

VALORACIÓN DEL RESPETO A LA INTIMIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

MASTER EN INICIACIÓN A LA INVESTIGACIÓN EN MEDICINA

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA, FACULTAD DE MEDICINA



Martha Urdaz Hernández

Licenciada en Medicina

Bajo la dirección del Doctor Javier Mozota.

ÍNDICE

I. Introducción	03
A. Intimidad.....	03
II. Objetivos.....	06
III. Métodos	07
A. Tamaño de la muestra.....	08
B. Variables	08
C. Encuesta	09
D. Recogida de datos	10
E. Análisis de datos	10
F. Análisis descriptivo	11
G. Criterios de validez.....	11
VI. Resultados	12
A. Encuesta paciente.....	12
B. Encuesta profesionales	19
V. Discusión.....	28
VI. Conclusiones	30
VII. Agradecimiento.....	31
VIII. Bibliografía.....	32
ANEXO II. Informe/Evaluación del director	35

I. INTRODUCCIÓN

El servicio de Urgencias es una unidad integral que el Hospital dedica, para recibir, estabilizar y manejar a los pacientes que se presentan con una variedad de condiciones urgentes o no. Los pacientes perciben una necesidad de atención urgente o aguda y se deben proporcionar cuidados de un alto estándar de calidad. El servicio de Urgencias es un entorno impersonal e invasivo. La normativa de unidad y la estructura arquitectónica favorecen la pérdida de intimidad que resulta inherente a la valoración clínica y a su estancia hospitalaria. ¿Comprendemos todo lo que abarca la intimidad del paciente y que abarca tanto el campo legal como ético?

A. INTIMIDAD

El Derecho a la intimidad personal es necesario, para mantener una calidad mínima de vida. Desde siempre los médicos hemos tratado con lo más íntimo del hombre: su cuerpo, su psique y sus actos presentes y pasados. La intimidad representa lo más nuclear del ser humano y debe ser protegida.

En la actualidad debemos ser conscientes de la importancia de nuestra labor diaria en el medio hospitalario. La relación médico paciente es fundamental para la correcta realización de nuestro trabajo diario. Nunca debemos olvidar los derechos del paciente. Somos responsables de mantener una buena relación clínica asistencial sin olvidarnos de los derechos de los pacientes. En nuestra práctica diaria debe primar su derecho a la intimidad. Cada día por diversidad de situaciones y acciones podemos vulnerar el derecho a la intimidad y a la confidencialidad de las personas y sus datos clínicos. La confidencialidad de los datos de salud derivan del derecho de los pacientes a la intimidad¹. El respeto a la intimidad es un derecho fundamental ligado a la dignidad de la persona. Afecta a lo que nos dice, a lo que se puede deducir por observación, la

¹ Constitución Española (1978). Artículo 18,1 sobre el derecho a la intimidad: se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. ¹ Código de Deontología. Normas de Ética Médica. Artículo 30: El Médico tiene el deber de guardar secreto todo aquello que el paciente le haya confiado, lo que haya visto, haya deducido y toda la documentación producida en su ejercicio profesional, y procurará ser tan discreto que ni directamente ni indirectamente nada será descubierto.

exploración, las pruebas complementarias, comentarios del caso clínico o por otros medios².

La confidencialidad es imprescindible para realizar nuestro trabajo. El disponer de la confidencialidad nos permite acceder a datos que nos ayudarán en el diagnóstico y a comprender situaciones de una manera más fácil. La confidencialidad se basa en tres pilares:

- ❖ Derecho a la intimidad: es un derecho que el paciente puede preservar hasta donde él crea necesario.
- ❖ La confianza: Los pacientes necesitan tenernos confianza para poder explicarnos todo lo que les sucede. Los sanitarios somos confidentes necesarios y, por tanto, estamos obligados a guardar el secreto profesional.
- ❖ La lealtad al paciente nos obliga a respetar su intimidad y su autonomía.

La obligación de la confidencialidad afecta: al personal sanitario, personal de limpieza, informáticos y al personal de atención al usuario³

La intimidad es un derecho fundamental establecido y ligado a la dignidad de las personas⁴:

1. Toda persona tiene derecho a que se respete la confidencialidad de los datos referentes a su salud. Igualmente, tiene derecho a que nadie que no se encuentre autorizado pueda acceder a ellos si no es al amparo de la legislación vigente.
2. Toda persona tiene derecho a que se le pida su consentimiento antes de la realización y difusión de registros iconográficos.
3. Toda persona tiene derecho a preservar la intimidad del cuerpo con respecto a otras personas ajenas a los profesionales sanitarios.

² Código de Deontología. Normas de Ética Médica. Artículo 30: El Médico tiene el deber de guardar secreto todo aquello que el paciente le haya confiado, lo que haya visto, haya deducido y toda la documentación producida en su ejercicio profesional, y procurará ser tan discreto que ni directamente ni indirectamente nada será descubierto.

³ Legalmente son denominados como personal no sanitario. Esta denominación es legal pero del todo incorrecta ya que actúan en una función sanitaria.

⁴ Ley 6 /2002 capítulo II, artículo 11.

4. Los centros asistenciales deben adoptar las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refieren los apartados anteriores y, a tal efecto, elaborarán las normas de régimen interno y los procedimientos protocolizados necesarios.

El derecho a la intimidad esta dividido en tres grados de protección o en tres esferas: intimo, privado y público. La esfera intima abarca los datos de origen social, toda la información relacionada con la salud, la vida sexual etc. Sobre esta información pesa el secreto médico.

En el libro de Ética escrito por Alejandro Serani y Manuel Lavados⁵ describen lo íntimo en tres planos:

- ❖ La intimidad con respecto al espacio propio o intimidad territorial. En el ámbito hospitalario se ve reducido al máximo, a un área de Boxes, a su cama. Esto implica que si alguien accede en mi territorio es como si accediera a mi mismo.
- ❖ La intimidad con respecto al conocimiento y contacto con nuestro cuerpo: intimidad corporal .La vestimenta que implica la conducta púdica y por tanto puede sobrevenir el temor a ser contactado. El médico tiene que examinar el cuerpo del paciente para llegar al diagnóstico correcto, esta exploración debe estar plenamente justificada .El paciente se puede negar.
- ❖ La intimidad psicológica o espiritual, el derecho a mantener mis afectos, mis pensamientos.

Nos apoyamos en una buena historia clínica para llegar a nuestro diagnóstico. Con la entrevista clínica obtenemos información sobre el paciente. Somos responsables de proteger toda la información⁶.No es una simple recogida datos, debe existir un buena relación interpersonal que ha de ser positiva para ser terapéutica.

⁵Ética y Bioética. Ed Santiago de Chile 1998.

⁶ Ley 41/2002, 14 de noviembre, básica y reguladora de los derechos y obligaciones en materia de información.

II. OBJETIVOS

Es necesario conocer lo que implica la intimidad del paciente y las leyes que la amparan. Debemos no sólo fomentar el conocimiento de las leyes, además debemos procurar que se cumplan. Nuestra meta es obtener una asistencia de calidad. Nos interesa conocer:

1. La percepción de privacidad auditiva, visual y global que tienen los pacientes durante su atención médica en el Servicio de Urgencias del Hospital Ernest Lluch.
2. Analizar si variables asociadas a la asistencia (edad, sexo) influyen en la percepción del respeto a la intimidad en el Servicio de Urgencias.
3. Determinar si existen variables asociadas a la asistencia (hora de llegada, día de asistencia, horas de espera,...) que influyen en la percepción del respeto a la intimidad en el servicio de urgencias.
4. Determinar si existe alguna variable asociada a las características del centro.

III. MÉTODOS

Se ha realizado un diseño estudio prospectivo, realizado mediante encuesta clínica sobre la valoración del respeto a la intimidad que perciben los pacientes atendidos en los Servicios de Urgencias de los diferentes hospitales de Aragón. El ámbito de estudio fue el servicio de urgencias del Hospital comarcal de Calatayud, el hospital Ernest Lluch. El hospital Ernest Lluch atiende a una población de 56 500 habitantes que pertenecen a 115 municipios. El estudio se realizó durante los meses de octubre a noviembre del año 2009. El Hospital de Calatayud atiende una población envejecida (índice de población de Fritz Savoy de 64.02) y procedente su mayoría de zona rural. Este servicio está formado por un área de triage, cuatro Boxes, uno de los cuales es de reanimación y un área de observación de 15 camas, dos de las cuales tienen monitor para críticos. El área de observación posee una estructura arquitectónica que varía desde dos unidades dobles, hasta dos áreas de 4-6 camas y un área de aislamiento.

La metodología cualitativa permite comprender una experiencia tal y como es vivida, lo describe e interpreta para darlo a conocer.

