

TÍTULO:

**Plan de mejora de la Humanización del Servicio
de Obstetricia y Nidos de un hospital terciario**

Trabajo Fin de Máster

Máster en Bioética y Bioderecho

Curso académico 2019/2020



Investigadora:

M^a Teresa Salamero Rodríguez

Tutores:

M^a Teresa Delgado Marroquín

Emilio José Sanz Álvarez

TÍTULO:

Plan de mejora de la Humanización del Servicio de Obstetricia y Nidos de un hospital terciario.

EQUIPO INVESTIGADOR:

Investigadora:

M^a Teresa Salamero Rodríguez. Enfermera. Servicio de Nidos del Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza. Trabajo Fin de Máster.

Tutores:

M^a Teresa Delgado Marroquín. Médico de familia. Profesora de la Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica de la Universidad de Zaragoza. Vicepresidenta del Comité de Ética Asistencial Sector III.

Emilio José Sanz. Catedrático de Farmacología Clínica. Facultad de Ciencias de la Salud. Grado en Medicina. Director del Máster Interuniversitario de Bioética y Bioderecho de la Universidad de La Laguna. Jefe del Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Universitario de Canarias. Servicio Canario de la Salud.

AGRADECIMIENTOS:

A Maite Delgado, por brindarme todo el apoyo para sacar adelante este Trabajo Fin de Máster, a pesar de la pandemia y las consecuentes dificultades surgidas en el hospital.

A todo el Servicio de Obstetricia y Nidos, por querer colaborar con este trabajo en aras de mejorar el Servicio, aunque no se hayan podido implementar todas las medidas de mejora, debido a la reciente pandemia.

“La parte humana aquí está siendo esencial”.

Mónica Gayo, enfermera en el hospital de Ifema. Las enfermeras, el latido del hospital de Ifema. Revista enfermería facultativa. N°322, 1-15 mayo 2020, pag 16-21.

“La soledad dentro de estos biombos es muy dura y aun así los pacientes no pierden la sonrisa. Las enfermeras como Mónica tienen una labor fundamental para humanizar la atención en estos días tan complicados. Leer un libro en los momentos de descanso, que te canten el cumpleaños feliz, se han convertido en privilegios, que fuera igual no se valoraban lo suficiente y ahora ayudan, calman y sobre todo cuidan.”

"Hemos aprendido a sobrevivir". Youtube: Un día con una enfermera en Ifema (COVID-19). Canal enfermero, Consejo General de Enfermería.

ÍNDICE

1. RESUMEN	1
2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	3
3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	6
3.1. Hipótesis	6
3.2. Objetivos	6
4. METODOLOGÍA	7
4.1. Diseño	7
4.2. Ámbito	7
4.3. Población, muestra y método de muestreo	7
5. RESULTADOS	10
6. DISCUSIÓN	21
7. CONCLUSIONES	32
8. BIBLIOGRAFÍA	33
9. ANEXOS	35
9.1. Anexo 1	35
9.2. Anexo 2	37
9.3. Anexo 3	38

1. RESUMEN

Introducción: Una de las áreas de estudio de la bioética en su vertiente práctica se basa en el análisis de la calidad de la atención que se presta a los pacientes, tanto en el respeto a su dignidad e intimidad como en la confidencialidad y privacidad. La calidad de esta atención se manifiesta igualmente en la forma de cuidar a la paciente velando siempre por su confort físicosociocultural, psicoespiritual y ambiental, tal y como defiende la teoría de Kolcaba.

Objetivos: 1. Analizar la calidad de la atención prestada a las pacientes, tanto en el respeto a su dignidad e intimidad como en la confidencialidad y privacidad. 2. Elaborar unas medidas de mejora de la Humanización del Servicio.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal mediante un cuestionario adaptado de Virginia Henderson, autocumplimentado y de respuesta anónima, al personal del Servicio (médicos, enfermeras, Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería y matronas) de Obstetricia y Nidos del Hospital Clínico Lozano Blesa. El análisis de los resultados obtenidos en el estudio descriptivo permitió elaborar una serie de recomendaciones del plan de mejora de la Humanización.

Resultados: Se detectaron los puntos fuertes y de mejora del Servicio y se elaboraron una serie de medidas correctoras que contribuyen a humanizar la asistencia: Cuidar la identificación, presentándose a la paciente; evitar conversaciones no concernientes ante las pacientes; evitar el empleo de una jerga profesional ininteligible para las pacientes; velar por el cuidado de la intimidad de la paciente; explicar las pruebas o tratamientos que se van a realizar a la paciente, y presentarles a los estudiantes o residentes.

Conclusiones: El trabajo objeto de estudio permitió concretar las fortalezas y puntos de mejora para garantizar la humanización y el respeto a la dignidad de las personas ingresadas.

Palabras clave: Humanización, ética del cuidado, teoría del confort de Kolcaba.

ABSTRACT

Introduction: One of the areas of study of the practical aspect of bioethics is based on the analysis of the quality of care provided to patients, both in respect for their dignity and intimacy, as well as their confidentiality and privacy. The quality of this care is also manifested in the manner of caring for the patient, always ensuring her physical, sociocultural, psychospiritual and environmental comfort, as defended by Kolcaba's theory.

Objectives: 1. To analyze the quality of care provided to patients, both with respect for their dignity and intimacy, as well as confidentiality and privacy. 2. To develop measures to improve the humanization of the service.

Methods: A descriptive cross-sectional study was carried out using a questionnaire adapted from Virginia Henderson, self-completed with an anonymous response to the staff of the Obstetrics and Nursing Service (doctors, nurses, Nursing Assistant Technicians and midwives) of the Lozano Blesa Clinical Hospital. The analysis of the results obtained in the descriptive study allowed the elaboration of a series of recommendations of the plan to improve humanization.

Results: The strengths and improvement points of the service were detected and a series of corrective measures were developed that contribute to humanizing care: caring for identification, introducing oneself to the patient; avoiding conversations not concerning to patients; avoiding the use of jargon unintelligible to patients; ensuring care for the patient's privacy is taken; explaining the tests or treatments to be performed to the patient and introducing them to the students or residents.

Conclusions: The work under study made it possible to specify the strengths and points for improvement to guarantee humanization and respect for the dignity of those admitted.

Keywords: Humanization, ethics of care, Kolcaba's comfort theory.

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

Todos reconocen la trascendencia de la Ética en enfermería, ya que si no se actúa con esa rectitud, por estar mermada o ausente, podría tener como consecuencia una atención anormal e incongruente, lo cual es incompatible con las obligaciones profesionales de la enfermería¹. Por otro lado, también es necesaria una investigación y formación avanzadas para comprender mejor los aspectos éticos que se presentan en dicha actividad profesional².

La Bioética en su vertiente práctica se basa en el análisis de la calidad de la atención que se presta a los pacientes de maneras muy diversas, como puede ser el respeto a su dignidad³⁻⁴.

En la atención en el ambiente hospitalario esta dignidad se ve influenciada por el entorno físico, la actitud y el comportamiento del personal, la cultura organizativa y la independencia del paciente⁵. No podemos olvidar que los pacientes tienen el derecho a recibir una atención digna y las enfermeras la responsabilidad de brindarla⁶.

Otra vertiente que contempla la Bioética es la intimidad. Desde los orígenes, la medicina vela por salvaguardar la intimidad del paciente, como comprobamos en el Juramento Hipocrático. Esta defensa de la intimidad consiste en el deber de secreto en todo lo que concierne al acceso a lo íntimo, a aquella realidad oculta que a veces hasta el mismo paciente desconoce; busca realizarse en un clima humano particular, que Laín Entralgo designaba como “amistad médica”: una situación de confianza que permite y hasta invita a la confidencia. Ésta trae aparejada la expectativa y el compromiso de guardar reserva⁷. Junto a la intimidad debemos custodiar la confidencialidad y la privacidad⁸.

No hay duda de que la Bioética posee un papel primordial a la hora de prestar una correcta y atenta asistencia a los pacientes. Como señala García Cabeza, “muchos profesionales sanitarios presentan déficits en su formación bioética, lo que repercute negativamente a la hora de enfrentarse a los problemas éticos que se dan diariamente en el ámbito hospitalario: el trato de la intimidad y de la autonomía del paciente hospitalizado y la inadecuada comunicación entre el enfermo y el profesional sanitario”⁹.

Entre otras cosas, la calidad de la atención de enfermería se manifiesta en la forma de cuidar al paciente, velando siempre por su confort¹⁰, tanto físico como sociocultural, psicoespiritual y ambiental, tal y como defiende la teoría de Kolcaba. Esta teoría se puede aplicar tanto a la madre como al recién nacido, ya que el contacto piel con piel posee múltiples ventajas, tales como promover la estabilidad fisiológica y el calor del recién nacido; ayudar a organizar el sueño infantil; reducir el estrés y el dolor, y facilitar la lactancia materna. Por tanto, un modo concreto de lograr con efectividad la comodidad del recién nacido es a través del piel con piel¹¹.

También es patente que el cuidado de enfermería, fundamentado en la teoría del confort, favorece el alivio del dolor en el puerperio inmediato¹².

Todo ello contribuye a humanizar la atención en los servicios de salud, responsabilidad que todos los profesionales del sistema tienen frente al paciente y su familia¹³ y que, por ende, ayudan a mejorar la calidad asistencial.

Sin embargo, la existencia de factores como la elevada carga asistencial dificultaría que la atención fuera personalizada, respetuosa y de calidad¹⁴.

En los Servicios de Obstetricia y Nidos, como el del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCULB) de Zaragoza, esta humanización se puede materializar durante el proceso de parto. Con el fin de lograr la excelencia en la prestación de servicios, la atención humanizada tiende a disminuir las prácticas impersonales, rutinarias o estándar durante el trabajo de parto, y en consecuencia el personal de enfermería intenta fomentar actitudes que generen confianza y disminuyan el estrés de la mujer¹⁵.

Cuando una persona es hospitalizada, debe someterse a las normas del centro como, por ejemplo, los horarios de las visitas médicas, de las curas y las comidas o la indicación de permanecer en ayunas. Estos factores contribuyen a que el paciente ingresado vea mermada su capacidad de autonomía y pueda llegar a percibir la estancia en el hospital como una invasión de su espacio personal¹⁶.

A esto hay que añadir que en servicios como el de Obstetricia, la persona ingresada no se encuentra en una situación de enfermedad, pero sí en un proceso vital como es el del parto¹⁷, que conlleva una situación de estrés y cambio, tanto físico como emocional, que puede contribuir a aumentar su vulnerabilidad. Según varios estudios, una atención humanizada causa beneficios tanto en la madre como en el recién nacido¹⁸ y debe tenerse en cuenta en los programas de calidad de atención materna y neonatal¹⁹.

La crisis vivida recientemente a nivel mundial por la pandemia del COVID-19 nos ha hecho no solo reflexionar sobre la humanización de la asistencia sanitaria²⁰, sino que, en mi opinión, nos ha ayudado a revalorizarla. Han sido muchas y muy buenas las diferentes iniciativas que han surgido en los hospitales, como el empleo de las tecnologías (tablets o teléfonos móviles) o entrega de cartas personalizadas, para poder poner en contacto al paciente aislado con sus familias, ante la imposibilidad de recibir visitas. Las tremendas circunstancias en las que se han atendido a los pacientes y el personal sanitario se ha visto obligado a trabajar no han impedido que se considerara la humanización de los cuidados como algo esencial.

