermera-paciente era 5. Ahora ya vuelve a ser el de siempre. Y tienes la misma carga asistencial que ya tenías más vístete, desvístete... los horarios, vivimos en el hospital. Porque vivimos allí. Entonces ya llega un momento, que tú misma te quemas. Yo creo que deberían hacer... pues antes de la crisis del año 2009, yo al menos trabajaba, y no me daba la sensación de que vivía en el hospital.

Ahora creo que mi vida se basa en estar en el hospital y luego tengo un poco de vida fuera, pero es mínima. Ósea es como que vivo allí a todas horas. Entonces pienso que todo esto no favorece nada, a que se centre toda la atención en el paciente. Partiendo de la base que si el personal ya está quemado... Falta personal, falta espacio y tener ni que sea una conciliación familiar. Cosa que yo creo, que no la tenemos.

**Entrevistadora: ¿Qué opina sobre el nivel de exigencia que requieren las técnicas que se realizan en urgencias?**

E2: Bueno, las técnicas que hacemos en urgencias a veces no son de la mejor manera posible, pero es urgencias. Entonces, evidentemente debes tener agilidad para poner vías, poner tratamientos, uso de los aparatos electrónicos nuevos como el “Pixy”. Yo creo que, ósea las técnicas debes dominarlas bastantes, pero se pierde calidad a la hora de realizarlas. Por ejemplo, sacar unos hemocultivos. En hematología, sacar unos hemocultivos, para hacerlo bien, pinchando en los dos brazos, campo estéril, cambio de guantes, etc. Tardarías media hora.

En urgencias, no te lo puedes permitir, a no ser que sea un día espléndido y haya tiempo. Entonces, es como que hemos adoptado para hacerlo de la manera más estéril posible, pero minimizando el tiempo. Yo creo que urgencias a lo que se va es a quitar el dolor, actuar ante una situación crítica... y todo lo demás como cuidado de vías, cuidado de úlceras... sí que lo miras, pero te centras en otras cosas, eso es más en planta.



**Entrevistadora: ¿Cree que se da la misma importancia a los procedimientos técnicos que a atender las necesidades de los pacientes?**

E2: No. En planta, es lo que te he dicho antes. Los pacientes no están tan críticos, por lo tanto, son menos dependientes. Porque tienen una situación mejor. Porque no están en una situación aguda como en urgencias. Entonces ya los conoces de más tiempo, conoces a la familia, etc. Entonces la empatía que puede coger la enfermera de planta. Esa no es la empatía o la implicación que le puede dar la enfermera de urgencias.

**Entrevistadora: ¿Cree que se realizan pruebas o procedimientos de los cuales no se informa debidamente a los pacientes? En aceptarlas sin conocer los riesgos o sin su permiso.**

E2: Yo no creo que haya pruebas que se hagan sin su permiso, porque ante cualquier prueba el médico la explica previamente y le tiene que firmar un consentimiento informado. Lo que no tengo tan claro es que la información que se les da esté adecuada a los conocimientos que ellos tienen y que sea con una terminología que ellos comprendan.

Pero no creo que haya pruebas sin su permiso... porque evidentemente, sacar una analítica... bueno la mayor complicación que puede tener, es que se extravase la vía, salga un hematoma... Pero por lo demás, no será nada por lo que digas es un peligro para su vida. Lo que sí que considero que hay que adecuar la información que se les da. Como nosotros estamos acostumbrados a hablar de esta manera, damos por hecho que los demás nos entienden. Y hay gente muy prudente que ni pregunta que significa.

**Entrevistadora: ¿Podría decir algún procedimiento que crea que no se informa debidamente?**

E2: Por ejemplo, poner una sonda vesical. Lo que importa es que lo entienda a nivel lenguaje. Que no sean palabras técnicas. Que entienda el porqué de dichos procedimientos, pruebas y que se hace o se hará. Entonces pienso que implicar a la familia, haciendo educación sanitaria, puede ayudar a que comprendan los procedimientos.



**Entrevistadora: ¿Cree que el personal acompaña al paciente durante la estancia en el servicio de urgencias?**

E2: No. Intentas acompañarlo, pero evidentemente no lo acompañas, porque hay mucha carga asistencial. Que si la hoja de valoración de enfermería, que si pon la pegatina, pon el monitor, regístralo en el programa, que si haz esto o si pasa lo otro... te pasas toda la mañana para arriba y para abajo con esto de las tecnologías, y lo que menos haces es verle la cara al paciente, que es lo principal.

**Entrevistadora: ¿Cómo ha cambiado el antes y después de la pandemia el acompañamiento por su familia, amigos, etc.?**

E2: Pues ha cambiado radicalmente, antes parecía la rambla urgencias, gente que venía a ver a no sé quién, se iba a la cafetería y venia otro, luego volvía... cosa que tampoco creo que sea lo adecuado. Ya que si estas en unas urgencias, si no te encuentras bien, lo último que quieres es tener jaleo de familiares.

Pero ahora, hay restricciones de visitas por el COVID-19 y solo se permite si el médico lo considera adecuado que el familiar acompañe al paciente. Por ejemplo, cuando es una persona con demencia, autismo, persona mayor, etc. pero cuando tenga PCR negativa. Hasta que no la tienen, los pacientes están sin acompañante. De manera que se les informa a través del Info-familias. Yo creo que más que la enfermera, quien le dedica más mimos y cuidados al paciente es la auxiliar. Es al que está más con ellos. Porque enfermería es inviable.

**Entrevistadora: ¿Cree que afecta al paciente el hecho de no poder tener acompañante? Independientemente de su edad.**

E2: Sí, claro. Primero que estas en un box solo, luego que no conoces a nadie. Además, que te encuentras mal, que puedes tener miedo a lo que puedes tener. Entonces quieras a no, el familiar es como que está allí si pasa algo, tu estas más tranquila porque ellos te pueden avisar si pasa cualquier cosa, el paciente está más tranquilo porque no está solo, porque pueden hablar de otros temas, el médico le informa y si el paciente no ha entendido o escuchado bien puede explicárselo el familiar... Yo creo que el acompañamiento familiar es primordial. Pero familiares con una educación sanitaria. Porque hay familiares que en vez de ayudar, lo único que hacen es molestar.