Se realizó un estudio interhospitalario de un total de 3949 pacientes participantes, 438 pacientes pertenecen al hospital de Calatayud... 255 hombres y 175 mujeres. En pacientes mayores de 18 años.

Se intentó seleccionar una muestra con los siguientes criterios de inclusión:

1. Pacientes que acuden al servicio de Urgencias hospitalarias con una estancia mínima de una hora.
2. Pacientes dados de alta de forma consecutiva o bien dados de alta a domicilio, o bien ingreso hospitalario.
3. Las variables de estratificación serán: turno horario, día festivo y Área donde se le da el alta.
4. Personas mayores de 18 años. Se realizan grupos de 18-44, 45-64 y 65>.
5. El tamaño muestral en cada uno de los estratos será proporcional al tamaño del estrato en la población total.

6. Que en el momento de realizar la entrevista estuvieran conscientes, orientados y hubieran superado el período crítico de la enfermedad.
7. Que fueran capaces de responder personalmente a las preguntas realizadas y aportar datos válidos para el estudio acerca de sus experiencias en el servicio de Urgencias.
8. Que la participación sea voluntaria.
9. Personal hospitalario que trabajan en el servicio de Urgencias.

Como criterio de exclusión se estableció:

1. Rechazo del paciente a participar.
2. Incapacidad para entender.
3. Incapacidad para cumplimentar la encuesta.
4. Que la situación médica que presenta el paciente no permita su cumplimentación.

A. TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño muestral se calculó utilizando la fórmula para proporción, partiendo de la situación más desfavorecida ($p=q= 0.5$), considerando un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%, y teniendo el número mínimo de urgencias atendidas en cada uno de los hospitales en que se realizará el estudio es al menos de 35.000/año. Por lo tanto cada centro debe realizar un número mínimo de 384 encuestas. En el análisis global se ponderarán los casos de cada centro por el factor de ponderación respecto a la población atendida.

B. VARIABLES

Determinaremos las viables explicativas como las variables de respuestas.

1. Variables explicativas:

- ❖ Paciente: edad, sexo.
- ❖ Depende del episodio de asistencia: día de la semana de ingreso en Urgencias, hora de ingreso en Urgencias, hora de alta en Urgencias, día de la semana de alta en Urgencias, destino tras el alta de Urgencias, motivo de asistencia, grado de prioridad del triage
- ❖ Centro: público o privado, con MIR o sin MIR, número de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el año previo al estudio., tipo de separación de los pacientes (tabique o cortina), la existencia o no de puertas o cortinas en el acceso a los Boxes , número de personal por turnos.

2. Variables de respuesta:

- ❖ Encuesta: la encuesta consta de once preguntas con respuesta cerrada, con valores entre 1-5.

C. ENCUESTA

La encuesta explora tres aspectos: privacidad auditiva (4 preguntas), privacidad visual (4 preguntas) y privacidad global (3 preguntas). La encuesta ha sido traducida de la utilizada por Barlas⁷. Cada pregunta tiene cinco opciones gradualmente de escala de Likert.

De forma previa al estudio se realizó un estudio piloto para valorar la cumplimentación de la encuesta en el Hospital Clínico “Lozano Blesa “con el objetivo de valorar que el lenguaje se adecua a los pacientes, subsanar los problemas que se identifiquen, valorar el grado de cumplimentación y tasa de respuesta.

⁷ Comparison of auditory and visual privacy of Emergency Department design and patient perceptions of privacy and confidentiality.

D. RECOGIDA DE DATOS

Se invitará a cumplimentar la encuesta a los pacientes dados de alta: bien del Área de primera atención, de la sala de Observación del Servicio de Urgencias. Como requisito:

La encuesta la presentará al paciente una persona diferente del médico que le da el alta o la enfermera responsable de su atención al alta.

1. La cumplimentación de la encuesta será realizada por el propio paciente.
2. Si el paciente presenta alguna dificultad se podrán aclarar las dudas que surjan, en este supuesto, será el médico o la enfermera que le haya presentado la encuesta la persona encargada de realizar las aclaraciones verbales.
3. El espacio físico en el que se cumplimentará la encuesta será la misma consulta/habitación/sala en la que se haya informado del alta al o del ingreso hospitalario.
4. Para que no existan variabilidad en la administración de encuesta en los diferentes centros se realizará una reunión previa con los investigadores de cada centro para explicar detalladamente la metodología a seguir.
5. Cada investigador deberá realizar una reunión en su centro con el personal que vaya a colaborar en la administración de la encuesta.

Se ha elegido este método porque es la forma que más se adapta a nuestras necesidades al ser un instrumento válido para captar el significado que tiene la privacidad.

E. ANÁLISIS DE DATOS

Las respuestas a cada pregunta se analizarán de dos puntos de vista:

1. Cuantitativo: según la puntuación que hayan respondido, utilizando para su análisis la media.
2. Cualitativo: con dos valores “adecuado” o no “no adecuado “. Consideramos el valor “adecuado” cuando la puntuación en la respuesta se “4” o “5” y “no adecuado” cuando la puntuación en la respuesta sea “1”, “2” o “3”.

Las preguntas se analizarán tanto individualmente como agrupadas según exploren la privacidad auditiva (preguntas 1 a 4), la privacidad visual (preguntas 5 a 8) o la privacidad global (pregunta 9 a 11).

F. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Determinaremos la correlación entre las puntuaciones entre las diferentes dimensiones e privacidad analizadas. Estimación de la puntuación para cada una de las preguntas individuales, para cada una de las tres dimensiones de privacidad y para la puntuación global. Se realizará la estimación de porcentaje de pacientes con percepción adecuada de la privacidad en cada uno de los centros y en la muestra global. De los pacientes que no responden se recogerán los datos demográficos y de proceso asistencial para valorar si es representativa de la población total. Se calculará la tasa de no respuesta.

G. CRITERIOS DE VALIDEZ

1. Existencia de consentimiento informado de forma oral.
2. Participación voluntaria.
3. Permiso del Hospital
4. Garantizar la confidencialidad.
5. Control estricto de la custodia de las encuestas.

IV. RESULTADOS

HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

A. ENCUESTA PACIENTE

3.949 encuestas totales

438 Hospital Ernest Lluch de Calatayud (11,09%)

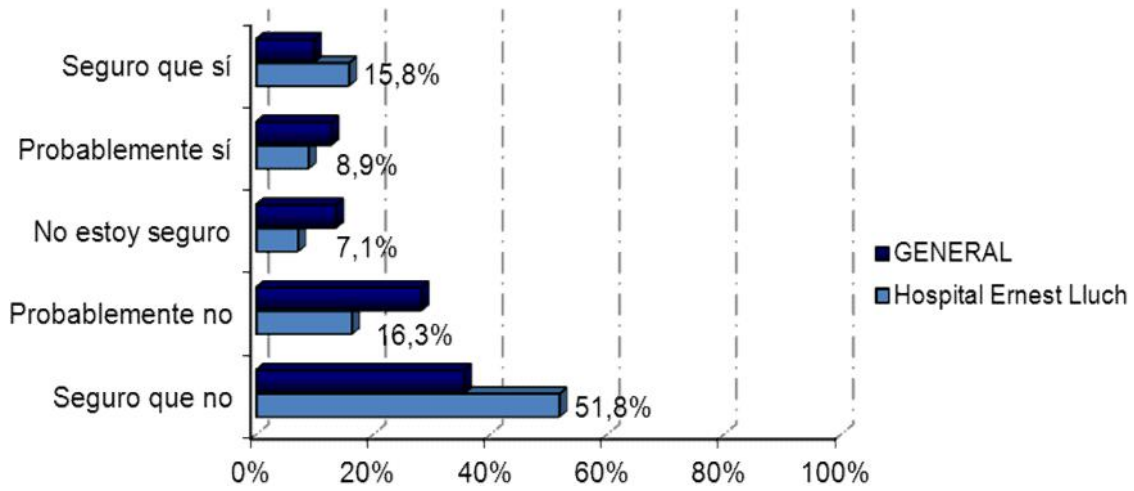
SEXO	GENERAL		HELL	
Hombre	1.977	50,1%	255	59,3%
Mujer	1.898	49,0%	175	40,7%
TOTAL	3.875		430	

EDAD N=433	GENERAL		HELL	
Media	51,06		57,07	
IC 95% media	50,41-51,70		55,17-58,97	
Mediana	49		59	
Mínimo	18		18	
Máximo	98		98	