Sin embargo, al igual que somos conscientes de los beneficios que se obtienen de la asistencia humanizada, se pueden comprobar los efectos adversos que puede acarrear una atención excesivamente medicalizada e impersonal, ya que puede llegar a ser no solo irrespetuosa sino insegura, tanto para la mujer como para el recién nacido²¹.

Como da la impresión de que en ocasiones la asistencia se encuentra parcialmente deshumanizada, considero que es fundamental profundizar en las causas del problema. Casado Duráñez, Subdirectora General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y atención al Paciente de la Comunidad de Madrid, señala los siguientes factores como causantes de la deshumanización¹: excesiva tecnologización, asistencia sanitaria basada en la eficiencia y la medicina basada en la evidencia.

¹ Anotaciones tomadas en la conferencia de Paloma Casado Duráñez: “Humanización sanitaria”. II Congreso de pacientes con enfermedades raras hematológicas y lisosomales; 29 febrero-1 marzo 2020. Zaragoza, España.

1. Un excesivo y a veces exclusivo uso de la tecnología: Si bien es cierto que los medios tecnológicos a nuestro alcance facilitan los cuidados que el paciente necesita, en ocasiones pueden dificultar la atención y el trato humano, centrándonos en cuestiones meramente tecnológicas.
2. Asistencia sanitaria basada en la eficiencia: Cuando los objetivos prioritarios que se persiguen son hacer mucho y/o con los menos recursos posibles, es más probable caer en la deshumanización.
3. El peligro de centrarnos en la medicina basada en la evidencia hace que ya no valga tanto lo que nos indique el paciente sino las evidencias que podemos encontrar en la literatura publicada.

En ocasiones, este dominio de la tecnología y la posesión de los conocimientos instrumentales necesarios, en vez de mejorar la asistencia pueden llevar al profesional sanitario a alejarlo de la atención al paciente con un trato humano personalizado, dando por supuestas sus necesidades, que pueden no coincidir con la realidad. Cuántas veces los pacientes se quejan de que el médico en la consulta solo mira la pantalla del ordenador, en vez de mirarlos a la cara, lo que provoca en estos una sensación de no ser atendidos adecuadamente.

Se puede llegar a estandarizar los cuidados o tratamientos de tal manera que nos olvidamos de lo verdaderamente importante: cómo se encuentra el paciente. Es fundamental personalizar el tratamiento o los cuidados que necesite, en vez de regirnos por el mero cumplimiento de unos cuidados protocolizados.

Al inicio de su andadura, como fruto de un grupo de trabajo específico, el Comité de Ética Asistencial del Sector Zaragoza III (CEAIII), con sede en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCULB), redactó y publicó unas recomendaciones sobre el respeto a la intimidad y dignidad de los pacientes. Como resumen del documento, se elaboró un decálogo de consejos, que fueron recogidos en formato póster²² y distribuidos en los distintos Servicios del HCULB, además de estar disponibles en la Intranet del Sector Zaragoza III (ref. <http://10.35.208.91:16080/recomendaciones3>). Tal y como se indica en el póster, la finalidad de estas recomendaciones es que “ayuden a garantizar que todos los pacientes sean tratados con dignidad y respeto, y que su derecho a la privacidad, la dignidad y el respeto se mantenga y promueva activamente en todo momento”.

Desde la publicación y difusión de estas indicaciones, en concreto en el Servicio de Obstetricia y Nidos del HCULB, la impresión subjetiva es que dichas recomendaciones se desconocen y/o no se están aplicando siempre.

Después de solicitar permiso al CEAIII y a la Dirección del Centro, como paso previo a la emisión de nuevas recomendaciones para dicho Servicio, se consideró pertinente hacer un estudio de campo que permitiera conocer el punto de partida, la situación y condiciones concretas que se pretenden mejorar con las propuestas de recomendación específica.

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.1. Hipótesis

La práctica asistencial se encuentra repleta de cuestiones éticas que pueden contribuir a mejorar la calidad asistencial y la atención del paciente humanizando los cuidados, salvaguardando la intimidad del paciente y velando así por su dignidad.

La vorágine de la práctica cotidiana facilita el descuido de esos pequeños detalles que humanizan y dignifican el cuidado de las personas.

3.2. Objetivos

Objetivo general 1: Describir la calidad de la atención prestada en el Servicio de Obstetricia y Nidos de un hospital terciario, en lo relativo al cuidado de la dignidad e intimidad de las personas en él ingresadas.

Objetivo general 2: Mejorar la Humanización del Servicio de Obstetricia y Nidos en un hospital terciario.

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño

Para dar respuesta al objetivo 1: Estudio descriptivo transversal, mediante cuestionario de respuesta anónima al personal del Servicio (enfermeras, técnicos en cuidados auxiliar de enfermería-TCAE-, médicos y matronas).

Para dar respuesta al objetivo 2: El análisis de los resultados del estudio descriptivo permitirá plantear algunas recomendaciones, para potenciar las fortalezas y dar respuesta a las deficiencias detectadas.

4.2. Ámbito

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Sector III) de Zaragoza. Servicio de Obstetricia y Nidos.

4.3. Población, muestra y método de muestreo

La población de referencia es el personal sanitario y no sanitario del Servicio de Obstetricia y Nidos, formado por 62 personas: 17 médicos, 14 enfermeras, 19 TCAE y 12 matronas. Al tratarse de una población reducida, a la que ofrecer un cuestionario de participación voluntaria, conociendo que al aplicar la fórmula para el cálculo de tamaño muestral para descripción de proporciones, suponiendo que $p=q=0.5$, para un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 2% serían necesarias 61 respuestas, se decidió trabajar con toda la población, estudiando la potencia y representatividad de la muestra de respondedores.

La tabla 1 recoge las características demográficas de la población de referencia.

Tabla 1: Características demográficas

Categoría	Nidos	Obstetricia	Total (%)
Médicos	Pediatras 4	Obstetras 13	17 (27,42)
Matronas	1	11	12 (19,35)
Enfermeras	6	8	14 (22,58)
TCAE	7	12	19 (30,64)
Total	18	44	62

- Instrumento:

Cuestionario adaptado y modificado de Virginia Henderson. Se basa en el utilizado por el CEA III en 2017, aunque se adapta a las características del servicio objeto de estudio. Se debe tener en cuenta que el Servicio de Obstetricia y Nidos del hospital es peculiar dentro del ámbito sanitario, puesto que el paciente tipo son mujeres jóvenes, mayormente

sanas y cuyo motivo de ingreso es el parto. Por otro lado, en esta planta se dispone de habitaciones individuales (excepto una que es doble), por lo que se suprimieron las preguntas que no se adecuaban a dicho servicio (aquellas referentes a pacientes dependientes, mayores o que compartían habitación). Además, se añaden 5 ítems relacionados con el confort del paciente empleando la teoría de Kolcaba y valorando las cuatro dimensiones del mismo: físico, sociocultural, psicoespiritual y ambiental.

A este cuestionario, que es anónimo, se responde mediante una escala de Likert de 5 puntos (desde nunca a siempre). Se reparte en versión papel, sin ningún dato de filiación (Anexo 1) para asegurar la participación voluntaria y el anonimato. Es de fácil cumplimentación (pocos ítems, respuestas cerradas, sin requerimiento de capacitación previa ni excesivo tiempo para cumplimentarlo: 5 minutos en pilotaje previo con profesionales voluntarios).

- Procedimiento

CRONOGRAMA:

Marzo:

- Resolución de cuestionarios: 9-20 de marzo (2 rondas).
- Análisis de los resultados: 23 de marzo-3 de abril.

Abril:

- Elaboración de medidas de mejora: 14-24 abril.
- Propuesta de medidas de mejora al Servicio de Obstetricia y Nidos (HCULB): 27 de abril-7 de mayo.

Mayo:

- Colocación de carteles: 15-20 de mayo.

En cumplimiento del cronograma previsto y tras la aprobación del CEA del Sector III, de la Dirección del Centro y del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA), se procedió al reparto de encuestas en los Servicio de Obstetricia y Nidos el lunes 9 de marzo. Igualmente siguiendo el cronograma establecido, se recogieron dichas encuestas el 19 de marzo.

Siguiendo las recomendaciones del CEICA, se modificó el cuestionario inicial y se eliminó la variable sexo, con la finalidad de salvaguardar el anonimato de los encuestados, con claro predominio femenino excepto en el grupo de médicos, lo que hubiera complicado la anonimidad de las respuestas. En todo momento se aseguró que la participación en el mismo fuera voluntaria, concediendo el consentimiento informado para utilizar la información obtenida de forma anónima con motivos de investigación.

Tras la recogida de las encuestas, se ha procedido al procesamiento de los datos proporcionados mediante el programa Excel versión 2013 y el spss versión 2015. Las respuestas a las preguntas del cuestionario constituyen las variables dependientes, siendo la categoría profesional la variable independiente. Todas ellas son variables cualitativas, si bien las respuestas a los ítems, ordenadas según escala de Likert, pueden considerarse también cuantitativas ordinales al existir una graduación del 1 (nunca) al 5 (siempre).

Para la descripción de los resultados de las variables de los datos se utilizan frecuencias absolutas y porcentajes de las diferentes categorías, representándose mediante gráficos de barras no apiladas, excepto la categoría profesional que se reproducirá mediante un gráfico de sectores. Como medidas de tendencia central de las respuestas tipo Likert se calculará la moda y la mediana.

Se planteó realizar un análisis bivariante, comparando el resultado de las respuestas a los ítems del cuestionario (variables dependientes) en función de la categoría profesional (variable independiente). Por tratarse de tablas de contingencia entre variables categóricas es de aplicación el test de Chi Cuadrado.

Al tratarse de una aplicación pequeña con respuestas iniciales en cinco categorías, para cumplir con las necesidades de aplicación del test de Chi-cuadrado se procedió a recodificar los resultados unificando las respuestas 1 y 2 (no ocurre), 3 (a veces); 4 y 5 (siempre /casi siempre). Para poder utilizar la prueba exacta de Fisher, se realizó una última recodificación de las respuestas: 3, 4 y 5: sucede; 1 y 2: no sucede.

Al distribuirse las respuestas en una escala ordinal, se plantea, tras una recodificación de la categoría profesional en TCAE/ resto de profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, matronas), aplicar test no paramétricos (U de Mann-Whitney).

Por otro lado, para dar respuesta al objetivo 2, y en función de los resultados y dentro de un plan de mejora de la calidad asistencial, fueron propuestas una serie de recomendaciones para difundir mediante carteles gráficos, que se renovarán periódicamente para mantener el impacto de los mismos. Para su realización la investigadora empleó el programa de diseño gráfico Canva.