**Entrevistadora: ¿Cree que se informa debidamente de los aspectos relacionados con su salud, respetando su autonomía? Que el paciente sea consciente de las opciones que tiene, riesgos que comporta cada opción, entre otras. Dando importancia a su opinión. Respetando los principios de bioética (autonomía, no maleficencia, justicia, beneficencia).**

E2: Yo creo que sí que se informa debidamente. Pero a mí me gustaría saber, porque es como el juego del teléfono. De lo que el médico le explica, a lo que el paciente entiende creo que es bastante diferente. Porque la mitad de las veces, cuando vas y les preguntas si han entendido lo que se le va a hacer, no lo han entendido, pero como es el médico no preguntan. Entonces se lo explicas con lenguaje más coloquial, pero siempre la última decisión la tiene el paciente, porque siempre puede pedir la alta voluntaria.

**Entrevistadora: ¿Cree que se respeta en todo momento la intimidad de la persona, o considera que hay situaciones en que hay invasión de la privacidad del paciente?**

E2: Yo creo que sí, hasta cierta medida. Por ejemplo, cuando tienen que poner una cuña en algún pasillo, se les pasa a críticos para que no deban miccionar en medio de urgencias, con el fin de dar cierta intimidad. Quizá no es lo ideal, pero intentas respetar su intimidad.

Lo que pasa es que bueno, cuando viene un paciente, yo entiendo que él no está acostumbrado, por ejemplo, ante un sondaje vesical, que este allí la enfermera, la auxiliar, la estudiante de prácticas de enfermería, la estudiante de prácticas de auxiliar. Pues igual eso le puede incomodar. Y como nosotros estamos automatizados es como que no nos ponemos en su lugar. Pero siempre intentamos cerrar la puerta, procurar un entorno confortable, etc. Intentas darle la máxima intimidad posible dentro de las opciones.

**Entrevistadora: ¿Cómo cree que se siente el paciente cuando se dan estas situaciones? Como por ejemplo en el sondaje vesical. ¿Cree que se sienten mal?**

E2: Yo creo que se sienten avergonzados. Avergonzados, incómodos. Porque realmente no es una situación agradable y más la gente mayor que es muy pudorosa, que dice: ¡Ay *tápame!* Estamos nosotros ahí: “*Venga abra las piernas, desnúdate...*” y estamos en el box mil personas. Yo creo que si a mí me pasara me sentiría incómoda y no soy mayor, entonces...



**Entrevistadora: ¿Y cómo enfermera cómo se siente ante estas situaciones?**

E2: Pues tu intentas sacarle toda la importancia, para que vea que eso es algo normal.

Hacer el procedimiento lo más rápido posible para evitar esa incomodidad. Intentas sacarle importancia. Que por mucho que tú intentes, ellos se sentirán incómodos igual. Es como cuando una mujer va al ginecólogo, para las mujeres es un momento incómodo. En el ginecólogo es una persona, pero allí igual vamos cuatro personas a realizar el sondaje, pero bueno... Yo creo que todo el mundo tiene derecho a aprender y eso algo que hoy te toca un paciente, otro día otro...

Yo creo que se debería intentar minimizar la entrada de gente a procedimientos como este, por ejemplo. Pero cómo estudiante si no lo ves, como lo vas a aprender.

**Entrevistadora: Y si ve una situación en la que no se esté actuando de una manera que crea que es la correcta, ¿interviene o habla con esa persona que haya podido hacer sentir mal al paciente o con el paciente? En el caso de que se haya dado alguna vez la ocasión. Es decir, que haya visto algo que no le ha gustado, respecto al trato del paciente.**

E2: Yo hablo con el profesional que lo haya visto, que no me haya parecido adecuado. Y aviso tres veces, si a la tercera vez a mí me sigue sin parecer bien y ya se lo he dicho. Me voy directamente a hablar con la supervisora.

**Entrevistadora: ¿Cree que se tiene en cuenta los sentimientos de los pacientes?**

E2: No, porque no creo que las emociones de los pacientes lo valores como algo de riesgo vital y como hay una sobrecarga laboral, bastante importante, priorizas. Es decir, actúas por prioridades. Evidentemente si ves a alguien llorando, no lo voy a dejar allí y me voy a ir. Pero que hay situaciones vitales que son más importantes que el estado emocional del paciente.

**Entrevistadora: ¿Cree que los profesionales sanitarios en general, son empáticos con el paciente?**

E2: Yo creo... que la empatía de los profesionales con el paciente depende mucho del profesional. Hay profesionales que empatizan más, hay otros que están más quemados, hay otros que pueden tener un día malo, o encontrarse mal, muchas situaciones diferentes.



**Entrevistadora: ¿Considera que hay diferencias respecto a la implicación del personal sanitario entre un paciente autónomo o dependiente?**

E2: Pues por desgracia... el que es autónomo, lo dejas un poquito más. No es que lo dejes de lado, pero como es autónomo es como que no estás tan encima como del paciente dependiente. Porque el dependiente tiene más carga de trabajo. En sentido de cambios posturales, colchón anti-escaras, cambio de pañal o cuñas, evitar caídas... Hay mucha diferencia. Yo pienso que la gracia está en equiparar un poco las bandas. Lo que no puedes hacer es que una banda sea todo de UCI y la otra todo de tonterías. Porque llega un momento que una enfermera ira hasta arriba de trabajo y la otra esté tan tranquila. Y eso tampoco es.

**Entrevistadora: ¿Y entre jóvenes y adultos, cree que se trata diferente a los pacientes?**

E2: Sí, yo creo que, a los pacientes jóvenes, a no ser que sea algo muy claro, el nivel de gravedad... se les trata diferente porque son más autónomos... porque es diferente que tengas a una abuelita con un reservorio que se está ahogando... pobreta... es más tu misma priorizaras. Es decir, tienes diez minutos, irás a ver a la abuelita para ver como esta.