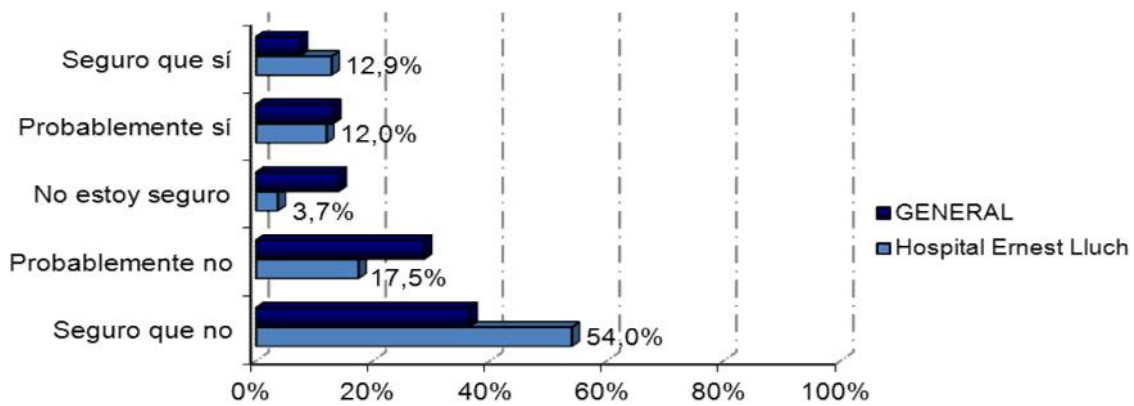
ÁREA	GENERAL		HELL	
Urgencias	2.790	74,2%	319	76,1%
Sala observación	952	25,3%	100	23,9%
Reboxes	20	0,5%	0	0,0%
TOTAL	3.762		419	

DESTINO	GENERAL		HELL	
Alta domicilio	2.793	76,1%	319	77,2%
Ingreso	879	23,9%	94	22,8%
TOTAL	3.672		413	

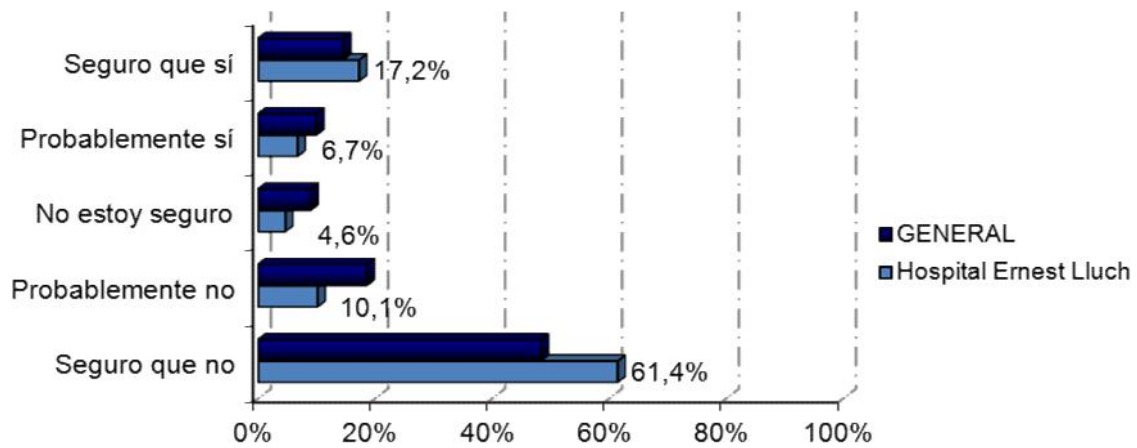
1. ¿Ha tenido la sensación de que otros pacientes podían escuchar su conversación con el médico o la enfermera? N = 436



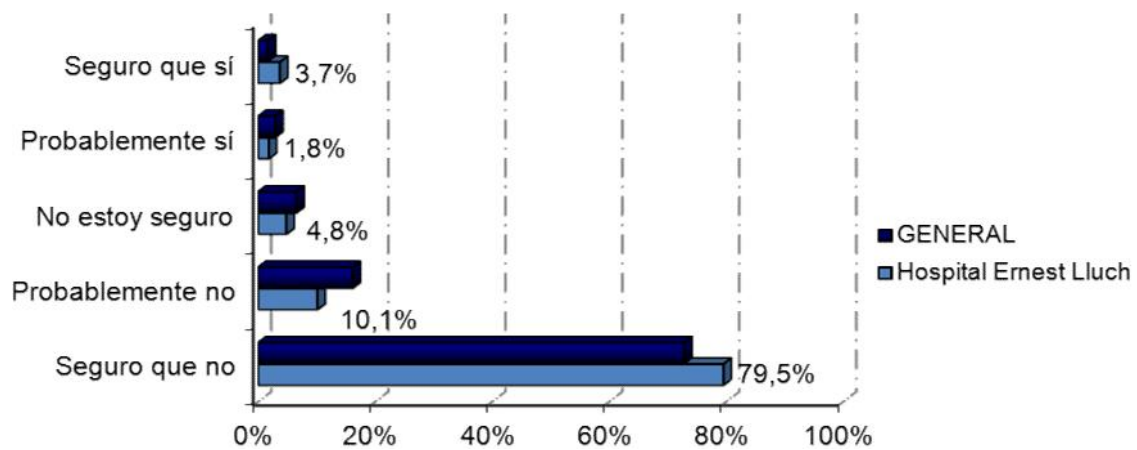
2. ¿Ha tenido la sensación de que su información personal podía ser escuchada por otras personas? N = 435



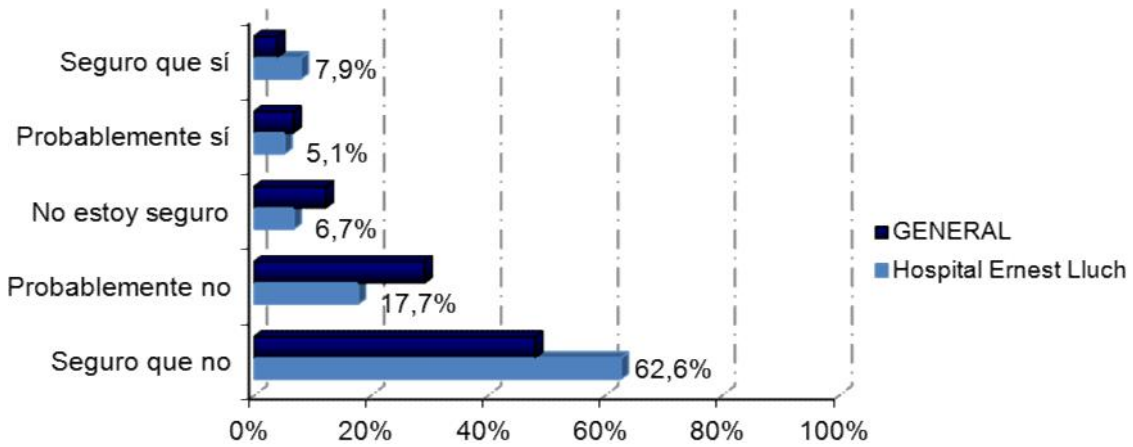
3. ¿Ha escuchado usted las conversaciones de otros pacientes con el médico o la enfermera? N = 435



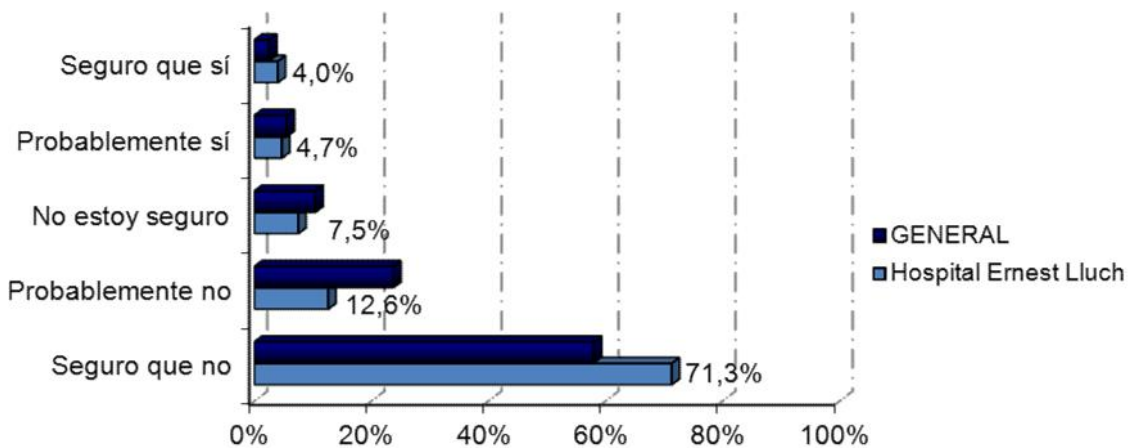
4. ¿Ha cambiado u omitido información a su médico o a su enfermera porque sentía que podía ser escuchada por otras personas? N = 435