ASPECTOS ÉTICOS

El diseño del procedimiento metodológico para llevar a cabo la investigación cumple la normativa legal (la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica, la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 1964 y el Convenio de Oviedo de 1997) y demás normas éticas y deontológicas. Se obtuvo el dictamen favorable del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA) con fecha 04/03/2020 (Acta N° 5/2002), tal y como se muestra en el anexo 2.

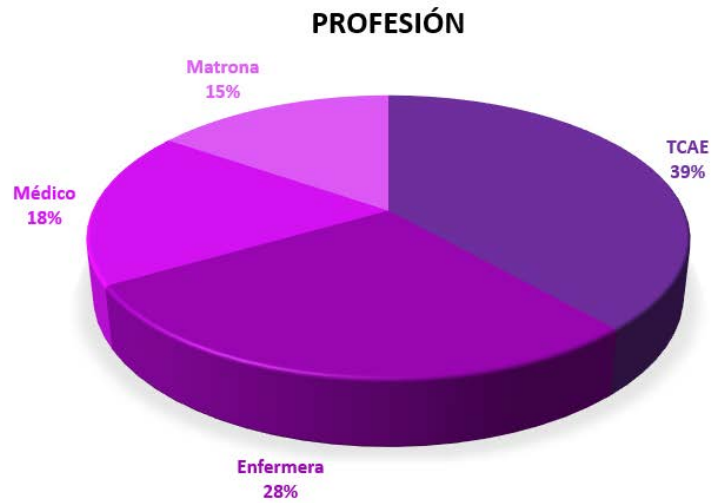
5. RESULTADOS

Se han obtenido 39 encuestas respondidas, lo que supone un margen de error de las respuestas del 10% para un nivel de confianza del 95%. La distribución por categoría profesional se recoge en la Tabla 2. La cumplimentación de los cuestionarios se vio claramente mermada, debido a la situación del momento en el hospital producida por la crisis de la COVID-19, siendo la categoría de médico la que menos respondió a la misma.

Tabla 2: Características de la población que ha realizado la encuesta

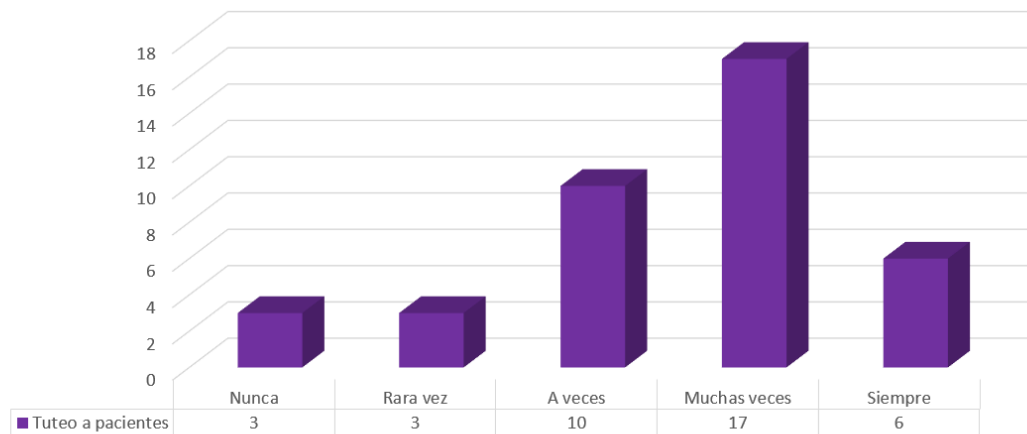
Categoría	Número de encuestas respondidas (%)
Médicos	7 (17,95)
Matronas	6 (15,38)
Enfermeras	11 (28,2)
TCAE	15 (38,46)
Total	39

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en función de la variable categoría profesional entre la población y la muestra de respondedores. Al analizar las respuestas al cuestionario en función de la categoría profesional de estos, dicotomizados en TCAE/enfermeras-matronas-médicos, no se encontraron diferencias significativas en las tablas de contingencia de variables cualitativas (Chi-cuadrado, $p > 0.05$ F de Fisher). Aplicando la U de Mann Whitney para considerar las respuestas como variables ordinales, sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas para los ítems 6 [en cuántas ocasiones ha administrado (o visto hacerlo) tratamientos sin explicaciones previas] y 7 [en cuántas ocasiones ha administrado (o visto hacerlo) alimentos prohibidos por su religión]. En ambos casos el grupo de TCAE era más proclive a puntuaciones bajas en la Escala de Likert (1 y 2) que los demás profesionales sanitarios.



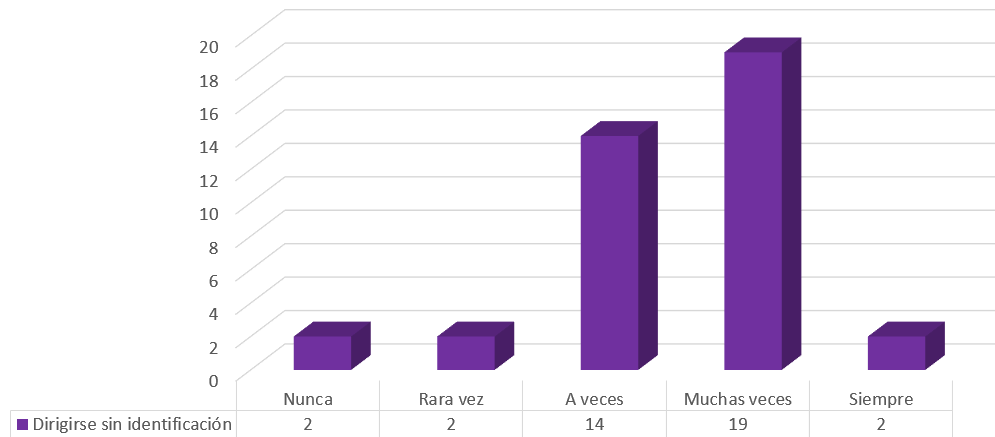
A continuación, se recogen las respuestas a las preguntas del cuestionario:

1. ¿En cuántas ocasiones ha tuteado a los pacientes o ha visto hacerlo, independientemente de su edad y grado de confianza?



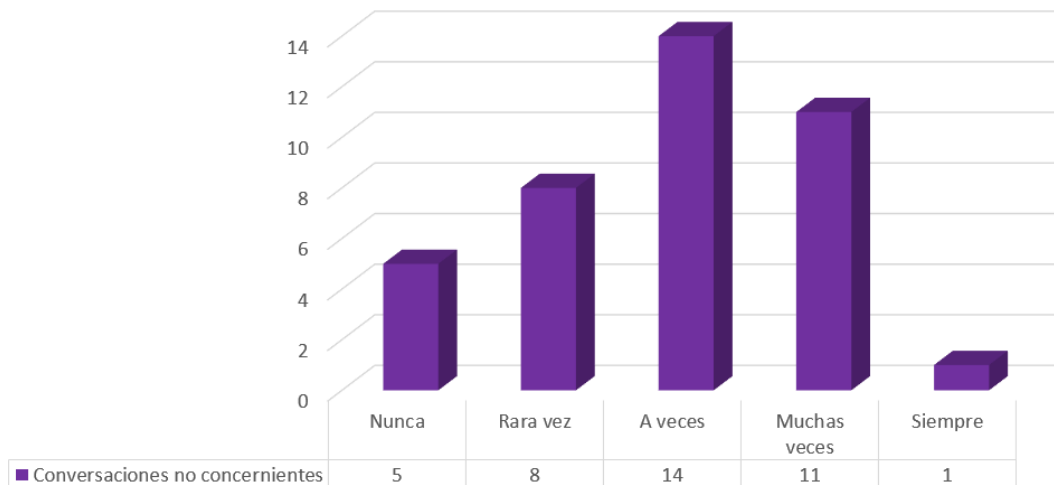
Llama la atención que más de la mitad de los encuestados refirió tutear al paciente muchas veces (dos de cada cinco) o siempre (uno de cada seis).

2. ¿En cuántas ocasiones se ha dirigido o ha visto dirigirse a los pacientes sin presentarse o identificarse?



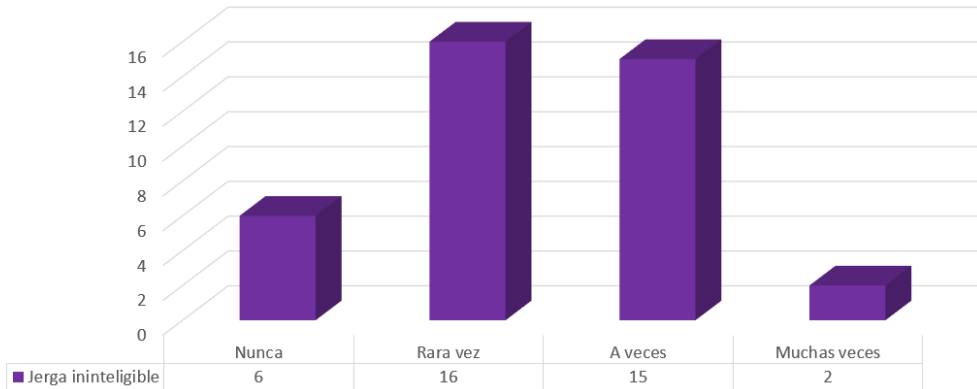
Más de la mitad de los encuestados refiere haberse dirigido al paciente sin presentarse (o haber visto hacerlo) muchas veces o siempre. Dos de cada cinco afirman que a veces se dirigen al paciente sin haberse presentado previamente.

3. ¿En cuántas ocasiones ha mantenido conversaciones con otros trabajadores -o ha sido testigo de ello- delante del paciente sobre temas que no conciernen al enfermo?



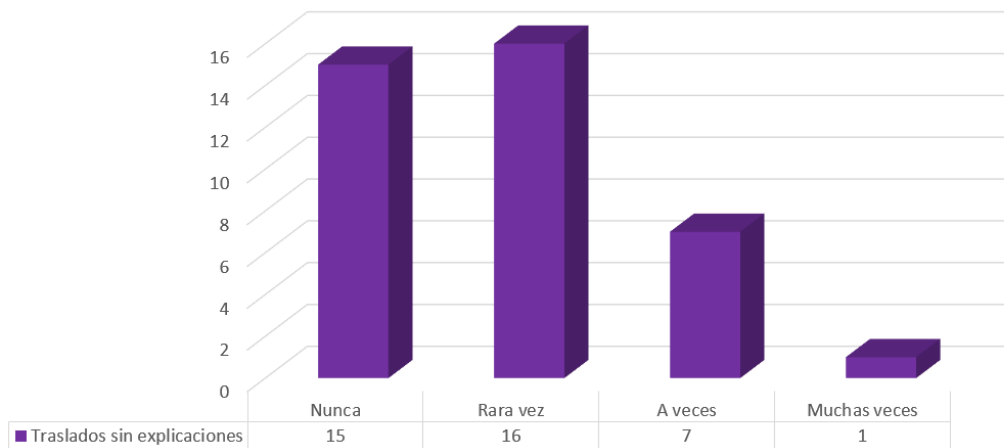
Más de la mitad de los encuestados reconoce haber tenido a veces (dos de cada cinco) o muchas veces (tres de cada diez) conversaciones con otros trabajadores delante del paciente, sobre temas que no concernían al paciente.