**Entrevistadora: ¿Cree que hay prejuicios y estigmas hacia los pacientes psiquiátricos?**

E2: Bueno, yo creo que sí. Yo creo que es una enfermedad que no la entiende... que no es como cuando tú ves a un paciente que viene por un cólico y viene con muchísimo dolor. O que sí, que los ves con un brote psicótico y dices: ¡Jolín! Pero que no somos conscientes realmente del tipo de patología de las personas que son psiquiátricas.

**Entrevistadora: ¿Qué actitud adoptó cuando hubo algo en lo que no estabas de acuerdo o no te parecía bien el trato hacia el paciente? Es similar a la pregunta que hemos comentado antes.**

E2: Bueno, pues yo lo comente con mi compañero/a. Explicándole que no me parecía bien o desde mi perspectiva no se hacía así. Entonces si cuando se lo has dicho reiteradas veces, sigue haciendo lo mismo. Me voy y lo hablo con mi supervisora y que ella tome la decisión.



**Entrevistadora: ¿Se ha visto en esta situación más de alguna vez o ha sido puntual?**

E2: No... gracias a dios tengo bastante carácter y no me he visto en estas situaciones. Pero sí que es verdad, que si hay algo que yo veo de algún profesional con el cual estoy trabajando, que no me gusta voy y lo hablo con esa persona. Pero no me he visto nunca en dicha situación.

Recuerdo un día, en la que había un señor que estaba ahogándose y la doctora, ya la había llamado varias veces. Un señor con cáncer pulmonar... que no tenía COVID, pero estaba con un edema agudo de pulmón. Entonces yo pensaba, necesita morfina. Entonces como no vino cuando supo de la situación, yo me fui a la supervisora y le comenté que avisara a la doctora para que viniera. Para que supiera que le iba a administrar morfina. Entonces vino la *cap de servei*, vino la doctora y dijeron que le pusiera morfina. Entonces el señor se quedó tranquilo, que es como se debería haber quedado desde el principio.

**Entrevistadora: ¿Si pudiera volver hacia atrás, ante la situación, actuaría de la misma manera?**

E2: Haría exactamente lo mismo.

**Entrevistadora:¿Qué cree que podría llevarse a cabo diferente para poder efectuar unos cuidados de calidad?**

E2: Primero, tendrían que poner más espacio físico en urgencias. Segundo, poner más personal. Tercero, yo creo que deberían darnos... intentar trabajar en un ambiente menos estresado. Que no hubiera pasillos, porque al fin y al cabo, a nadie le gusta que le estén mirando mientras está trabajando. Fomentar el trabajo en equipo y el compañerismo. No sistematizar la atención, sino centrarla en ese individuo. Y no hacerlo protocolizado y sistemático. Mejorar el sueldo de enfermería, porque tenemos muchas responsabilidades con un sueldo que no...

Mejorar los turnos de enfermería y la conciliación. Porque enfermería estaría más receptiva y al final es quien está más con el paciente, junto con TCAE's. No sé... yo creo que se podrían hacer infinidad de cosas. Pero que, yo creo que no les interesa, porque no les salen las cuentas. Es decir, quieren dar una atención de calidad, pero con... es que no sé cómo decirlo. Tú tienes muchísima responsabilidad con un muy poco sueldo y ellos te exigen cada vez más y más.



Cada vez es más carga asistencial y quien tiene que hacer la faena es la misma. Entonces yo creo que si trataran bien al personal de enfermería, con contratos fijos, que no hubiera tanto movimiento de personal. Que se diera un curso para ser más empáticos, asertivos... pero a todo el personal, yo creo que esto mejoraría bastante. Cursos para gestionar conflictos, que en urgencias tenemos muchos. El hecho de que la gente te grite y no entres en su juego, que cuesta a veces. Yo creo que todo eso favorecería bastante el trato hacia el paciente. Porque si el personal va contento a trabajar, se refleja en la forma de trabajar. Pero si vas quemado, empatía no la tienes, tú vas a trabajar pero no te implicas.

**Entrevistadora: ¿Cree que desde el centro/dirección se hacen cosas para mejorar la situación actual que hay en el servicio?**

E2: Depende, depende del día. Depende de si tienes veinte pasillos y les sobra alguien y no ha faltado nadie en todo el hospital, te lo enviarán para ayudar. No está de más tener más manos en urgencias, pero se necesita un espacio físico más grande. Porque hay muchos pacientes y quieras que no los pasillos incomodan. Incomodan a los profesionales y a los propios pacientes, porque no puedes trabajar tranquila. Porque si estoy transcribiendo las órdenes médicas, pruebas, curso clínico, constantes... y un paciente está chillando porque lleva tres horas esperando, pues no favorece un ambiente de paz y tranquilo.

Estás trabajando con medicación que tienes mucha responsabilidad sobre el paciente, en un ambiente en el que nada te puedes equivocar. Hay muchas distracciones en ese servicio. Yo creo que te tiene que gustar urgencias. Hay mucha gente que no le gusta y le gusta estar más sistematizado como en UCI, ahora hacemos higiene, ahora medicación, etc. en urgencias no, vives dentro del caos pero tú tienes tu orden.

**Entrevistadora: Para finalizar, ¿le gustaría añadir algún comentario o recomendación?**

E2: Hay que hacer educación sanitaria a la población sobre todo desde atención primaria o desde las mismas urgencias o triaje, para que sepa cuándo es una urgencia y cuando realmente no es una urgencia. Porque todo eso satura los servicios de urgencias. ¿Y quién lo paga? Los pacientes que realmente tienen una urgencia.



### ENTREVISTA 3

**Entrevistadora:** Buenas tardes, somos Cristina y Denise. Estudiantes de cuarto curso de enfermería de la Universidad Rovira i Virgili. Como hemos comentado vía correo electrónico, vamos a hacer una entrevista sobre la humanización en los servicios de urgencias. Ya hemos recibido el consentimiento informado.