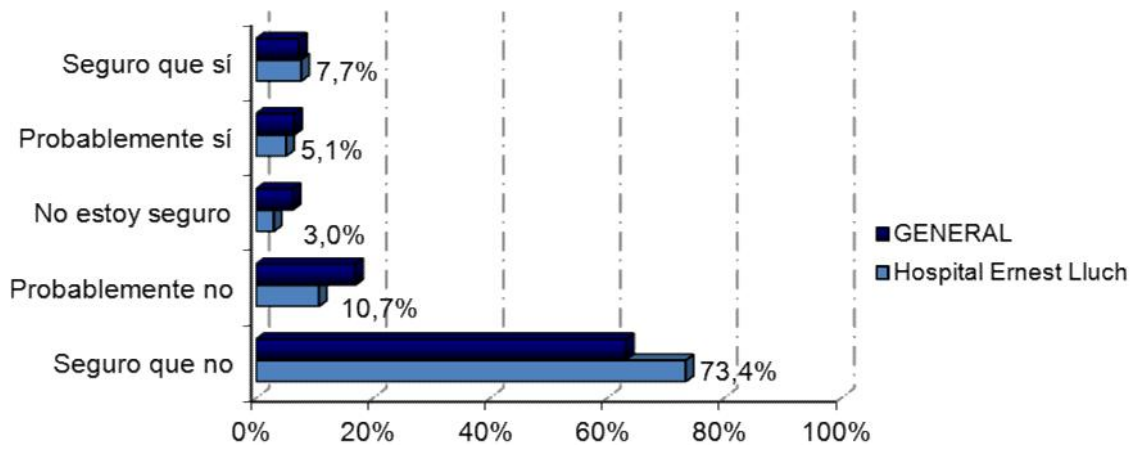
5. ¿Ha tenido la sensación de que personas no autorizadas han podido verle mientras usted estaba recibiendo asistencia? N = 430



6. ¿Ha tenido la sensación de que personas que no le estaban atendiendo han podido verle partes íntimas de su cuerpo mientras usted estaba recibiendo asistencia? N = 428

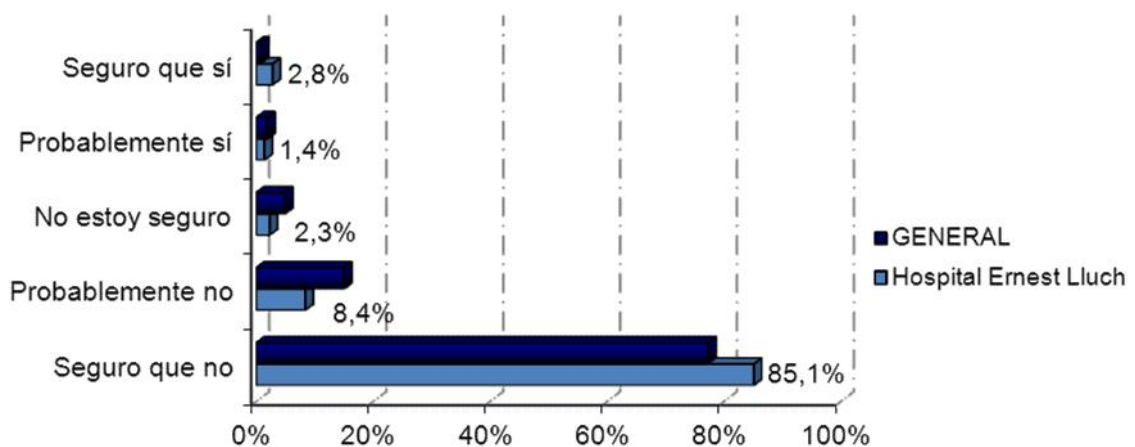


7. ¿Ha podido ver usted a otros pacientes mientras ellos estaban siendo explorados? N = 429



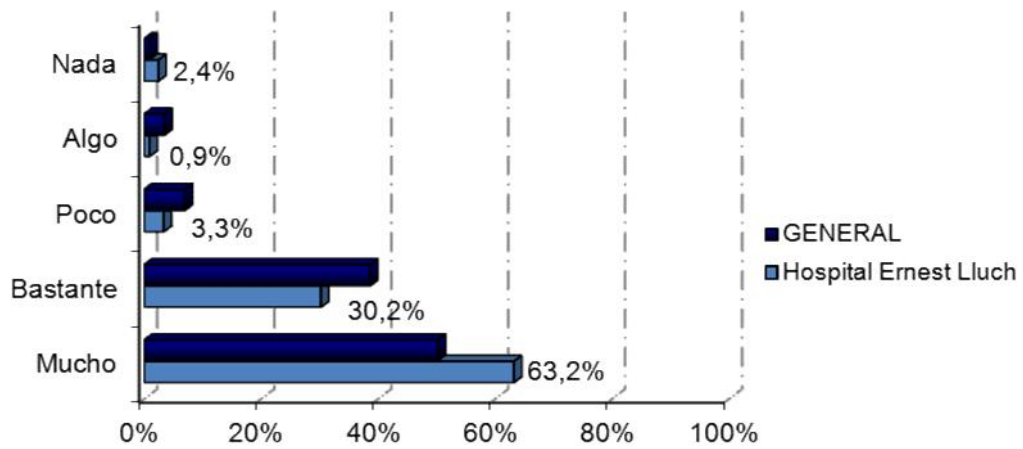
8. ¿Ha rechazado alguna exploración física por parte de su médico porque usted tuvo la sensación de que podía ser visto por alguna persona no autorizada?