4. ¿En cuántas ocasiones ha hecho -o visto hacer- comentarios sobre un paciente o su tratamiento en jerga médica o de enfermería de tal manera que es ininteligible para el paciente?



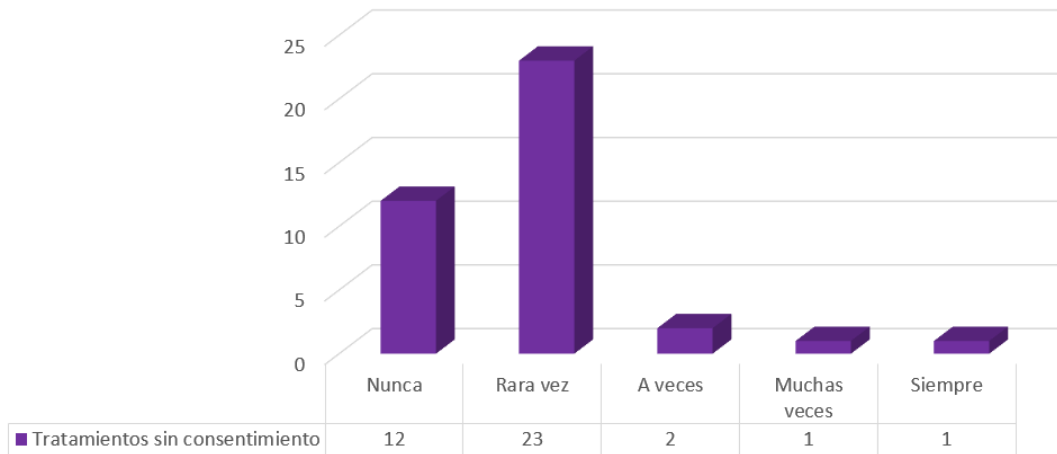
Más de la mitad de los encuestados nunca o rara vez había presenciado comentarios en una jerga profesional ininteligible para el paciente, pero dos de cada cinco reconocían que a veces sí que habían empleado dicha jerga al referirse a la paciente.

5. ¿En cuántas ocasiones ha trasladado, manejado, movilizado -o visto hacerlo- a un paciente sin darle explicaciones?



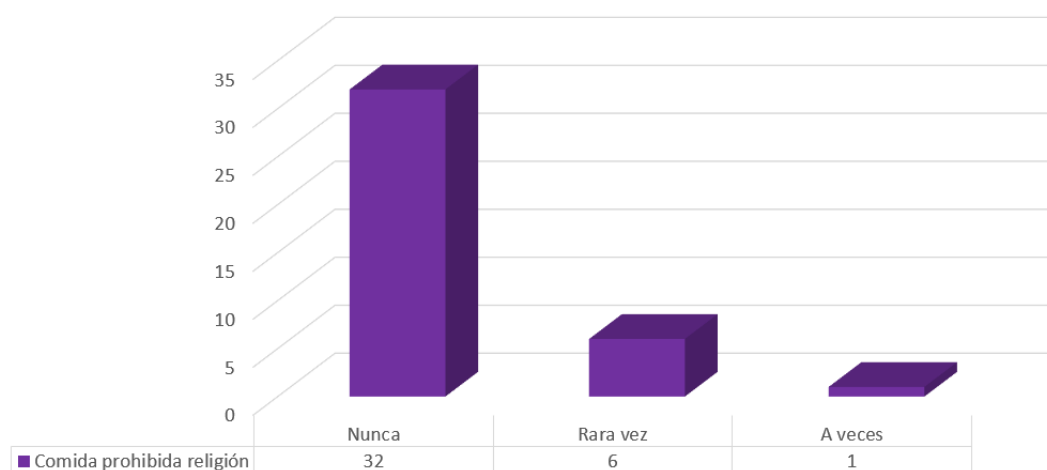
Más de las tres cuartas partes de los encuestados nunca o rara vez habían presenciado un traslado sin justificación ni explicación previa.

6. ¿En cuántas ocasiones ha administrado o visto administrar tratamientos a pacientes sin su consentimiento, o sin una aclaración adecuada de los posibles riesgos y efectos secundarios?



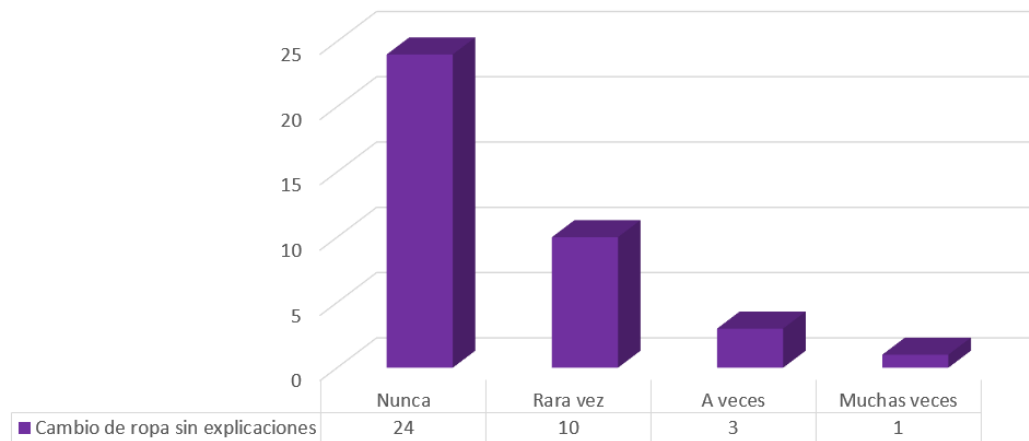
Prácticamente todos los respondedores (nueve de cada diez) nunca o rara vez habían administrado un tratamiento sin poseer el consentimiento del paciente o sin haber aclarado los efectos secundarios o riesgos (o lo ha presenciado).

7. ¿Cuántas veces ha servido o ha visto servir a los pacientes comidas prohibidas por sus creencias religiosas?



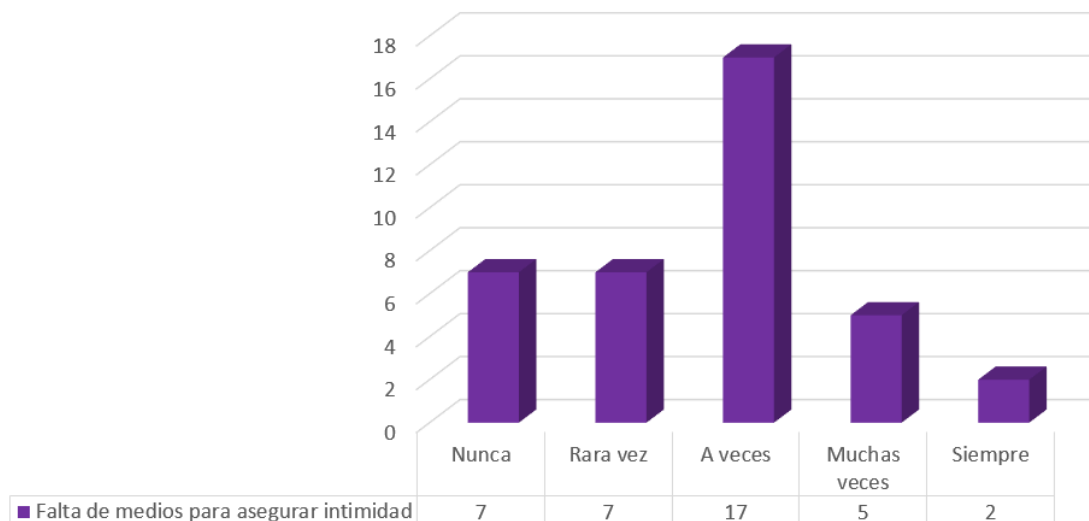
Prácticamente la totalidad de los encuestados (todos excepto uno) nunca (82%) o rara vez (15%) habían servido (o visto hacerlo) comidas prohibidas por motivos religiosos.

8. ¿Cuántas veces ha quitado la ropa propia a los pacientes y obligado a vestir otra suministrada por el hospital sin justificación aparente ni explicaciones, o ha sido testigo de este hecho?



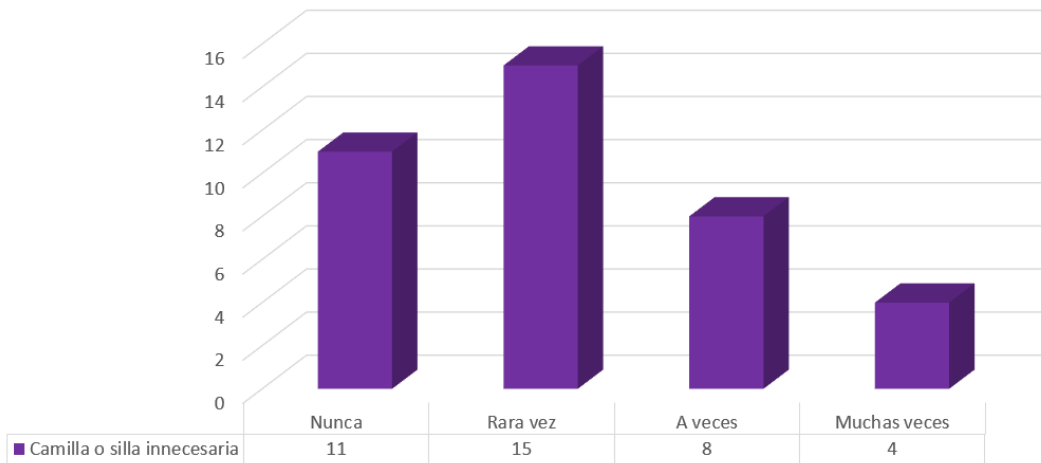
Más de las tres cuartas partes nunca (cuatro de cada cinco) o rara vez (uno de cada cuatro) habían retirado o visto retirar la ropa propia a los pacientes sin justificaciones aparentes ni explicaciones.

9. ¿Cuántas veces ha visto o sido consciente de no disponer de los medios adecuados para que el paciente pueda asegurar su intimidad para ciertas funciones corporales?



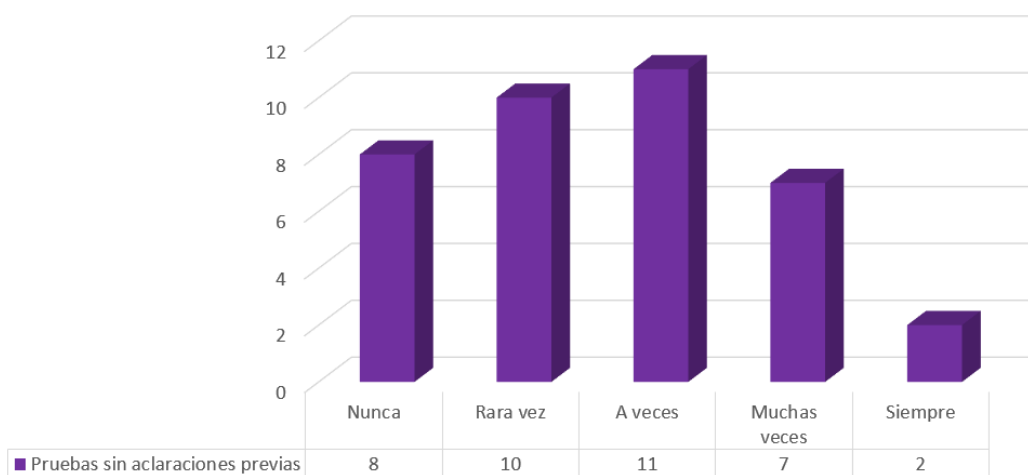
Más de la mitad de los encuestados respondió que a veces o muchas veces había visto o sido consciente de no disponer de medios adecuados para salvaguardar la intimidad de las pacientes.