**Entrevistadora:** ¿Cuál es su edad?

E3: 44 años.

**Entrevistadora:** ¿En qué tipo de hospital trabaja?

E3: Trabajo en un hospital comarcal.

**Entrevistadora:** ¿Sabe qué tipo de hospital es? (En cuanto al nivel).

E3: Si. Es comarcal, pero tiene unidad de curas intensivas, por tanto es de nivel 2.

**Entrevistadora:** ¿Cuánto tiempo de experiencia tiene como enfermera/o?

E3: Acabé el siglo pasado en el 99, así que 23 años.

**Entrevistadora:** ¿Y el Servicio de Urgencias Hospitalarias?

E3: Comencé en el 2003, así que 19 años.

**Entrevistadora:** ¿Siempre ha trabajado en ese servicio o ha ido cambiando a lo largo del tiempo?

E3: Cuando comencé en el hospital siempre en urgencias. Antes sí que había estado haciendo atención primaria, residencias, domicilios... pero desde el hospital siempre urgencias.

**Entrevistadora:** ¿Qué es el Servicio de Urgencias?

E3: Yo creo que es un servicio donde puedes atender a cualquier persona que venga las 24 horas del día por una patología que en principio que has de atender de manera urgente.



**Entrevistadora: ¿Cómo están distribuidas/organizadas las urgencias en su centro?**

E3: Pues ahora lo tenemos... están como en dos niveles ¿vale? Ósea, en la planta baja está el triaje que es donde clasificamos por niveles. Si es nivel 5, 4 o a veces nivel 3 de atención de rapidez van a atención continuada, que es la parte donde haces más lo que podría ser atención primaria, lo que serían curas leves. Después en la parte de arriba está la parte de boxes que es donde realizas la atención más urgente.

**Entrevistadora: ¿Que considera que es la humanización de los cuidados?**

E3: Creo que es darle la parte más humana a los cuidados ¿no? Lo que podría diferenciarnos de un robot, quiero decir, atender lo que pasa pero desde la vertiente más holística, más general, viendo la parte global de la persona.

**Entrevistadora: ¿Qué opina sobre el trato que se lleva a cabo durante la estancia de los pacientes en los SUH (Servicios de Urgencias Hospitalarias)?**

E3: Yo creo que se intenta hacer de manera holística, aunque es un servicio que a veces te centras primero en la patología, en lo que necesite en aquel momento, pero sí que intentas hacer después toda la vertiente más global. Intentas mirar todo lo global.

**Entrevistadora: ¿Considera que a los pacientes se les trata igual en un servicio de urgencias que en una planta hospitalaria (en relación con la empatía, los cuidados...)?**

E3: En general creo que sí, lo que pasa que sí que... es eso ¿no? La diferencia es que cuando te entra alguien, según como entre te centras en una cosa y después priorizas esta cosa y después ya haces todo lo demás. Quizás un paciente de planta ya es más estable, entonces lo puedes tratar de otra forma, más global, más rápido, pero en general sí.

**Entrevistadora: ¿A nivel asistencial (todo el equipo multidisciplinar), opina que los cuidados proporcionados en estos servicios son humanizados?**

E3: Yo creo que sí, yo creo que en principio sí. Además, el paciente de urgencias a veces viene en situaciones de mucho dolor o que está muy asustado, entonces eso hace que quizás lo veas aún más... te sensibilices aún más con él que... ¿no? Entonces yo creo que sí que se realiza un trato humanizado.



**Entrevistadora: ¿Qué factores cree que favorecen a la humanización de los cuidados? Por ejemplo: ¿Qué ayudaría a que en la atención pudiera darse de una forma que los pacientes lo reciban en no sentirse un número o no sentirse un diagnóstico...?**

E3: Yo creo que sobre todo es pensar que es una persona humana, no es solo un trozo de carne que le pasa algo ¿no? Entonces el simple hecho de hablarle por el nombre, quiero decir no decir el señor del 4A, si no decir el señor Josep... Ir allí y sobre todo preguntarle como está, ver si está cómodo, si no está cómodo...

Ver todo lo global, no solo lo que le está pasando, si tiene frío, si tiene calor... Me refiero a todas estas atenciones, ver, que él te explique cómo se siente, hacer que pueda ser un trato más humano...

**Entrevistadora: ¿Cuáles cree que desfavorecen la humanización del paciente? Es decir, ¿Qué obstáculos podemos encontrarnos para realizar un trato humanizado al paciente como enfermeros?**

E3: Yo creo cuando hay... la sobrecarga de trabajo, cuando te encuentras que no llegas a todos lados, cuando hay mucha faena. Por desgracia cuando hay todo esto, lo demás te lo saltas por qué no llegas.

**Entrevistadora: ¿Considera que hay saturación en los SUH? Si es así, ¿Por qué considera que están saturados los SUH?**

E3: Depende del día sí. Sí que es un servicio muy variable, depende del día o del turno del día, hay días que lo llevas mejor y hay días que sí, que no llegas.

**Entrevistadora: ¿Por qué considera que están saturados los SUH?**

E3: Bueno yo creo que o porque la gente no hace un buen uso del servicio de urgencias, es decir, se salta quizás la atención primaria y va al sitio... y entonces se colapsa. Pero tampoco es solo culpa de ellos, si no seguramente atención primaria no acaba de estar bien preparada ¿no? Y falta eso ¿no? Buena concienciación tanto desde atención primaria como desde la gente para poder hacer un buen servicio de urgencias.