N = 430

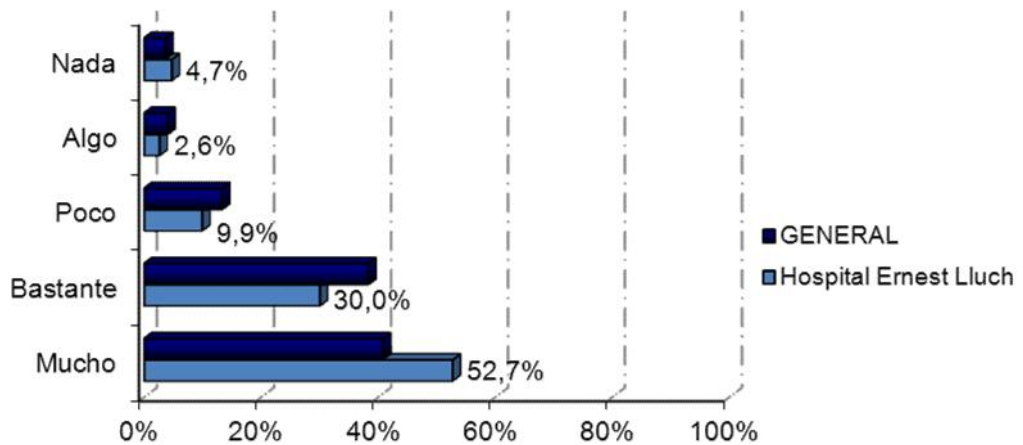


9. En esta visita, puntúe cómo el personal ha respetado su intimidad o privacidad.

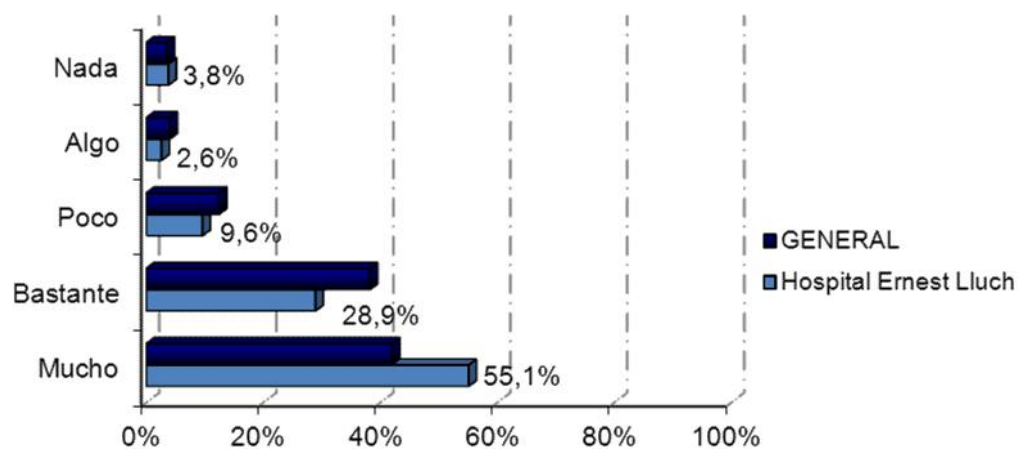
N = 424



10. Puntúe de forma global, la sensación de privacidad que ha tenido en el servicio. N = 423



11. Durante esta visita en qué grado se han cumplido sus expectativas de privacidad. N = 425



B. ENCUESTA PROFESIONALES

330 encuestas totales

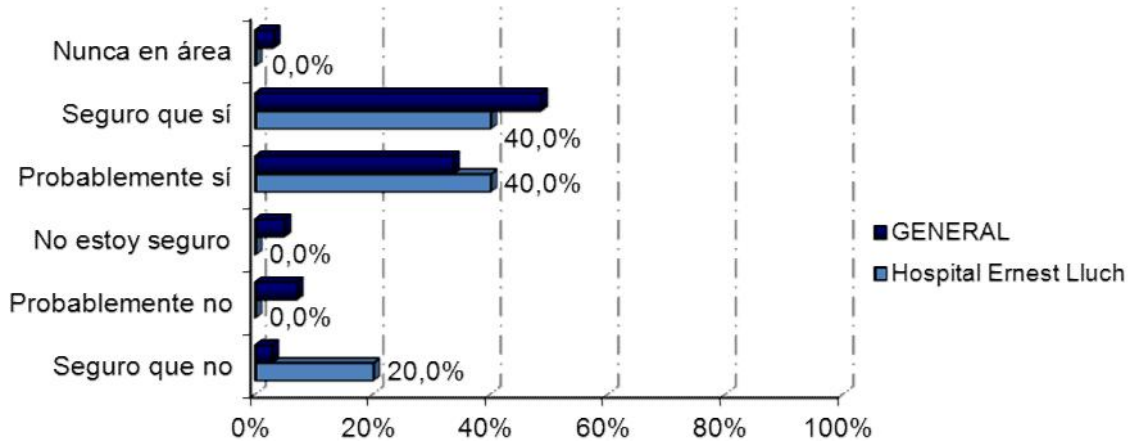
5 Hospital Ernest Lluch de Calatayud (1,52%)

SEXO	GENERAL		HELL	
Hombre	75	23,1%	2	40,0%
Mujer	249	76,9%	3	60,0%
TOTAL	324		5	

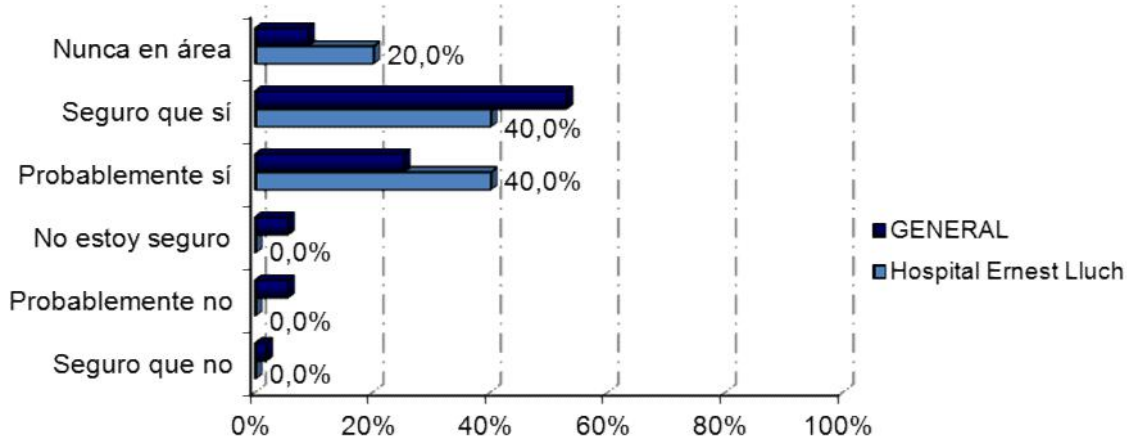
EDAD N=4	GENERAL		HELL	
Media	38,55		40,25	
IC 95% media	37,43-39,67		25,88-54,62	
Mediana	37		39,50	
Mínimo	21		30	
Máximo	61		52	

TIPO DE PROFESIONAL	GENERAL		HELL	
Enfermera	116	35,5%	1	20,0%
Auxiliar enfermería	64	19,6%	0	0,0%
Médico urgencias	90	27,5%	2	40,0%
MIR I	19	5,8%	0	0,0%
MIR II	14	4,3%	0	0,0%
MIR III	9	2,8%	1	20,0%
MIR IV	15	4,6%	1	20,0%
TOTAL	327		5	

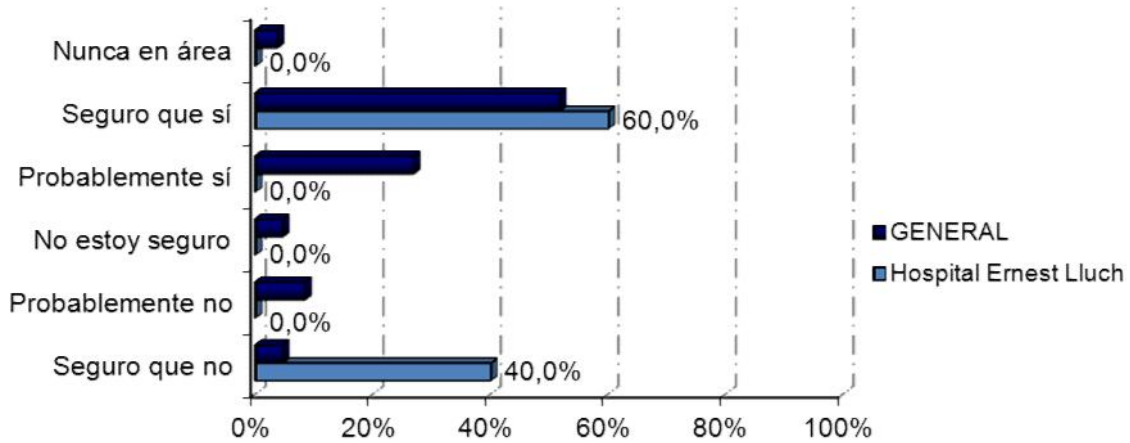
1. En la última semana, en la Área de primera asistencia de Urgencias, ¿En algún momento ha tenido la sensación de que otros pacientes o familiares podían escuchar la conversación que mantenía con su paciente? N = 5



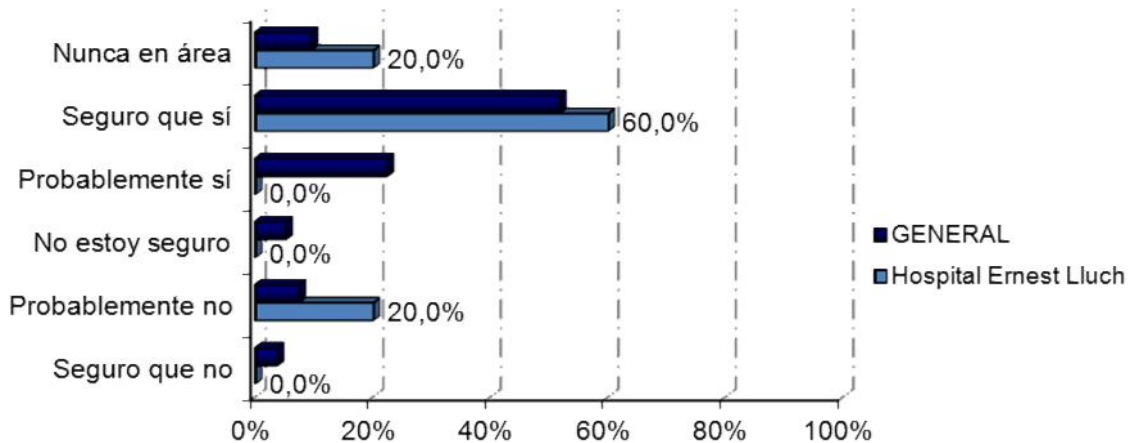
2. En la última semana, en la Sala de Observación de Urgencias, ¿En algún momento ha tenido la sensación de que otros pacientes o familiares podían escuchar la conversación que mantenía con su paciente? N = 5