10. ¿En cuántas ocasiones ha trasladado -o visto hacerlo- en silla o camilla, cuando el paciente preferiría caminar y podía hacerlo?



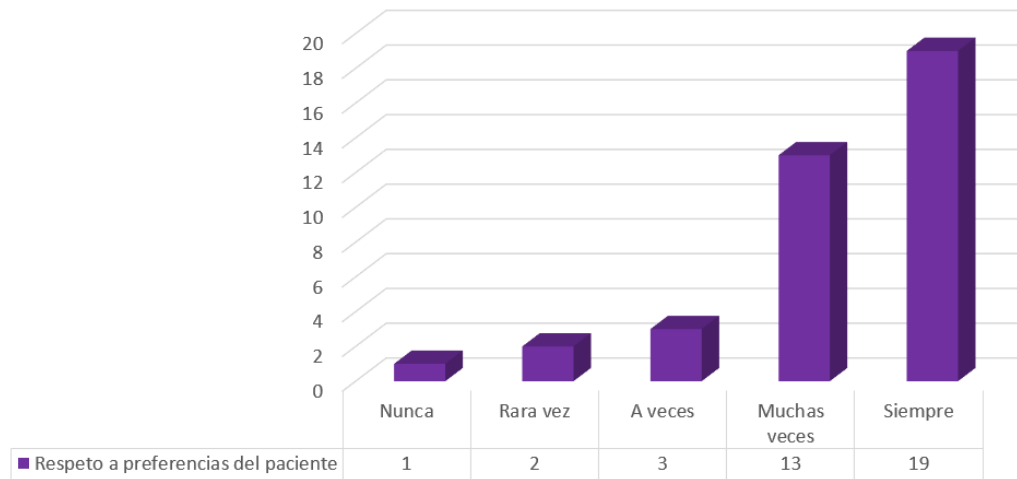
Siete de cada diez consideró que nunca o rara vez habían trasladado al paciente en silla o camilla cuando prefería caminar y podía hacerlo.

11. ¿Cuántas veces ha sido testigo de la indicación de pruebas o tratamientos sin haber aclarado al paciente su necesidad o coste?



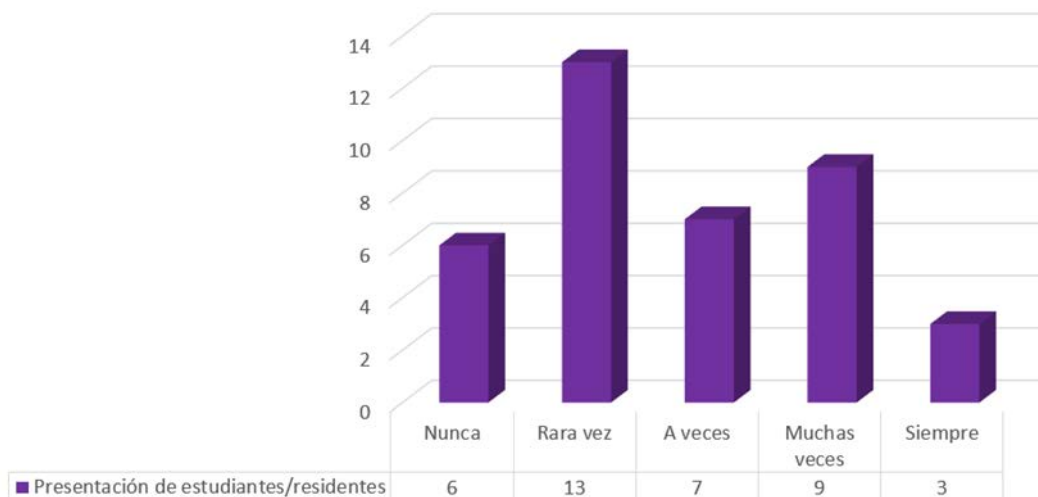
Poco menos de la mitad refirió que nunca (uno de cada cinco) o rara vez (uno de cada cuatro) había indicado (o presenciado su indicación) pruebas o tratamientos sin aclarar al paciente su coste o necesidad.

12. ¿Cuántas veces ha respetado la voluntad del paciente en cuestiones relacionadas con sus preferencias o con el plan de parto?



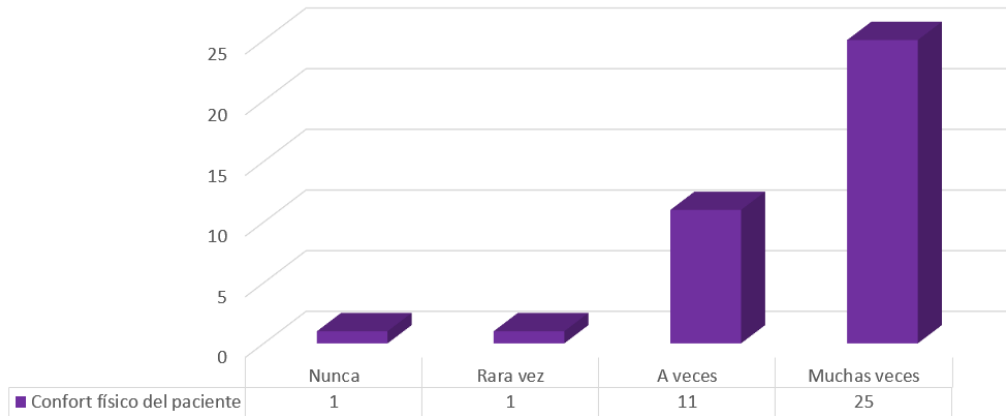
La opción “siempre” fue seleccionada por la mitad de los profesionales que respondieron el cuestionario al preguntarles por el respeto a las preferencias de la paciente, mientras que “muchas veces” fue escogida por tres de cada diez.

13. En caso de ir acompañado de estudiantes o residentes, ¿en cuántas ocasiones se han presentado al paciente y le han explicado el motivo de su presencia?



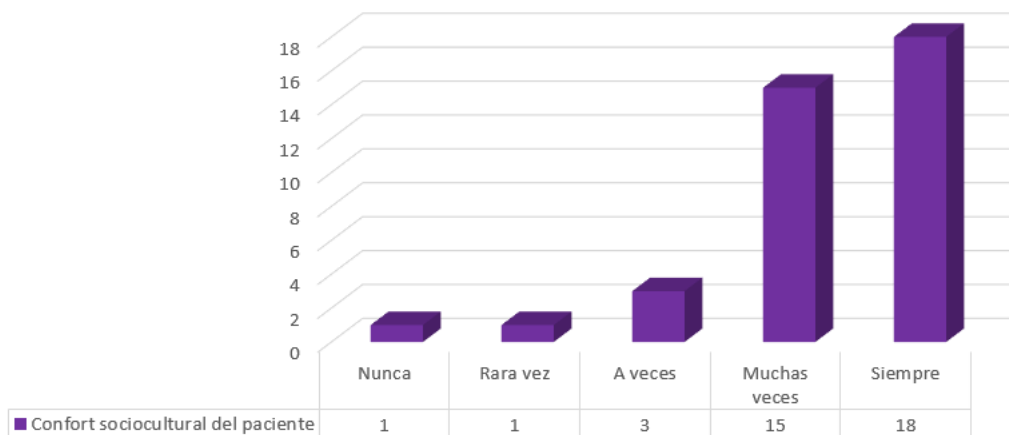
Prácticamente la mitad de los encuestados reconoció que nunca o rara vez había presentado a los estudiantes o residentes a la paciente, ni explicado el motivo de su presencia.

14. ¿Cuántas veces ha velado por mantener el confort físico del paciente: piel con piel con el recién nacido, alivio del dolor, satisfacer necesidades básicas (alimentación, higiene, posicionamiento del paciente, control de náuseas)?



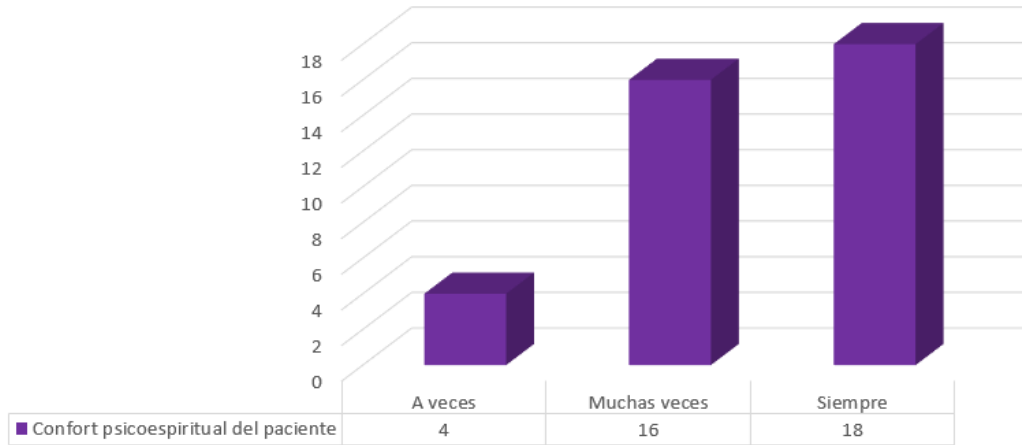
Tan sólo dos (una nunca y otra rara vez) de las personas que respondieron el cuestionario eligieron la opción de no velar por mantener el confort físico de las pacientes.

15. ¿En cuántas ocasiones ha velado por mantener el confort sociocultural del paciente: Presencia y apoyo de la familia, educación sanitaria relativa a la lactancia o el puerperio, respetar aspectos socioculturales?



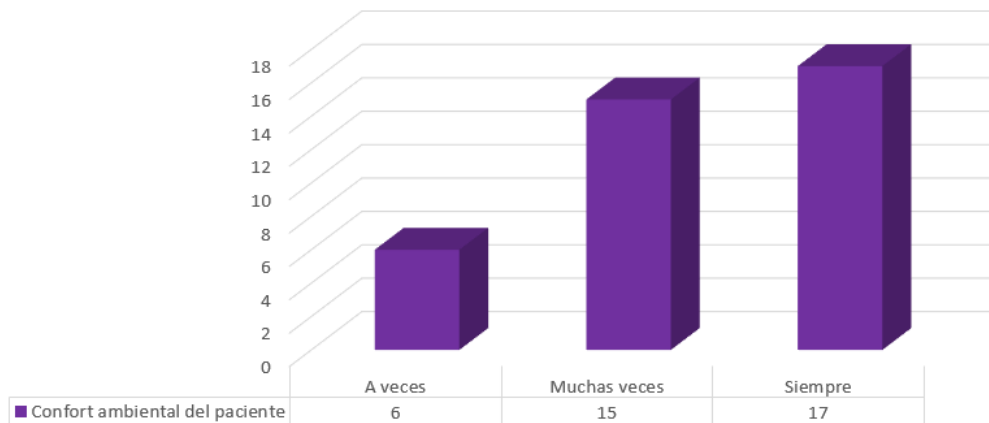
La mitad de los respondedores optó por elegir que siempre vela por el confort sociocultural de la paciente y dos de cada cinco señaló hacerlo muchas veces.