**Entrevistadora: ¿Cree que la pandemia ha afectado al SUH con relación a lo que es la saturación?**

E3: Sí, sí. Con la pandemia saturamos por el tema de los pacientes críticos y por qué bueno, se colapsó todo. Y después de la pandemia sí que el paciente casi ha desaparecido, pero desde atención primaria se dejó todo muy colgado... todos los enfermos seguían siendo enfermos, quiero decir que los diabéticos seguían siendo diabéticos, los cardiacos seguían siendo cardiacos y no se los ha atendido. Todo esto ahora... se han desestabilizado tanto que ahora están viniendo en “*Boom*” a urgencias y ahora se está colapsando desde este otro punto de vista.

**Entrevistadora: ¿Hay más volumen de trabajo?**

E3: Sí se nota, se nota...

**Entrevistadora: ¿Cuántos pacientes tiene asignados (ratio enfermera-paciente)?**

E3: Pues en la parte de boxes tenemos dos partes ¿no? La A y la B. Cada parte tiene tres boxes dobles, que son seis pacientes y después hay 3 individuales, ósea nueve, nueve por enfermera.

**Entrevistadora: ¿Y en críticos/REA, cuantos pacientes tiene asignados la enfermera?**

E3: Está la enfermera que es la que se encarga de pediatría y refuerzo, que es la que cuando hay algún crítico normalmente se encarga ella. Pero como box ubicado sí que hay un box de paradas digamos, en la parte de abajo, por si viniera uno muy apurado sí que enseguida lo descargas en la parte de abajo. Pero arriba no hay un box determinado, están los principales que entonces lo ubicas allí y en teoría la enfermera que está de refuerzo sí que se encargaría de ese paciente.

**Entrevistadora: ¿Entonces en estos casos la enfermera tiene asignado un paciente?**

E3: Bueno... más o menos. Se hace lo que se puede, porque claro... todo lo que lleva la enfermera se queda colgado y las otras nos encargamos de lo que lleva esa enfermera. Entonces hacemos un poco entre todos.



**Entrevistadora: ¿Cuántas enfermeras hay en turno en urgencias del Hospital de Santa Tecla?**

E3: En la parte de arriba hay tres, que son los que llevan las zonas de boxes, más esta que lleva pediatría más la parte de cuando hay pasillos por qué no caben, también se encarga de los pasillos y la parte de yesos, cuando hay alguna reducción de trauma, también se encarga ella. Y abajo hay dos enfermeras, una que es para triaje y la otra que se encarga de atención continuada.

**Entrevistadora: ¿Considera que las ratios de enfermera/paciente son correctas para poder proporcionar una atención de calidad?**

E3: Hombre, si hay poca faena y los pacientes son leves... nueve son relativamente asumibles, pero normalmente no es el caso, entonces solo que tengas uno o dos pacientes que sean más delicados... se te satura el tema. Dos manos más siempre van bien. Se agradecerían.

**Entrevistadora: ¿Cree que la gestión, estructuración y organización del servicio influye en la calidad asistencial que se puede ofrecer a los pacientes? Horarios, circuitos de pacientes, personal... ¿Qué cree que influye?**

E3: Sí, yo creo que sí. Sólo el hecho de que cuando entren sepan... se sientan ubicados, que sepan por donde tienen que ir. Por qué hay muchas veces cuando entran en triaje, claro solo pensar que cuando entra un paciente está asustado o tiene dolor, ya no está centrado. Les dices ahora al salir vaya para la derecha, salen y se van para la izquierda.

Ósea lo que más le facilite desde que entran por la puerta, las líneas, que lo puedan entender, se sientan ubicados, cuando lleguen al sitio sepan dónde están... Creo que todo esto ayudaría mucho a que el paciente se sintiera bien.

**Entrevistadora: Respecto a los horarios del equipo de enfermería, ¿Cree que influyen en cuanto a la calidad de los cuidados?**

E3: Bueno, sí que influye porque claro trabajar de mañana o de tarde no es lo mismo que trabajar de noche. Sobre todo, al final del turno es cuando te encuentras más cansada y evidentemente puede influenciar porque no estás tan centrada con un paciente ¿no? Pero bueno al final lo haces y sale.



**Entrevistadora: ¿Cuántas horas trabaja seguidas?**

E3: Hacemos por las mañanas siete horas, por la tarde siete horas y por la noche diez horas.

**Entrevistadora: ¿Qué opina sobre el nivel de exigencia que requieren las técnicas que se realizan en los SUH? (Es decir, en cuanto a rapidez, asepsia, conocimientos previos sobre la técnica, experiencia, complejidad...)**

E3: Hombre lo ideal es ser eficaz, eficiente y lo más rápida posible con las cosas de urgencias ¿no? Si qué haces... todo se aprende sobre la marcha, a ver evidentemente no sale todo a la primera, aunque lleves 40 años trabajando, pero sí que está claro que hay que intentar ser lo más eficaz y más rápida posible. Y sí que lo que puede hacerse de una manera en planta, que sí que se hace de manera estructural, lo hacemos mas así a la “*Babalà*”, quiero decir que si quizás hacemos un sondaje rápido lo haremos estéril, pero no montaremos una mesa, lo montaremos todo encima de una cama ¿no? Si que cambian ciertos aspectos respecto a planta, pero se intenta hacer lo mejor posible, lo más eficiente posible.

**Entrevistadora: ¿Cree que se les da la misma importancia a los procedimientos técnicos que a atender a las necesidades de los pacientes de manera holística (considerando todas las esferas que conforman a la persona)?**

E3: Si yo creo que se intenta, creo que se intenta hacer las dos cosas, quiero decir que intentas que si necesita una analítica y una analgesia rápida lo haces y aprovechas y preguntas si está bien... yo creo que sí que se intentan hacer las dos partes.

**Entrevistadora: ¿Cree que se realizan pruebas o procedimientos de los cuales no se informa debidamente a los pacientes, aceptándolas sin conocer realmente los riesgos o simplemente se realizan sin permiso? ¿Podría decir algún procedimiento que crea que no se informa debidamente?**

E3: Si a veces puede que sí, aunque normalmente están bastante de acuerdo cuando están “apurados” y lo aceptan. En este caso sí, lo que pasa que a veces hay situaciones en las que creo que no se les acaba de informar bien, sobre todo con los consentimientos informados, cuando son quirófanos, en esto sí que creo que fallamos.