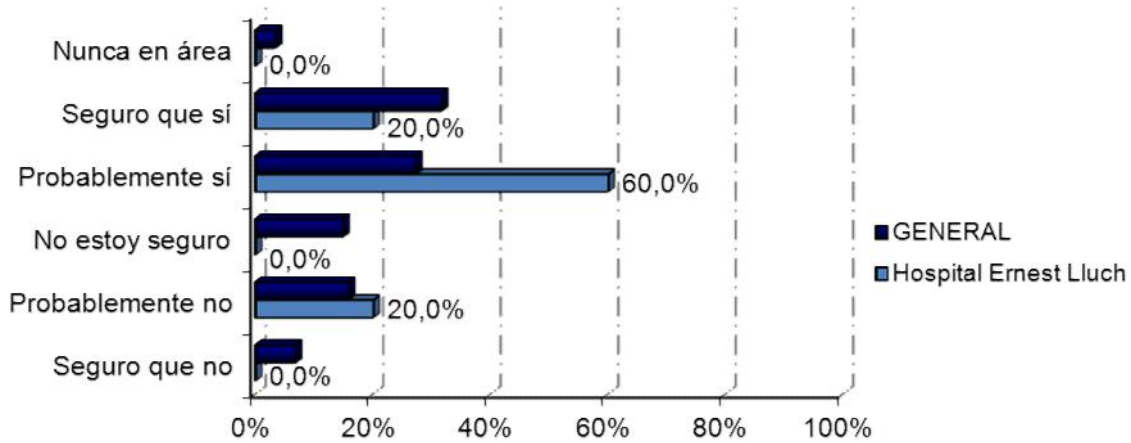
3. En la última semana, en el Área de primera asistencia de Urgencias, ¿En algún momento ha escuchado usted las conversaciones de compañeros/as con sus pacientes? N = 5



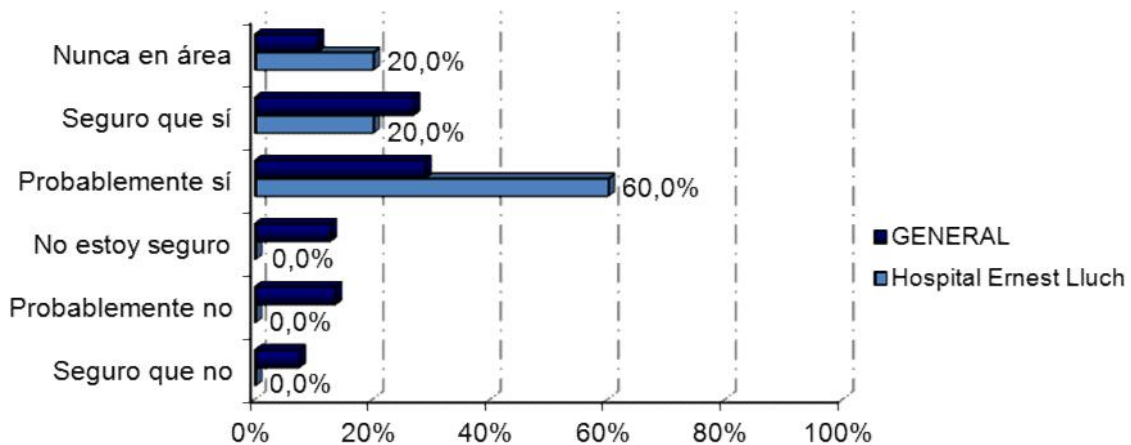
4. En la última semana, en la Sala de Observación de Urgencias, ¿En algún momento ha escuchado usted las conversaciones de compañeros/as con sus pacientes? N = 5



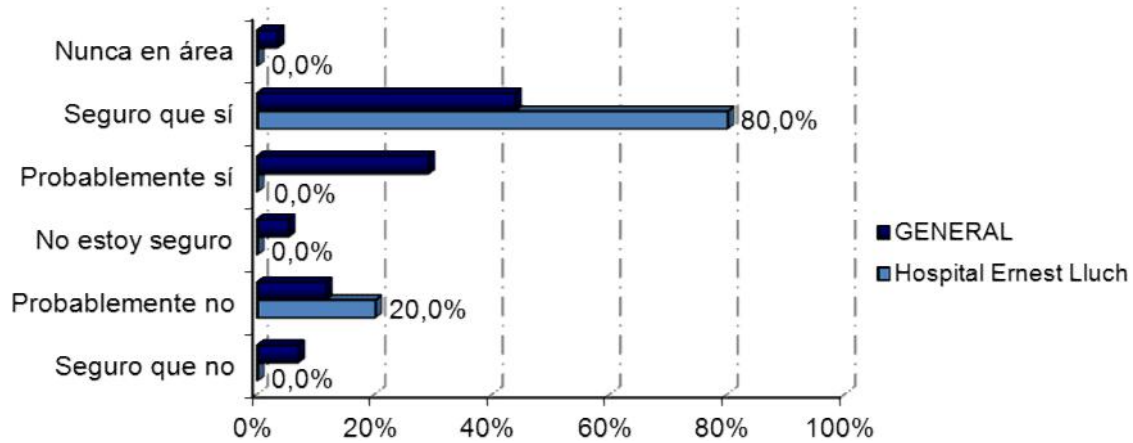
5. En la última semana, en el Área de primera asistencia de Urgencias, ¿En algún momento ha tenido la sensación de que personas no autorizadas han podido ver a sus pacientes mientras estaban recibiendo asistencia? N = 5



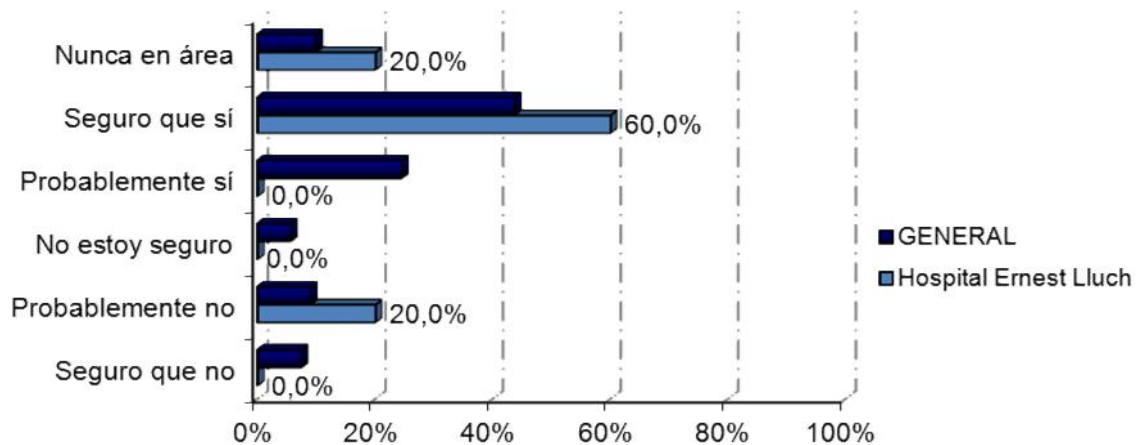
6. En la última semana, en la Sala de Observación de Urgencias, ¿En algún momento ha tenido la sensación de que personas no autorizadas han podido ver a sus pacientes mientras estaban recibiendo asistencia? N = 5



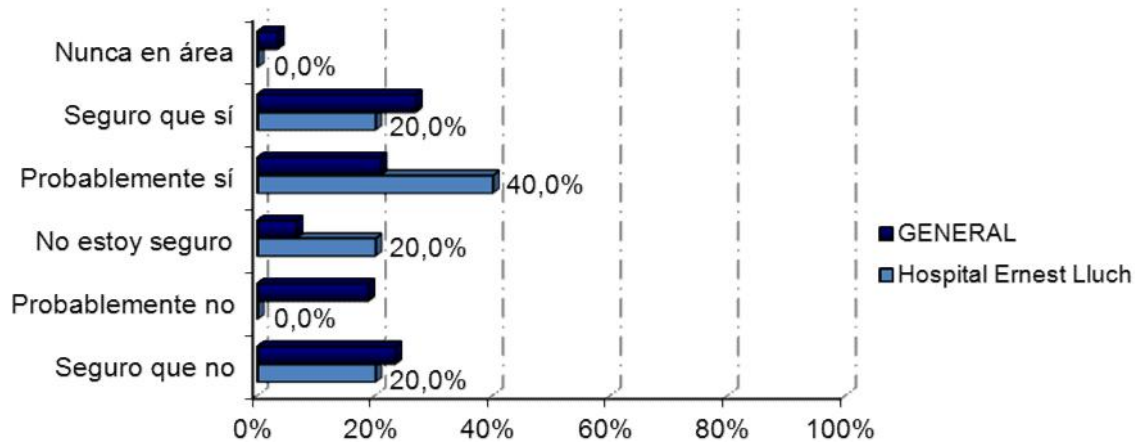
7. En la última semana, en el Área de primera asistencia de Urgencias, ¿En algún momento ha podido ver usted a otros pacientes mientras estaban siendo explorados por otros compañeros? N = 5