16. ¿En cuántas ocasiones ha velado por mantener el confort psicoespiritual del paciente: actitud de escucha y diálogo, atención a la comunicación no verbal, reducir ansiedad en relación al proceso de lactancia, parto y puerperio?



La mitad indicó que siempre velaba por mantener el confort espiritual, mientras que dos de cada cinco señaló que muchas veces.

17. ¿En cuántas ocasiones ha velado por el mantenimiento del confort ambiental del paciente: habitación limpia e iluminada, respetar las horas de descanso y el horario nocturnos?



Sólo seis de las treinta y ocho respuestas reflejaban que sólo a veces velaban por el mantenimiento del confort ambiental de la persona ingresada. Nadie respondió nunca o rara vez a esta pregunta.

Tras el análisis de cada una de las preguntas se detectaron las debilidades del Servicio y se elaboraron una serie de medidas correctoras y de mejora, todas ellas centradas en los resultados obtenidos (Anexo 3):

- Cuidar la identificación, presentándose ante la paciente.
- Evitar conversaciones no concernientes ante la paciente.
- Evitar el empleo de una jerga ininteligible para la paciente.
- Velar por el cuidado de la intimidad de la paciente.
- Explicar las pruebas o tratamientos a realizar a la paciente.
- Presentar a los estudiantes o residentes.

La ubicación y periodicidad de rotación de las recomendaciones se consensuan con los distintos grupos profesionales que integran el Servicio.

6. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos confirman la pertinencia del estudio realizado y la consecución de los objetivos planteados, nada ambiciosos si tenemos en cuenta la pequeña población de referencia a la que van dirigidos, pero que pueden suponer un punto de partida a partir del cual extenderse a otros servicios clínicos.

La cumplimentación de los cuestionarios se vio claramente mermada por la crisis de la COVID-19, especialmente entre el personal médico, constituyendo la principal limitación de nuestro estudio, dado que la pretensión era conseguir prácticamente la totalidad de encuestas respondidas. De las 39 encuestas recibidas, además, una de ellas no estaba respondida a partir del ítem 8, probablemente por no haberse percatado de que el cuestionario continuaba en el reverso del folio, lo que reduce a 38 el denominador final. No obstante, se mantiene un margen de error y porcentaje de participación similar a otros trabajos de este tipo, confirmándose la representatividad de la muestra, que permite extrapolar los resultados obtenidos a todo el Servicio. Por otra parte, la finalidad del cuestionario siempre ha sido describir el punto de partida para orientar mejor las recomendaciones que debíamos plantear.

Llama la atención que más de la mitad de los encuestados refirió tutear al paciente muchas veces (43%) o siempre (15%). Hay que tener en cuenta las características de las pacientes de este Servicio: mujeres jóvenes (media de edad de 31,75 años) que ingresan con motivo del parto. La situación de cercanía que se produce favorece el tuteo con las parturientas. Sin embargo, las matronas indicaron que sí se dirigen de usted al hablar, por ejemplo, con los padres de la puérpera, mayores en edad.

Más de la mitad de los encuestados refiere haberse dirigido al paciente, o haber visto hacerlo, sin presentarse previamente, en muchas ocasiones o siempre. No es correcto dar por sentado que la paciente ya conoce quiénes somos. La investigadora tiene la experiencia personal de que las propias pacientes, con relativa frecuencia, no saben si han hablado con la matrona, la enfermera de la planta o la TCAE del Nido, puesto que como ellas mismas indican, no nos presentamos al entrar en la habitación. Llevar en un lugar visible la tarjeta identificativa, con nuestro nombre, foto y categoría profesional es claramente insuficiente para que las personas ingresadas sepan con quién están hablando. Por contra, resulta llamativo que cuando una paciente presenta un escrito de agradecimiento sobre el trato recibido en el Servicio de Atención al Paciente, siempre hace referencia nominal a la matrona o personal que le atendió, lo cual ratifica la importancia de presentarse ante la paciente y que ésta sepa por quién está siendo atendida.

Casi dos tercios de los encuestados, un 64%, reconocen haber tenido a veces (36%) o muchas veces (28%) conversaciones con otros trabajadores delante del paciente sobre temas que no le concernían, es decir, ajenos a su proceso asistencial. Con relativa frecuencia podemos hablar de temas personales o particulares ante los enfermos, o incluso responder a llamadas telefónicas, interrumpiendo nuestra atención en lo que estábamos haciendo o hablando con la paciente. Este hallazgo merece una reflexión desde una

mirada empática: ¿cómo nos sentiríamos cuando otras personas que tienen que atendernos hablan entre ellas de cuestiones que ni nos van ni nos vienen durante dicha asistencia?

Destaca también el dato de que más de la mitad de los encuestados nunca (15%) o rara vez (41%) habían presenciado comentarios en una jerga ininteligible para el paciente. Se debería tener en cuenta que dadas las características del Servicio y de la paciente -si no existen complicaciones de algún tipo- la gran mayoría son mujeres sanas cuyo motivo de ingreso es el proceso fisiológico de parto, por lo que, al no tratarse de procesos patológicos, se puede comprender que no se empleen jergas o términos ininteligibles, como podría ocurrir en otros servicios.

Como un 38% reconocía que a veces sí que había empleado una jerga ininteligible al tratar con la paciente, por lo que se consideró lo suficientemente trascendente para tenerla en cuenta como medida de mejora. De todos modos queda claro que si comentáramos entre los profesionales cuestiones relacionadas con el tratamiento delante de la paciente, empleando una terminología médica que le impidiera la comprensión, estaríamos vulnerando sus derechos.

Más de las tres cuartas partes de los encuestados nunca (38%) o rara vez (41%) habían presenciado un traslado sin justificación ni explicación previa. Se puede tener en cuenta que en el servicio objeto de estudio los únicos traslados rutinarios son a paritorio (o, en caso de cesárea, a quirófano) y siempre se suele explicar a la paciente. De hecho, tanto a la sala de dilatación como al paritorio suelen pasar acompañadas por su pareja.

Prácticamente la mayoría de los encuestados (89,8%) nunca o rara vez habían administrado un tratamiento, o lo habían presenciado, sin poseer el consentimiento del paciente ni haber aclarado los efectos secundarios o riesgos. Los consentimientos más frecuentes que se solicitan en el servicio estudiado son los de cesárea, anestesia, ligadura tubárica o legrado.

Al igual que en cuestiones anteriores, casi la totalidad de los encuestados (todos excepto uno) nunca (82%) o rara vez (15%) habían visto servir o habían servido comidas prohibidas por motivos religiosos. Es cierto que, en el Servicio, en cuanto se produce un ingreso de mujeres musulmanas, que suelen ser las que solicitan cambio de menú por motivos religiosos, se les pregunta y se pide dieta sin cerdo.

Resalta también que aún uno de cada cuatro encuestados había visto alguna vez que se retirara la ropa propia a los pacientes sin justificación aparente o explicación. En el Servicio objeto de estudio, las púerperas son totalmente independientes y autónomas y el ingreso tiene como finalidad el parto. Al ingresar se les proporciona un camisón como prenda que llevarán hasta el momento del alta, por lo que se entiende totalmente su uso.

Resulta curioso que nueve de cada veinte de los encuestados respondieron que a veces habían visto o habían sido consciente de no disponer de medios adecuados para salvaguardar la intimidad del paciente, cuando prácticamente todas las habitaciones del Servicio de Obstetricia son individuales (excepto una que es doble que se emplea en caso

de estar ocupadas todas las demás). Esto facilita el mantenimiento de la intimidad de la paciente, si bien puede mejorarse con el empleo de biombos, por ejemplo, y manteniendo las puertas cerradas.

En cuanto a si habían trasladado al paciente en silla o camilla cuando prefería caminar y podía hacerlo o si lo habían presenciado, tres de cada diez contestaron afirmativamente. Vuelve a ser relevante tener en cuenta las características del Servicio, puesto que los únicos traslados que se suelen realizar son al paritorio o quirófano y, dadas las condiciones de las puérperas, el traslado en cama es el medio más indicado para las movilizaciones.

Por otro lado, poco menos de la mitad (47%) refirió que nunca o rara vez había indicado pruebas o tratamientos sin aclarar al paciente su coste o necesidad (o presenciado su indicación). El perfil de paciente es mujer joven cuyo motivo de ingreso es el parto y, si no existen complicaciones, no se requiere gran cantidad de pruebas o intervenciones ni tratamientos. A esto hay que añadir que la gran mayoría de pacientes ha asistido a la formación de preparación al parto por la matrona de atención primaria, por lo que es conocedora de dicho proceso. Farmacológicamente hablando, los tratamientos más frecuentes son la anestesia epidural (que ellas mismas solicitan) y la administración de antibióticos y antiinflamatorios en el puerperio (igualmente suelen ser ellas quienes demanden la analgesia). Sin embargo, la opción más contestada fue a veces (28%), por lo que se consideró oportuno plantearla como medida de mejora.

Son reseñables en la pregunta referente al respeto a la voluntad de la paciente los resultados tan positivos. La opción siempre fue seleccionada por la mitad de los respondedores mientras que muchas veces por el 33,3%. Esto pone de manifiesto el respeto por este tipo de preferencias de la paciente, en especial las relativas al plan de parto, siempre y cuando sea posible y no exista una contraindicación médica ni se ponga en riesgo la salud del recién nacido.

Por el contrario, prácticamente la mitad de los encuestados (48,7%) reconoció que nunca o rara vez presentan a los estudiantes o residentes a la paciente ni explican el motivo de su presencia. En este Servicio podemos encontrar residentes de Pediatría, Ginecología y Enfermería Obstétrico-Ginecológica junto con estudiantes de Medicina, Enfermería y de TCAE, por lo que todas las categorías profesionales se ven afectadas en la mejora de esta medida. Este resultado pone en evidencia que la Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud, sigue siendo desconocida. Considero que sería oportuno plantear una sesión sobre su existencia y la necesidad de tenerla en cuenta (es una norma jurídica), con el cambio de actitud y medidas organizativas del equipo que sean necesarias. Se podría solicitar al CEASIII, que ofrece este tipo de sesiones desde su acreditación, aunque no es frecuente que los Servicios las pidan.

Resulta relevante que cuatro de cada cinco encuestados respondieron que siempre vela por el confort físico del paciente y tres de cada diez refirieron hacerlo muchas veces. La autopercepción de nuestra actitud hacia las pacientes es muy positiva. Convendría contrastar este resultado con la opinión de las propias pacientes atendidas, pero éste no era el objetivo del presente trabajo.