En teoría el paciente firma una cosa conforme sabe lo que tiene, lo que le harán y lo que implica en cuanto a riesgos y muchas veces yo creo que no acaban de entender realmente esto. Entonces a veces yo creo que esto falla, que no están informados del todo. Pero los demás se les dice lo que se les hará y se les explica, creo que sí.

**Entrevistadora: Sobre los consentimientos informados, ¿Cree que el lenguaje del médico hace que el paciente no reciba la información de manera adecuada?**

E3: Sí, muchas veces. Muchas veces entre que el paciente ya está suficientemente asustado... el médico muchas veces “dice”, pero no se preocupa de que lo haya entendido. Muchas veces dice “*Ya he informado*”. Informar no es explicar, si no percibir que la otra persona lo ha entendido y eso... muchas veces falla. O muchas veces el médico está explicando algo, se va del box y entras tu a hacer lo que el médico le ha dicho que le harás y el paciente te pregunta: “*¿Qué ha dicho el médico?*” o “*¿Qué haces?*” y dices “*Ostras, pero si acaba de salir de aquí*”, ósea a veces falla esta información, no se preocupan de que realmente el paciente está entendiendo lo que le haremos.

**Entrevistadora: Entonces muchas veces enfermería es quién hace el refuerzo de lo que se explica ¿no?**

E3: Muchas veces sí. Lo que pasa que estamos legalmente limitadas, diagnósticos y eso no podemos decir, entonces dices lo que puedes y entonces has de tirar del médico para que vuelva entrar y que acabe de explicarle. Pues no costaría nada antes de salir decirle “*¿Lo has entendido?*”, “*¿Tienes alguna duda?*” y eso a veces sí que falla.

**Entrevistadora: ¿Considera que hay diferencias en el trato al paciente entre el equipo multidisciplinar?**

E3: Sí, por desgracia. Sí que entre todos miramos, también va a personas, está claro. Pero falla un poquito, puede que el médico tenga una visión más de la patología e incluso puede llegar a pensar que mirar lo global es más de auxiliar o de enfermería y nosotras miramos más pues si está cómodo, si tiene frío, si ha comido, no ha comido... y este aspecto a veces el médico no lo tiene en cuenta ¿no?



**Entrevistadora: ¿Cree que el personal acompaña al paciente durante su estancia en el servicio?**

E3: Yo creo que sí, es más, puede que en urgencias sea un poquito más diferente a planta ¿no? En planta es un paciente más estable, más con un tratamiento de larga duración y claro, puede que no haga falta estar tan encima que en urgencias. En urgencias el paciente es una persona que acaba de llegar, estás más pendiente para saber si le está haciendo efecto la medicación, si se siente bien, si está mejor, si está peor... entonces yo creo que sí, que hay un seguimiento bastante frecuente de cómo está.

**Entrevistadora: ¿Cómo ha cambiado antes y después de la pandemia el acompañamiento del paciente por parte de sus allegados en el SUH?**

E3: Está mejor, si por qué decirles que no pueden entrar, decirles que tienen que marcharse, esto ha sido... en plena pandemia, eh, cuando no podía entrar nadie ha sido complicado porque entre que el paciente no podía ver a nadie y los de fuera no podían entrar... Ahora que pueden volver a comenzar a entrar realmente... les ves la cara cuando les dices que pueden entrar y te compensa, además que el paciente no tiene nada que ver el poder estar acompañado a estar solo. Claro a nivel egoísta, incluso puede llegar a ser más cómodo trabajar sin tener nadie alrededor pero el paciente necesita tener a alguien a su lado

**Entrevistadora: ¿Considera que el acompañamiento es beneficioso para el paciente?**

E3: Sí, en general tiene muchos beneficios la verdad, porque si no cerrado en un sitio cerrado que a veces no saben si es de día, si es de noche... sin nadie al lado, la verdad que es duro.

**Entrevistadora: ¿Tienen un máximo de acompañantes los pacientes?**

E3: Sí, se intenta que sea solo una y que sea siempre la misma. Ahora no sé si cuando esté normalizado finalmente dejarán más movimiento de gente, intentamos que al menos sea una, porque si no es que no cabes cuando entras.



**Entrevistadora: ¿Cree que se respeta los principios de bioética? Es decir, autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.**

E3: Sí, más o menos. En general, yo creo que sí. En general se intenta explicar, que la persona pueda decir... yo creo que sí. Se crea más conflicto cuando los pacientes son terminales. Es decir, situaciones donde está cerca la muerte. Entonces después está la idea del familiar, que no sé qué... El paciente que no sabemos qué voluntades tiene. Cuando hay estos conflictos de si hay que acompañarlo a que descanse o no hacer técnicas invasivas...esto sí que crea un poco de conflicto. Pero por lo demás yo creo que sí que se mira todo el global este.

**Entrevistadora: Por ejemplo, supongo que se refiere en el sentido de un paciente paliativo, cosa que se ve de manera crítica, que el paciente no tiene un pronóstico favorable. Puede ser que en vez de seguir haciendo procedimientos invasivos, procurar mejorar el confort del paciente, etc.**

E3: Sí, aquí es donde normalmente falla, aún falla. Bastantes médicos no entienden que la muerte forma parte de la vida ¿no? Y que llegas a un límite y que no pasa nada. Quiero decir, que también tenemos herramientas para ayudar a que la persona no padezca. Aquí es cuando se crean más conflictos en este sentido.

**Entrevistadora: ¿Cree que se respetan en todo momento la intimidad de la persona o que hay ocasiones donde es vulnerable?**

E3: Es que solo cuando entras y lo haces desnudarse y quedarse con una bata, la persona ya pierde toda su intimidad. Se intenta ser lo más cuidadoso. Por ejemplo, cuando se desnuda pues cerrar la puerta... estas cosas. El problema es que claro, en los boxes dobles, es difícil. Es decir, tú haces preguntas que la persona responde y la de al lado te está escuchando. Inevitablemente hay momento de intimidad que no la puedes respetar de la persona, por el tema estructural. Ya solo con tener a los dos pacientes en el box, te estás saltando la intimidad.