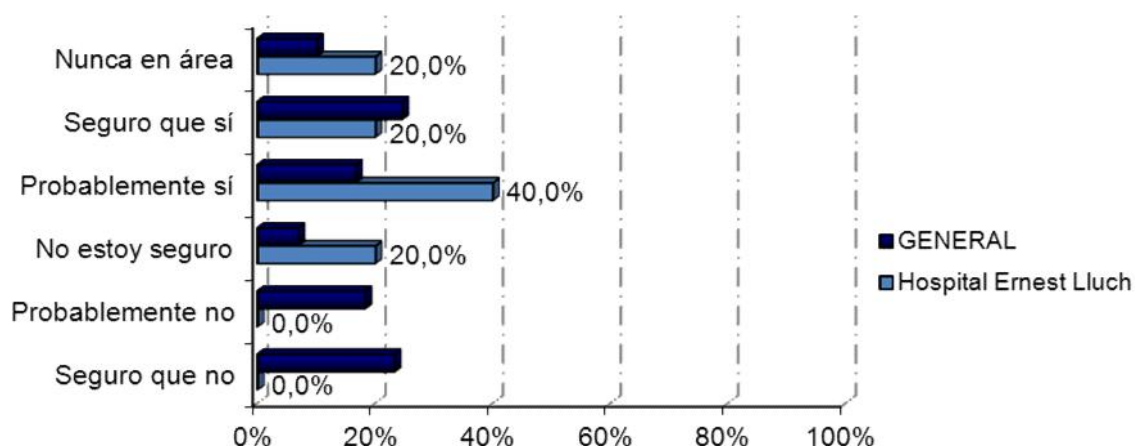
8. En la última semana, en la Sala de Observación de Urgencias, ¿En algún momento ha podido ver usted a otros pacientes mientras estaban siendo explorados por otros compañeros? N = 5



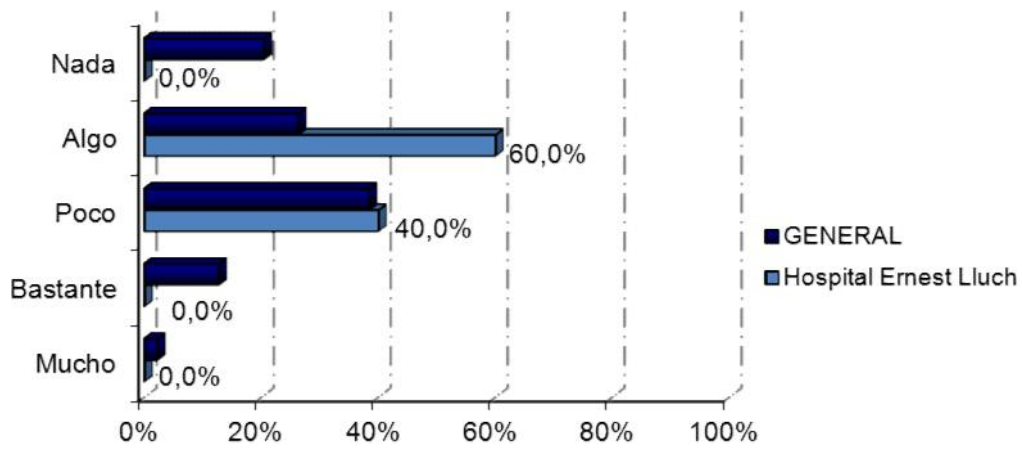
9. En la última semana, en el Área de primera asistencia de Urgencias, ¿ En algún momento ha dejado de realizar alguna exploración física / labor asistencial porque usted tuvo la sensación de que el paciente podía ser visto por alguna persona no autorizada? N = 5



10. En la última semana, en la Sala de Observación de Urgencias, ¿ En algún momento ha dejado de realizar alguna exploración física / labor asistencial porque usted tuvo la sensación de que el paciente podía ser visto por alguna persona no autorizada? N = 5



11. Puntúe de forma global, la privacidad que, en su opinión, tienen los pacientes en el servicio de urgencias. N = 5



Las encuestas realizadas al personal sanitario reflejan que la privacidad del paciente no se preserva en muchas ocasiones. Pero no es significativo por que sólo se realizaron cinco encuestas.

Tabla de contingencia SEXO * HOSPITAL

Recuento		HOSPITAL		
		General	HELL	Total
SEXO	Hombre	1977	255	2232
	Mujer	1898	175	2073
	Total	3875	430	4305

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,636 ^a	1	,001		
Corrección por continuidad ^b	10,307	1	,001		
Razón de verosimilitudes	10,708	1	,001		
Estadístico exacto de Fisher				,001	,001
Asociación lineal por lineal	10,634	1	,001		
N de casos válidos	4305				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 207,06.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Como era de esperar viendo los porcentajes este es el único chi-cuadrado que sale significativo ($p=0.001$).

Tabla de contingencia AREA * HOSPITAL

Recuento		HOSPITAL		
		General	HELL	Total
AREA	Urgencias	2790	319	3109
	Sala observación	952	100	1052
	Reboxes	20	0	20
	Total	3762	419	4181

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,735 ^a	2	,255
Razón de verosimilitudes	4,735	2	,094
Asociación lineal por lineal	1,166	1	,280
N de casos válidos	4181		

a. 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,00.

No significativo (p=0.28)

Tabla de contingencia DESTINO * HOSPITAL

Recuento		HOSPITAL		
		General	HELL	Total
DESTINO	Alta domicilio	2793	319	3112
	Ingreso	879	94	973
	Total	3672	413	4085

Pruebas de chi-cuadrado

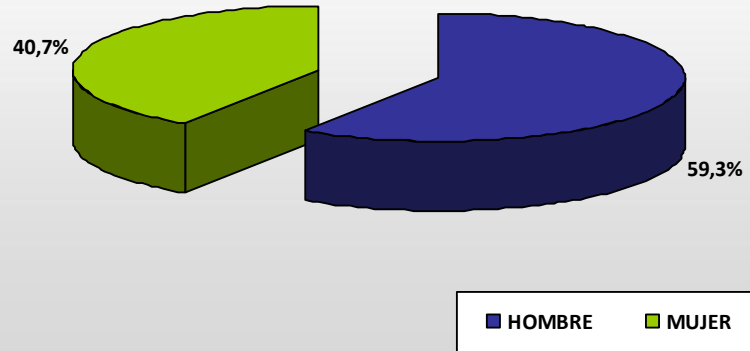
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,284 ^a	1	,594		
Corrección por continuidad ^b	,223	1	,637		
Razón de verosimilitudes	,286	1	,593		
Estadístico exacto de Fisher				,626	,321
Asociación lineal por lineal	,284	1	,594		
N de casos válidos	4085				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 98,37.

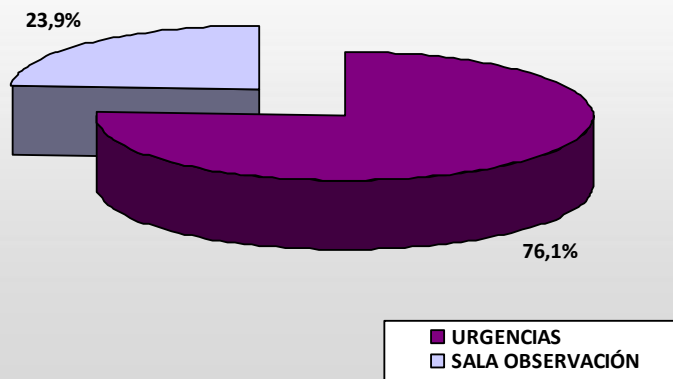
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

No significativo (p=0.59)

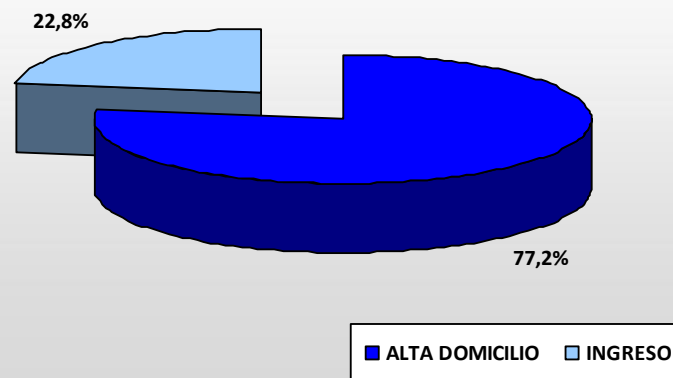
**Distribución por Sexo. Hospital Ernest Lluch de Calatayud.
Encuesta a pacientes**



**Distribución por Area. Hospital Ernest Lluch de Calatayud.
Encuesta a pacientes**



**Distribución por Destino. Hospital Ernest Lluch de Calatayud.
Encuesta a pacientes**



V. DISCUSIÓN

La muestra a estudio para dar respuesta a nuestras preguntas de investigación fue de aproximadamente 438 personas, el 11.09% del total de la muestra del estudio multicéntrico.

El número de mujeres que participó en el estudio es inferior al de hombres siendo de 40.7% en el hospital Ernest Lluch y en general un 49% de mujeres, un 1,82% ha omitido su sexo.