Algo parecido ocurre con la pregunta sobre la preocupación por el confort sociocultural, psicoespiritual y ambiental de la paciente. Es significativo que casi todas las debilidades o puntos de mejora detectadas en el Servicio están relacionadas con actitudes o formas de comportarse ante la paciente o de organizar la forma de trabajo, y no tanto con las carencias estructurales o escasez de medios materiales.

Además, se ha percibido que algunas de estas medidas de mejora (como la presentación al paciente) fueron ya recomendaciones propuestas por el CEASIII en el IV Simposio aragonés de Comités de Ética²³. Por otro lado, se ha comprobado que los resultados obtenidos refuerzan lo ya percibido por Virginia Henderson².

Esto nos indica que se cumplirían los objetivos de este trabajo de investigación, ya que, por un lado, se ha retratado la calidad de la atención prestada en el Servicio en lo relativo al cuidado de la dignidad e intimidad de las personas en él ingresadas y, por el otro, se han concretado medidas para mejorar la Humanización de la asistencia.

No obstante, se han detectado como fortalezas las cuestiones relacionadas con la teoría del confort de Kolcaba²⁴. Llama poderosamente la atención que prácticamente la totalidad de los encuestados vela por mantener el confort de la paciente en todas sus dimensiones: física, sociocultural, psicoespiritual y ambiental.

Tras el análisis de estos resultados se elaboraron las medidas de mejora citadas anteriormente. Se cumplió con los plazos previstos en el cronograma respecto a la recogida de datos, posterior análisis de los resultados y elaboración de medidas de mejora. Sin embargo, dichas medidas no se pudieron implementar, desgraciadamente. La crisis producida por la COVID-19 hizo que se reestructurase el Servicio y parte de la planta de Obstetricia se reconvirtiera en Servicio de Ginecología, Digestivo y parto COVID positivo. De igual modo hubo una reestructuración del personal y la situación no era la favorable ni el momento el adecuado, debido a la sobrecarga laboral, para implementar las medidas de mejora, por lo que no se consideró pertinente su ejecución. No obstante, tras comentar con el personal encuestado los resultados y las medidas de mejora, se ideó un plan para su puesta en marcha en un futuro próximo.

Para que estas medidas tuviesen un mayor impacto, se decidió imprimirlas en unos carteles y colocarlas en distinto lugar en cada ocasión, de modo que se evitase así el acostumbramiento. El diseño era sencillo y con un estilo directo, con colores llamativos,

² Henderson, V. Discurso nombramiento profesora honoraria Universidad de Barcelona. 12 de mayo de 1988.

de manera que a simple vista el lector percibiese el mensaje. Se mantendrían en su lugar dos semanas, espacio de tiempo en el que se procedería a dar paso a la colocación de la siguiente medida de mejora. Se seleccionaron lugares exclusivos para el personal, no a la vista de los pacientes ni de sus familiares, y que fuesen frecuentados por todo el personal como zonas de paso.

En el servicio de Nidos se colocarían en los siguientes lugares:



Medida 1 (en la puerta de acceso al Servicio -parte interna-)



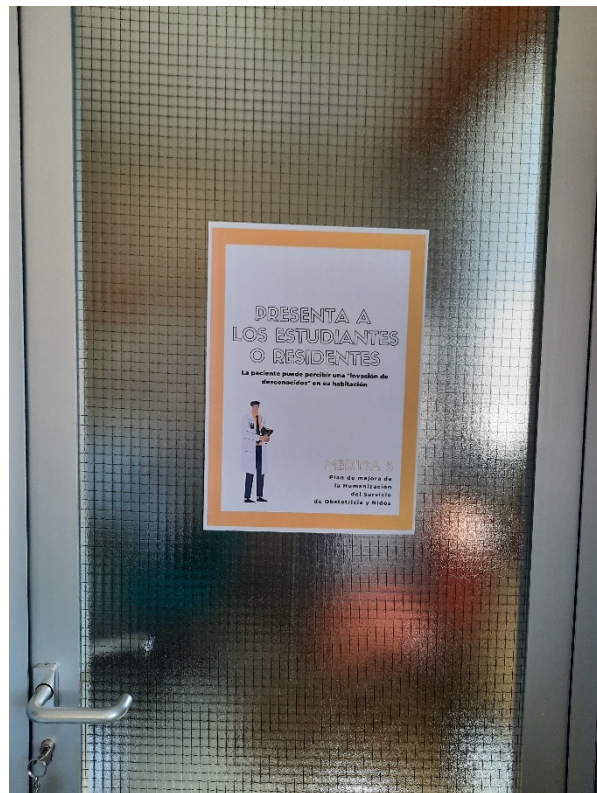
Medida 2 (en la columna junto a los ordenadores)



Medida 3 (en la puerta acceso al servicio de Nidos -parte externa-)



Medida 4 (en la cristallera del estar de enfermería)



Medida 5 (en la puerta de acceso al estar de enfermería)

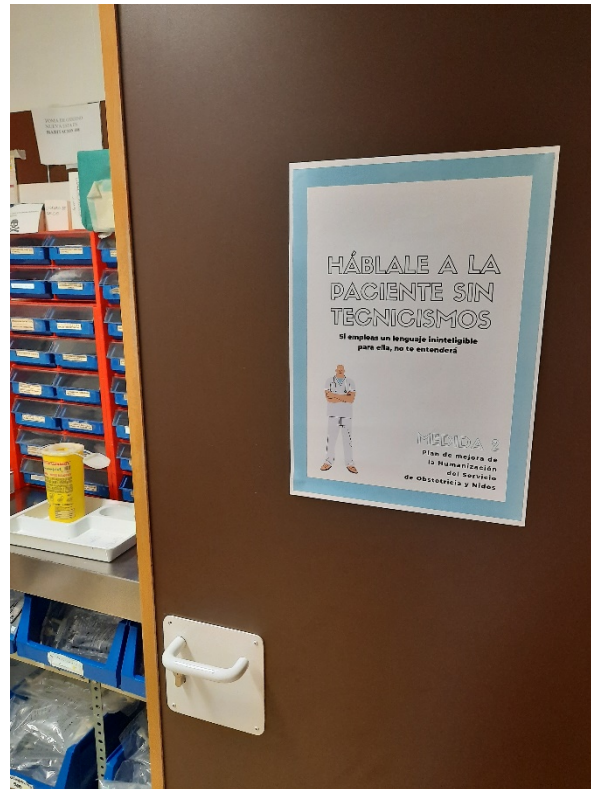


Medida 6 (en la puerta de salida del servicio)

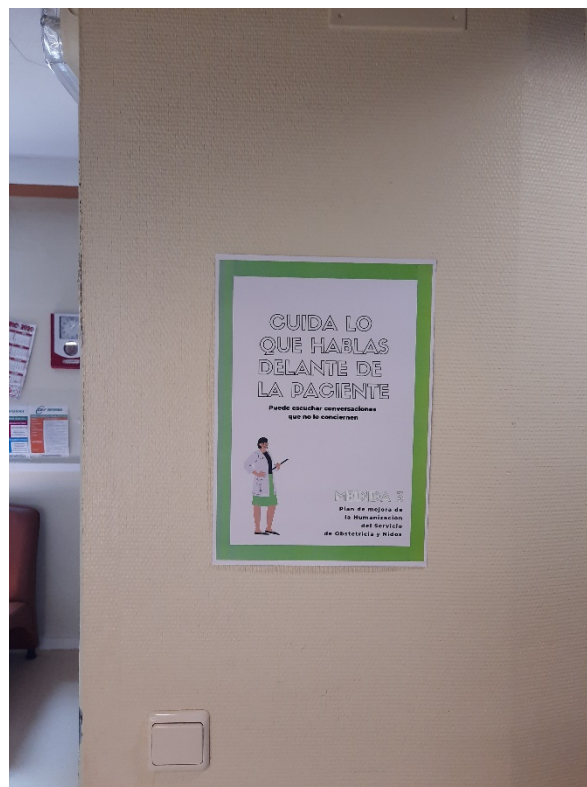
De igual modo, en el Servicio de Obstetricia se diseñó un plan de colocación de las medidas de mejora.



Medida 1 (en el estar de enfermería)



Medida 2 (en la puerta de acceso a la farmacia)



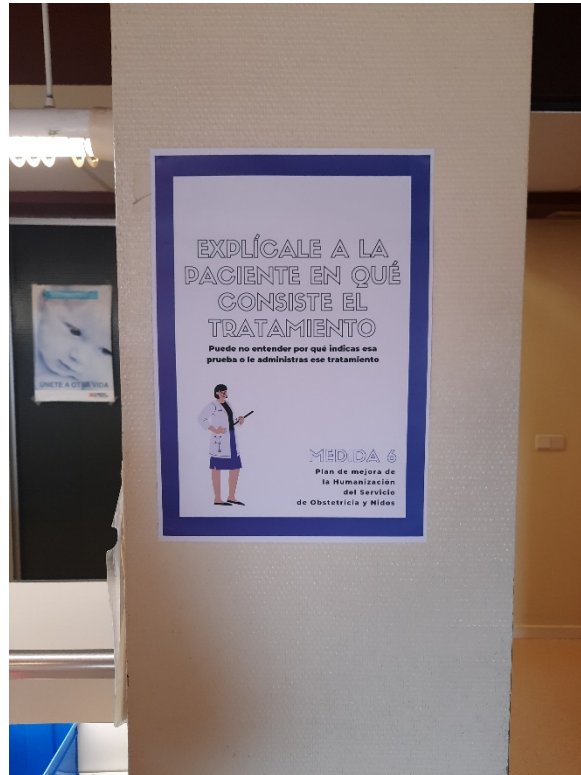
Medida 3 (en la pared contigua al estar de enfermería)



Medida 4 (junto al despacho de la supervisora)



Medida 5 (en el control de enfermería)



Medida 6 (en la columna junto al control de enfermería)