**Entrevistadora: Entonces, ¿considera que se debería hacer una ampliación física del servicio de urgencias, para evitar que se acumulen pacientes en pasillos y se respetase intimidad, etc.?**

E3: Hombre, boxes individuales sería lo ideal. Porque, por ejemplo, cuando tienes que poner un enema de limpieza.



Yo cada vez que tenemos que ponerlo y es un box doble, yo me muero de vergüenza. Porque claro, imagínate a la persona, tanto a quien se lo pones como al compañero que tiene al lado. Es una situación muy incómoda, muy desagradable. Entonces lo ideal, sería tener individuales. Aunque hay veces, que hay pacientes que les gusta tener compañero. Para poder...

**Entrevistadora: Estar hablando...**

E3: Sí, correcto. Entonces, encontrar el punto ideal... por otro lado, que no hubiese pasillos sería lo ideal. Pero yo creo que por mucho que amplíes el espacio físico, siempre habrá pasillos. Me da esa sensación, porque hay momentos en que no cabe todo el mundo.

**Entrevistadora: ¿Cómo cree que se siente el paciente en estos momentos? Donde siente que ha perdido su intimidad.**

E3: Yo creo que fatal, pobre. Lo que pasa, es que yo creo, que muchos pacientes cuando entran en el hospital ya entran con un rol como de sumisión. Que tampoco debería ser, porque tú eres una persona y tienes derecho a decir esto sí y esto no. Pero a veces, entran con un rol de que se dejan hacer de todo. Y dices: No, no... si no quieres hacerlo puedes negarte, puedes quejarte. Tienes todo el derecho de decirlo. Y encuentro, que en situaciones como esta, o cuando tienes que poner una cuña y tienes al compañero al lado... en situaciones muy íntimas, realmente yo creo que se siente mal. Pero al final, yo creo que ven que es lo que hay y lo deben aceptar.

**Entrevistadora: ¿Y cómo enfermera como percibe o cómo siente estas situaciones?**

E3: Mal, incómoda. Incómoda, porque hay cosas que si puedes evitar, como el cerrar la puerta cuando se están cambiando y se están poniendo la bata. Eso si puede evitarlo, cerrando tú la puerta. Pero cuando es un box doble, no puedes... o cuando tienes que hacer una pregunta íntima, intentas hacerlo con una voz más baja... pero te sientes incómoda. Porque te pones en su lugar y no es nada agradable.

**Entrevistadora: ¿Y se tienen en cuenta las emociones que tiene el paciente durante el proceso de estancia en el servicio?**

E3: Yo creo que sí. Lo que pasa es que, es como siempre y por desgracia, según el volumen de faena que tienes, les haces más caso o menos. Eso sí, que por desgracia es así.



**Entrevistadora: ¿Cree que los profesionales sanitarios son empáticos con el paciente? A nivel global.**

E3: Global, sí. Yo creo que sí. Porque, es como muy visual. Cuando ves a un paciente sufriendo o con dolor, es difícil que no te afecte o no quieras atenderlo, no... porque sabe mal. Entonces yo creo que sí.

**Entrevistadora: ¿Opina que hay diferencias respecto a la implicación por parte del personal sanitario hacia un paciente autónomo y una dependiente?**

E3: Hombre, sí. Porque claro, un autónomo, sabes que hay cosas que podrá hacer. Por ejemplo, si tiene frío se pondrá la manta, si tiene que ir al lavabo irá él, o si necesita algo tocará el timbre... no estarás tan pendiente en estas cosas como en un dependiente, que puede ser que hagas cambios posturales, estar más encima, cambios de pañal... entonces sí que inviertas más tiempo o no según si es autónomo o dependiente.

**Entrevistadora: ¿Y cree que hay diferencias entre jóvenes y adultos, o personas mayores?**

E3: Sí, también se nota. Porque a veces, hay jóvenes que quizá es la primera vez que vienen a urgencias y es la primera vez que le pones una vía y están súper asustados. Y es todo nuevo, y quizá en ellos necesitas más tiempo para tranquilizarlo y explicarle las cosas, que quizá un adulto crónico que quizá viene cada “*equis*” meses y el pobre ya sabe cómo va todo. Le explicarás igual, pero estará más tranquilo porque se lo conoce. Entonces, también es diferente.

**Entrevistadora: Entonces, considera que si es un paciente autónomo, el hecho de preguntarle como está, estar más por su esfera emocional, lo dejaras más de lado para poder ir a atender a un paciente dependiente, ya que tiene más carga de trabajo.**

E3: Si bueno, sí que le dices: si necesitas algo, aquí tienes el timbre. Y ya está, porque lo ha entendido y lo sabe y como es autónoma, sabrá pedirme ayuda. Y en la persona dependiente, deberás estar más encima. Si que le informas, pero después ya está, ya no estás tan pendiente, porque piensas, si necesita algo ya me dirá. En la otra persona, sí que debes invertir más tiempo.



**Entrevistadora: ¿Cree que hay prejuicios o estigmas hacia los pacientes con patologías psiquiátricas?**

E3: Gran problemas. Si, el tema psiquiátrico está fatal, muy mal. Tanto por nosotros, que no estamos suficientemente preparados para manejar a pacientes psiquiátricos, como a nivel estructural del hospital. No tenemos sitio para poder tratar un psiquiátrico como se merece y el sistema conexión centro hospitalario y psiquiátrico es un desastre y supongo porque hay un colapso a nivel de psiquiatría. Falla mucho...