La mayoría de las personas atendidas en este servicio es mayor de 55 años, contrario a lo que ocurre a nivel general que indica que la mayoría son menores de 55 años.(51.06 a).esto es debido a la situación demográfica del Hospital Ernst. Lluch.

Si tenemos en cuenta que el hospital Ernest Lluch atiende un 11.9 % de las Urgencias, del total de urgencias del estudio multicéntrico, se refleja que el 77.2 % de las urgencias atendidas reciben el alta y que un 22.8% de los atendidos ingresan, dato que es inferior si lo comparamos con el resto de la muestra general. En la muestra general reciben el alta el 76.1% y un 23.9% son ingresados.

Intentando estudiar cada una de las preguntas de forma independiente para poder obtener conclusiones concretas se deduce que un 68,1% de los pacientes atendidos en este servicio manifiestan que poseen confidencialidad cuando son historiadados y atendidos en el servicio de urgencias .El 71.5% perciben que no se vulnera su intimidad y se mantiene el secreto profesional hacia otras personas, tanto a personas que escuchan la información como a la inversa. Un 89% de los pacientes atendidos no cambian ni omiten la información que se le requiere por miedo a ser escuchados por otros pacientes. Este nos lleva a la conclusión de que los pacientes atendidos en el servicio de urgencias perciben que se respeta su confidencialidad. Respecto a la intimidad, el 80.3% de los pacientes se sienten protegidos y refieren que no han sido vistos por nadie durante su exploración en Boxes y un 84.1% refiere que ellos tampoco han visto a otros pacientes en Boxes. Sólo un 4,2% de los paciente atendidos refiere que han tenido la sensación de ser observados por personal no autorizado durante su estancia hospitalaria. El 93.4% de los pacientes piensan que el personal sanitario

cumple correctamente con el derecho a la intimidad y seguridad del paciente. De todas las personas que han realizado el cuestionario el 83.9% han tenido la sensación de que se resta su privacidad y un 84 % refiere que se han cumplido sus expectativas.

Estos resultados parecen realmente buenos, pero lo que queremos saber es si realmente logramos que se respete el derecho a la intimidad. El derecho a la intimidad auditiva se infringe en un 25% y en 12-13% en el caso de la visual. Por lo tanto estos resultados no son tan buenos y es nuestro deber establecer todos los medios necesarios para lograr que se respete este derecho y poder obtener una asistencia de calidad.

Habría que mirar otros estudios similares o distintos, y comparar con el nuestro. Habría que poner las limitaciones del estudio.

VI. CONCLUSIONES

La mayor parte de los pacientes atendidos y que han realizado el cuestionario manifiesta que están satisfechos o muy satisfechos de cómo han sido atendidos y tratados en el servicio de urgencias. Reflejan que todo el personal sanitario ha cumplido con éxito la protección y respetado su intimidad, seguridad y privacidad en todo el proceso. Esto demuestra que la intimidad es un concepto personal y transformable según se este implicado.

Por lo tanto existe una diferencia de percepción entre profesionales y pacientes. Son los profesionales los que descubren vacíos para la protección de la intimidad. La infraestructura hospitalaria dificulta muchas veces la protección de la intimidad y debemos esforzarnos diariamente para salvaguardarla. Debemos:

1. Procurar la máxima discreción en la comunicación interprofesional.
2. Garantizar la seguridad y confidencialidad de datos en el tratamiento informático y en el traspaso de datos al ordenador.
3. No escribir ningún dato sobre salud en la tapa de la historia clínica.
4. No dejar a la vista documentos que contengan información sobre la asistencia.
5. Evitar interrumpir una consulta si no es estrictamente necesario.
6. Evitar entrar en un Box sin llamar antes a la puerta y esperar respuesta.
7. Mantener cerradas las puertas/cortinas de los Boxes
8. No facilitar información personal o sanitaria de ningún paciente a cualquier persona ajena al equipo, ni a familiares (consultar antes con el paciente)
9. Evitar comentarios profesionales con los usuarios fuera del ámbito de la consulta.
10. No realizar llamadas telefónicas ni en Boxes (mientras hay alguien) ni en recepción (cuidado al intercambiar información en este espacio).

VII. AGRADECIMIENTO

Al Dr. Julián Mozota y al Dr. Raúl Fernández, investigadores del proyecto referencia p109/90787, por permitirme la utilización de datos.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Constitución Española, 1978.
<http://www.congreso.es/funciones/constitución/indice.htm>.
2. Código de Deontología. Normas de Ética Médica.
<http://www.comb.es/cat/passeig/deonto/home.htm>
3. Ley Orgánica 10/95(23/11) del Código Penal, Capítulo IV. De la infidelidad en la custodia de documentos y de la violación de secretos.
4. <http://www.igsap.map.es/cia/dispo/cpenal,htm>.
5. Boletín Oficial de Aragón. Ley 6/202 de 15 de abril de Salud de Aragón, Capítulo II, artículo 11. B.O.A. número 46, de 19 de abril de 2002.
6. ROA. Ética y bioética .ed. Santiago de Chile, 1998.
7. Boletín Oficial del Estado. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. B.O.E. número 24, de 15 de noviembre del 2002.
8. Barlas D, Sama AE, Ward MF, Lesser ML, Comparison of auditory and visual privacy of Emergency Department treatment areas with curtains versus those with solid walls. *Ann Emerg Med* 2001;38:135-139.
9. Martínez K. Medicina e intimidad. Una visión desde la bioética. *Rev Calidad Asistencial* 2004; 19:416-21.
10. Lino-Kilpi H, Välimäki M, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Scott A, Arnadt M. Privacy: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies* 2001;38: 663-71.

11. Figueras-Sabater R. Derechos de los pacientes y calidad asistencial. Rev Calidad Asistencial 2005; 20:318-26.
12. Palacio F. Los Derechos de los pacientes: algunas reflexiones desde la atención primaria. Rev Calidad Asistencial 2005; 20:311-7.
13. Judez J, Nicolás P, Delgado MT, Hernando P, Zarco P, Granollers S. La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. Med Clin (Barc) 2002; 118:18-37.
14. Bourke J, Wessely S. Confidentiality. BMJ 2008; 336:888-891.
15. Moskop JC, Marco CA, Larkin GL, Geiderman JM, Derse AR. From Hippocrates to HIPPA: Privacy and confidentiality in Emergency Medicine-Part I: conceptual, moral and legal foundations. Ann Emerg Med 2005; 45:53-59.
16. Geiderman JM, Moskop JC, Derse AR. Privacy and confidentiality in Emergency Medicine: Obligations and Challenge. Emergency Medicine CLINICS OF North America 2006; 24:633-656.
17. Iraburu M, por el Grupo de Trabajo del EMIC. Estudio Multicéntrico de Investigación sobre la Confidencialidad. Med Clin (Barc) 2007; 128:575-8.
18. Soldevilla-Cantueso MA, Solano-Corrales D, Luna-Medina E. La intimidad desde una perspectiva global: pacientes y profesionales. Rev Calidad Asistencial 2008; 23:52-6.
19. Suñol RB, Vallejo P, Beltrán JM, Hilarión P, Bañeres J y Orrego C. Derechos de los pacientes en los principales sistemas de acreditación hospitalaria. Rev Calidad Asistencial 2005; 20:343-52.
20. Pérez-Cárceles MD, Pereñíguez JE, Osuna E, Pérez-Flores D and Luna A. Primary care confidentiality for Spanish adolescents: fact or fiction J Med Ethics 2006; 32:329-334.

21. Olsen JC, Cutcliffe B, O'Brien BC. Emergency Department design and patient perceptions of privacy and confidentiality. *The Journal of Emergency Medicine* 2008;35:317-320.

22. Vigod S, Bell C, Bohnen J. Privacy of patients information in hospital lifts: observational study. *BMJ* 2003;327:1024-1025.



Facultad de Medicina
Universidad Zaragoza

ANEXO II:

INFORME/ EVALUACIÓN DEL DIRECTOR

ALUMNO: Martha Urdaz Hernández

TÍTULO DEL TRABAJO: VALORACIÓN DEL RESPETO A LA INTIMIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de Presentación / Depósito (Sello): Septiembre 2012.

DIRECTOR (-ES) (Departamento): Julián Mozota Duarte (Departamento de Medicina y Psiquiatría).

INFORME

La alumna ha realizado un proyecto de investigación científica, siguiendo de las etapas clásicas del método científico. Ha comenzado con la búsqueda y revisión bibliográfica para valorar el estado actual del tema a estudio, respeto de la intimidad como derecho en los servicios sanitarios. Ha formulado las hipótesis o preguntas científicas pertinentes y diseñado posteriormente una metodología de estudio adecuada. Presenta un buen análisis de los resultados y una síntesis con las conclusiones más relevantes.

Fecha: 2 de agosto de 2012

Fdo: Julián Mozota