7. CONCLUSIONES

- El trabajo realizado ha permitido actualizar la situación del Servicio, desde el punto de vista de la Humanización, concretando las fortalezas y los principales puntos de mejora para asegurar dicha Humanización y el respeto a la dignidad de las personas ingresadas.
- Los carteles elaborados para su distribución rotatoria en lugares clave constituyen una herramienta para la mejora de la calidad de la atención prestada.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Milliken A. Nurse ethical sensitivity: An integrative review. *Nurs Ethics*. 2016; 25(3):278-303.
2. Yildiz E. Ethics in nursing: A systematic review of the framework of evidence perspective. *Nurs Ethics*. 2017;26(4):1128-1148.
3. Parandeh A, Khaghanizade M, Mohammadi E, Mokhtari-Nouri J. Nurses' human dignity in education and practice: An integrated literature review. *Iranian J Nursing Midwifery Res* 2016;21:1-8.
4. Barclay L. In sickness and in dignity: A philosophical account of the meaning of dignity in health care. *IJNURSTU* 2016;61:136-141.
5. Lin Y-P, Watson R, Tsai Y-F. Dignity in care in the clinical setting. A narrative review. *Nurs Ethics*. 2013; 20(2):168-177.
6. Aydın Er R, İncedere A, Öztürk S. Respectful care of human dignity: how is it perceived by patients and nurses? *J Med Ethics* 2018;44:675-680.
7. Burrows Jaime, Echeverría B Carlos, Goic G Alejandro, Herrera C Carolina, Quintana V Carlos, Rojas O Alberto et al. El respeto a la intimidad del paciente. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2014 [citado 11 Feb 2020];142(4):506-511. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000400013&lng=es
8. Carvalhal Gustavo Franco, Poli Marcelino Hofmeister, Clementel Fabiano Kingeski, Gauer Gabriel Chittó, Marques Graziela Hax, Silveira Inês G. et al. Recomendaciones para la protección de la privacidad del paciente. *Rev. Bioét.* [Internet]. 2017 [citado 11 Feb 2020]; 25(1):39-43. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422017000100039&lng=en
9. García Cabeza ME. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. *Metas Enferm* 2014;17(1):70-74.
10. Aksoy Derya Y, Pasinlioğlu T. The effect of nursing care based on comfort theory on women's postpartum comfort levels after caesarean sections. *Int J Nurs Knowl*. 2015; 28(3):138-144.
11. Ludington-Hoe SM. Skin-to-Skin Contact: A comforting place with comfort food. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 2015;40(6):359-66.
12. Figueiredo JV, Fialho AV, Mendonça Glícia MM, Rodrigues Dafne P, Silva LF. Pain in the immediate puerperium: nursing care contribution. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018 [consultado 15 Feb 2020]; 71(3):1343-1350. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000901343&lng=en.
13. Correa ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Rev Cuid*. 2016;7(1):1227-31.
14. Llobera Cifre R. Humanización de la atención obstétrica: qué opinan las matronas. *Matronas Prof*. 2018;19(1):12-20

15. Borges Damas L, Sixto Pérez A, Sánchez Machado R. Influencia del desempeño de los profesionales de enfermería en la atención humanizada al parto. *Rev. Cubana Enfermer.* 2018; 34(2): 1-13.
16. Newnham E, Kirkham M. Beyond autonomy: Care ethics for midwifery and the humanization of birth. *Nurs Ethics* 2019; 26(7-8): 2147-2157.
17. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015;23(3):520-526.
18. Morton CH, Simkin P. Can respectful maternity care save and improve lives? *Birth.* 2019; 46:391-395.
19. Shakibazadeh E, Namadian M, Bohren MA, Vogel JP, Rashidian A, Nogueira Pileggi V, et al. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. *BJOG* 2018;125:932-942.
20. López Rubio MA. Nacer en los tiempos del COVID-19. *JONNPR.* 2020;5(6):nnn-nn. DOI: 10.19230/jonnpr.3681
21. Morton CH, Simkin P. Can respectful maternity care save and improve lives? *Birth.* 2019;46:391–395
22. Delgado-Marroquín MT, Gracia-Peligero E, Lalanda M. They are people first, then patients. *AMA Journal of Ethics,* 2017;19(5):508-509.
23. Carlota Canet, et al. Dignidad del paciente: un ejemplo de objetivo específico del CEA Sector III. IV Simposio Aragonés de Comités de Ética Asistencial. Zaragoza, 29 de septiembre de 2017.
24. Kolcaba K. *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research.* 2003. Springer publishing Company.

9. ANEXOS

9.1. Anexo 1 Cuestionario

Médico <input type="checkbox"/>	Enfermera <input type="checkbox"/>
TCAE <input type="checkbox"/>	Matrona <input type="checkbox"/>

RESPECTO A LA DIGNIDAD DEL PACIENTE

Con la finalidad de conocer el grado de respeto del que son objeto las personas atendidas en nuestro servicio en lo referente a su dignidad, intimidad y preferencias personales durante sus ingresos, le agradeceríamos consintiera en responder a las siguientes cuestiones que buscan mejorar aspectos de cuidado y atención, respeto, comodidad y satisfacción de nuestros pacientes.

Su participación es **voluntaria** y sus **respuestas anónimas**, se asegura la confidencialidad de la fuente de los datos en todo momento durante el procesamiento y análisis de los mismos y publicación de los resultados.

En caso de estar interesado/a de recibir información sobre los mismos, contacte con la investigadora principal: teresalamero@gmail.com

A continuación, se enuncian una serie de cuestiones. Marque, según su opinión y experiencia, en una escala de 1 a 5, donde 1 es nunca y 5 es siempre.

1	¿En cuántas ocasiones ha tuteado a los pacientes o ha visto hacerlo, independientemente de su edad y grado de confianza?	1	2	3	4	5
2	¿En cuántas ocasiones se ha dirigido o ha visto dirigirse a los pacientes sin presentarse o identificarse?	1	2	3	4	5
3	¿En cuántas ocasiones ha mantenido conversaciones con otros trabajadores -o ha sido testigo de ello- delante del paciente sobre temas que no conciernen al enfermo?	1	2	3	4	5
4	¿En cuántas ocasiones ha hecho -o visto hacer- comentarios sobre un paciente o su tratamiento en jerga médica o de enfermería de tal manera que es ininteligible para el paciente?	1	2	3	4	5
5	¿En cuántas ocasiones ha trasladado, manejado, movilizado -o visto hacerlo- a un paciente sin darle explicaciones?	1	2	3	4	5
6	¿En cuántas ocasiones ha administrado o visto administrar tratamientos a pacientes sin su consentimiento, o sin una aclaración adecuada de los posibles riesgos y efectos secundarios?	1	2	3	4	5

7	¿Cuántas veces ha servido o ha visto servir a los pacientes comidas prohibidas por sus creencias religiosas?	1	2	3	4	5
8	¿Cuántas veces ha quitado la ropa propia a los pacientes y obligado a vestir otra suministrada por el hospital sin justificación aparente ni explicaciones, o ha sido testigo de este hecho?	1	2	3	4	5
9	¿Cuántas veces ha visto o sido consciente de no disponer de los medios adecuados para que el paciente pueda asegurar su intimidad para ciertas funciones corporales?	1	2	3	4	5
10	¿En cuántas ocasiones ha trasladado -o visto hacerlo- en silla o camilla, cuando el paciente preferiría caminar y podía hacerlo?	1	2	3	4	5
11	¿Cuántas veces ha sido testigo de la indicación de pruebas o tratamientos sin haber aclarado al paciente su necesidad o coste?	1	2	3	4	5
12	¿Cuántas veces ha respetado la voluntad del paciente en cuestiones relacionadas con sus preferencias o con el plan de parto?	1	2	3	4	5
13	En caso de ir acompañado de estudiantes o residentes, ¿en cuántas ocasiones se han presentado al paciente y le han explicado el motivo de su presencia?	1	2	3	4	5
14	¿Cuántas veces ha velado por mantener el confort físico del paciente: piel con piel con el recién nacido, alivio del dolor, satisfacer necesidades básicas (alimentación, higiene, posicionamiento del paciente, control de náuseas)?	1	2	3	4	5
15	¿En cuántas ocasiones ha velado por mantener el confort sociocultural del paciente: Presencia y apoyo de la familia, educación sanitaria relativa a la lactancia o el puerperio, respetar aspectos socioculturales?	1	2	3	4	5
16	¿En cuántas ocasiones ha velado por mantener el Confort Psicoespiritual del paciente: actitud de escucha y diálogo, atención a la comunicación no verbal, reducir ansiedad en relación al proceso de lactancia, parto y puerperio?	1	2	3	4	5
17	¿En cuántas ocasiones ha velado por el mantenimiento del Confort ambiental del paciente: habitación limpia e iluminada, respetar las horas de descanso y el horario nocturnos?	1	2	3	4	5

Gracias por su participación.

9.2. Anexo 2

Dictamen favorable CEICA



Informe Dictamen Favorable
Trabajos académicos

C.P. - C.I. PI20/111

4 de marzo de 2020

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 04/03/2020, Acta N° 05/2020 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

Título: Plan de mejora de la Humanización en el Servicio de Obstetricia y Nidos de un hospital terciario.

Alumna: M^a Teresa Salamero Rodríguez

Tutores: M^a Teresa Delgado Marroquín y Emilio José Sanz Álvarez

Versión protocolo: V 5.0 de 09/03/2020

Versión cuestionario: V 5.0 de 09/03/2020

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, el adecuado tratamiento de los datos en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE** a la realización del proyecto.

Lo que firmo en Zaragoza

GONZALEZ
HINJOS MARIA -
DNI 03857456B

Firmado digitalmente
por GONZALEZ HINJOS
MARIA - DNI 03857456B
Fecha: 2020.03.09
17:28:57 +01'00'

María González Hinjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

9.3. Anexo 3

Medidas de mejora

PRESÉNTATE A TU PACIENTE

**¿Matrona, enfermera o TCAE? ¿Obstetra o
pediatra? ¿Del Nido o de la planta?**

Si no te identificas correctamente,
la paciente no sabrá quién eres

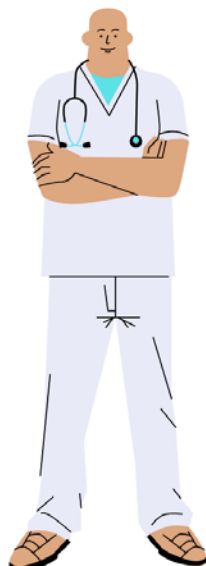


MEDIDA 1

**Plan de mejora de
la Humanización
del Servicio
de Obstetricia y Nidos**

HÁBLALE A LA PACIENTE SIN TECNICISMOS

**Si empleas un lenguaje ininteligible
para ella, no te entenderá**



MEDIDA 2

**Plan de mejora de
la Humanización
del Servicio
de Obstetricia y Nidos**

CUIDA LO QUE HABLAS DELANTE DE LA PACIENTE

**Puede escuchar conversaciones
que no le conciernen**



MEDIDA 3

**Plan de mejora de
la Humanización
del Servicio
de Obstetricia y Nidos**

VELA POR PRESERVAR LA INTIMIDAD DE LA PACIENTE

**Puede percibir que estamos invadiendo
su intimidad**

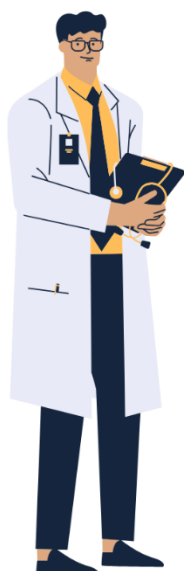


MEDIDA 4

**Plan de mejora de
la Humanización
del Servicio
de Obstetricia y Nidos**

PRESENTA A LOS ESTUDIANTES © RESIDENTES

La paciente puede percibir una "invasión de desconocidos" en su habitación



MEDIDA 5

**Plan de mejora de
la Humanización
del Servicio
de Obstetricia y Nidos**

EXPLÍCALLE A LA PACIENTE EN QUÉ CONSISTE EL TRATAMIENTO

**Puede no entender por qué indicas esa
prueba o le administras ese tratamiento**



MEDIDA 6

**Plan de mejora de
la Humanización
del Servicio
de Obstetricia y Nidos**