**Entrevistadora: ¿Entonces, actualmente se reciben más pacientes psiquiátricos en urgencias generales, que antiguamente antes de la pandemia?**

E3: Hombre, hay que ver. Yo creo que el hecho de que allí están colapsados, o que, durante la pandemia con la saturación, como siempre, se les dejó colgados y no se les atendió. Se nota bastante volumen de psiquiátricos y además que el sistema no acaba de funcionar. Entre que nosotros no sabemos manejar, el sistema no funciona, hay pacientes que son como un cirulo... siempre vienen y ves que no salen, se van vuelven... hay veces que incluso se te hace pesado para ti.

Queda mal, pero dices: otra vez, es que no lo arreglaremos. Falta, falta. Yo creo que, en este tema, se debe invertir bastante, tanto a nivel hospitalario como psiquiátrico. Porque son pacientes que realmente están colgados, abandonados por todos sitios.

**Entrevistadora: ¿Qué actitud adoptó cuando vivió una cosa en la que no estaba de acuerdo o que no le parecía un procedimiento adecuado o palabras idóneas?**

E3: Vale. A veces pasa. Ves un compañero o un médico, que es desagradable o borde con un paciente. Que encuentras que no es justo como lo trata. En ese momento, realmente eso que te callas. Obviamente si ves que está haciendo daño a alguien, claro que me habría metido. Si es verbal, dices bueno estas desacuerdo pero callas.

Pero por ejemplo, situaciones donde han querido ir a hacer una técnica a un paciente, donde yo no estaba de acuerdo éticamente, sí que me he negado. Y seguiré negándome. Si es un paciente que ves que se morirá a los minutos o a las horas, y me piden una sonda nasogástrica o un sondaje vesical, pues me he negado. Porque no quiero hacer una cosa agresiva a alguien que no lo necesita. A nivel de técnicas lo tengo clarísimo, a nivel de trato verbal... que después te arrepientes y piensas lo debería haber dicho. Que se debería decir, no delante del paciente, evidentemente.



Pero si al compañero de manera íntima. Pasa y yo creo que se debe decir, aunque cuesta. Porque al final tú debes procurar el bien del paciente.

**Entrevistadora: ¿Y le ha pasado alguna vez esto de tener que hablar con algún compañero sobre algo que esté en desacuerdo?**

E3: a nivel físico, de decir: otras esta persona se está pasando... no me he encontrado. Porque si lo que habría dicho en el momento. Pero a nivel verbal me lo he encontrado, pero no lo he acabado diciendo. Y es un error.

**Entrevistadora: ¿Entonces, si se encontrase en la misma situación lo diría? Es decir, se arrepiente de no haberlo dicho.**

E3: Sí.

**Entrevistadora: ¿Qué cree que podría llevarse a cabo para poder efectuar unos cuidados de calidad?**

E3: Yo creo que es... pensar en la persona y... hablo del centro hospitalario. Pensar en ella desde que entra por la puerta, pensar en cómo se puede encontrar. Es decir, que esté bien guiada, que no se pierda, que sepa en cualquier momento donde está. Que cuando llegue al box, se le explique todo con antelación, que sepa lo que se le hará, lo que implicará, lo que notará... acompañarlo en todo el proceso y... ser más manos sería adecuado. Es decir, evidentemente, con más personal, los cuidados son mejores. Los días que hemos estado colapsados y nos han puesto refuerzos, trabajas evidentemente mucho mejor. No tiene nada que ver, que a veces con los colapsos dices: “Ostras, es que no he tenido tiempo ni de entrar a ver a una persona desde hace dos horas” y sabe mal. Todo esto... un poco de inversión en todo esto, encuentro que sería lo ideal.

**Entrevista: ¿Cree que desde el centro o la dirección se hacen cosas para mejorar la situación actual que hay en el servicio? Para intentar evitar la sobrecarga del personal, agilizar las urgencias y evitar la saturación...**

E3: Bueno es una lucha continua esto. Sí que cuando ha habido el colapso por la pandemia, por las diferentes olas, sí que ha puesto más personal. Eso sí, está claro, porque si no, no se llegaba. Entonces decías: “Ostras sí, nos han cuidado”, pero ahora volvemos a la realidad y volvemos a ser los de siempre. ¿Se intenta hacer? No sé, encuentro que es una batalla continua. Entre todos poco a poco se va rascando y se van consiguiendo cositas. Pero falta mucho aún.



**Entrevistadora: ¿Considera que el personal, actualmente está quemado? A raíz de lo que llevaba anterior a la pandemia, como sobrecarga de trabajo, ratios... más la pandemia.**

E3: Hombre si, unos más que otros. Pero en general, sí. Notas que física y mentalmente, hay días... si tienes un turno medianamente tranquilo, no piensas tanto ni te acuerdas tanto. Pero cuando es eso que van empalmado y hay que ver... si... cuesta, cuesta un poco. Pero bueno.

**Entrevistadora: Volviendo a la pregunta en relación con los consentimientos informados, que ha comentado que hay veces que se dan por hecho y no se explican, ¿podría darnos algún ejemplo?**

E3: Si, bueno, yo me centro mucho sobre todo en los de quirófano. Que me doy cuenta, que a veces, incluso nos hacen firmar a enfermería y dijimos no, porque nosotros no podemos estar informando y haciendo firmar... con otros consentimientos, yo pienso que sí que se les informa como puede ser un cateterismo... otra cosa es cuando es gente que ya está etiquetada por la familia y comentan: no se entera, ya lo haremos nosotros. Eso es otro dilema. Claro, en ese momento, se está firmando una cosa que la familia está decidiendo y quizá la persona no sabe. Cuando quizá si se le explica lo entendería. En estos casos sí que pasa, cuando la familia lo etiqueta con el: no se enterará. Con el resto, yo creo que si se les explica.

**Entrevistadora: le gustaría hacer algún comentario o aportación sobre el tema.**

E3: Me ha gustado mucho, me parece importante. Está bien que lo tengáis en cuenta. Yo creo que es un tema importante que tratar. Y yo creo que todos los servicios hicieran una valoración anual de qué planes de mejora podrían hacer, hacer reuniones de equipo multidisciplinar, para poder mejorar.

