



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2021-22

TRABAJO FIN DE GRADO

HUMANIZACIÓN EN URGENCIAS

Andrea Varela Díaz

Directora: Carmen M^a Sánchez Álvarez

Junio 2022

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA

UNIVERSIDADE DA CORUÑA

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	6
3. JUSTIFICACIÓN.....	15
4. HIPÓTESIS.....	16
5. OBJETIVOS.....	16
6. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.....	17
7. METODOLOGÍA.....	18
7.1. Tipo de Estudio.....	18
7.2. Ámbito del Estudio.....	18
7.3. Período del Estudio y Población.....	18
7.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	18
7.5. Justificación del tamaño muestral.....	19
7.6. Descripción de las variables de estudio.....	19
7.7. Descripción de la intervención.....	20
7.8. Medición del efecto.....	22
7.9. Análisis estadístico.....	23
8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	24
9. APORTACIONES DEL ESTUDIO.....	25
10. ASPECTOS ÉTICO-LEGALES.....	26
11. CRONOGRAMA Y PLAN DE TRABAJO.....	27
12. MEMORIA ECONÓMICA.....	28
13. PLAN DE DIFUSIÓN DE RESULTADOS.....	29
14. BIBLIOGRAFIA.....	30
15. ANEXOS.....	34

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	10
Figura 2.	17
Figura 3.	27

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	17
Tabla 2.	28
Tabla 3.	29

1. RESUMEN

Introducción: Humanizar la atención sanitaria tiene la finalidad de considerar globalmente al paciente, ofreciéndole una asistencia integral que responda a todas las dimensiones que lo conforman. En los Servicios de Urgencias Hospitalarias existen diversos factores que dificultan que sean áreas humanizadas. Por ello, se ha llevado a cabo el “Proyecto HURGENCIAS”, un manual con medidas humanizadoras a tomar en este tipo de servicios.

Objetivo General: Investigar el grado de humanización del Servicio de Urgencias de Adultos del HUAC.

Metodología: Proyecto de investigación de carácter observacional, descriptivo y transversal llevado a cabo a través de una encuesta a los profesionales sanitarios de este servicio.

Limitaciones del Estudio: Inherentes a cualquier proyecto de investigación (sesgo de selección, información y confusión).

Beneficios del Estudio: Conocer la situación actual en materia de humanización del Servicio de Urgencias de Adultos del HUAC para poder establecer medidas y estrategias que beneficien a pacientes, familiares, profesionales e instituciones.

Palabras Clave: humanización, servicio de urgencias, hospital.

RESUMO

Introdución: Humanizar a atención sanitaria ten como finalidade considerar globalmente ao paciente, ofrecendo unha asistencia integral que responda a todas as dimensións que o compoñen. Nos Servizos de Urgencias Hospitalarias hai varios factores que dificultan que sexan zonas humanizadas. Por iso levouse a cabo o “Proyecto HURGENCIAS”, un manual con medidas humanizadoras a adoptar neste tipo de servizos.

Obxectivo Xeral: Investigar o grao de humanización do Servizo de Urgencias de Adultos do HUAC.

Metodoloxía: Proxecto de investigación observacional, descritivo e transversal realizado mediante unha enquisa aos profesionais sanitarios deste servizo.

Limitacións do Estudo: Inherentes a calquera proxecto de investigación (sesgo de selección, información e confusión).

Beneficios do Estudo: Coñecer a situación actual en materia de humanización do Servizo de Urgencias de Adultos do HUAC para establecer medidas e estratexias que beneficien a pacientes, familiares, profesionais e institucións.

Palabras Chave: humanización, servizo de urgencias, hospital.

ABSTRACT

Background: Humanizing health care has the purpose of considering the patient globally, offering comprehensive assistance that responds to all the dimensions that make it up. In Hospital Emergency Services there are several factors that make it difficult for them to be humanized areas. For this reason, the "Proyecto HURGENCIAS" has been carried out, a manual with humanizing measures to be taken in this type of service.

Aim: To investigate the degree of humanization of the HUAC Adult Emergency Service.

Methods: Observational, descriptive and cross-sectional research project carried out through a survey of health professionals in this service.

Study Limitations: Inherent in any research project (selection, information and confounding bias).

Contributions of de study: Know the current situation in terms of humanization of the HUAC Adult Emergency Service in order to establish measures and strategies that benefit patients, family members, professionals and institutions.

Keywords: humanization, emergency service, hospital.

2. INTRODUCCIÓN

a. Humanización frente a deshumanización en la asistencia sanitaria

El término “**Humanizar**”, según la Real Academia Española, tiene dos significados: “Hacer *humano, familiar y afable a alguien o algo*” o “*Ablandarse, desenojarse, hacerse benigno*” ⁽¹⁾.

En este trabajo se considerará la humanización, desde un punto de vista **ético**, como medio para expresar el deseo de que algo sea bueno, se ajuste a la dignidad humana y responda a la misma ⁽²⁾, entendiéndose esta última como “*el respeto incondicionado que merece todo individuo en razón de su mera condición humana, es decir, independientemente de cualquier característica o aptitud particular que pudiera poseer*” ⁽³⁾.

En el ámbito sanitario, se entiende por humanizar el atender a las personas desde una **concepción holística** y teniendo en cuenta cada una de las dimensiones que las componen, sin centrarse simplemente en la esfera física, puesto que somos seres únicos con emociones, entornos y circunstancias concretas, por ello, se requieren respuestas personalizadas a las diferentes necesidades, deseos y expectativas que respeten la autonomía del paciente, su poder de decisión y su derecho a la intimidad ⁽⁴⁾, sólo de esta forma, la asistencia se humaniza y garantiza el respeto a la dignidad humana inherente a cada persona por el simple hecho de existir.

El concepto de “**Humanización de la salud**” ha sido ampliamente utilizado en el último siglo, dado el creciente interés por examinar de manera crítica la asistencia sanitaria a nivel nacional e internacional ⁽²⁾.

En España, tiene su origen en 1984 con el “**Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria**” ⁽⁵⁾, creado por el Instituto Nacional de la Salud y apoyado por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Se elaboró tras la dictadura franquista, en el marco de la Reforma Sanitaria, y en base a la recién implantada Constitución Española de 1978, que reconocía el

derecho a la protección de la salud. Este plan buscaba un sistema sanitario al servicio de los usuarios, pensado y creado por y para los mismos, incluyendo la “Carta de los Derechos y los Deberes de los pacientes”, en la que se reflejaban valores como la no discriminación, el derecho a la información completa sobre el diagnóstico y la capacidad de rechazar un tratamiento. Desde este momento, se han aprobado progresivamente diferentes documentos con líneas estratégicas en materia de humanización. La Comunidad Valenciana con la “Carta al Paciente” ⁽⁶⁾ y el Principado de Asturias con el “Plan de Confortabilidad del paciente” ⁽⁷⁾ fueron pioneros. Posteriormente se sumó Extremadura, con el “Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura” ⁽⁸⁾ y Castilla - La Mancha con el “Plan Dignifica” ⁽⁹⁾. Más adelante, la Comunidad Autónoma de Madrid ⁽⁴⁾ y la Comunidad Foral de Navarra ⁽¹⁰⁾, entre otras, desarrollaron sus propios planes de humanización.

En cuanto a nuestra Comunidad Autónoma, en 2020, el Servicio Galego de Saúde (SERGAS) presentó su Estrategia de Humanización de la Atención Sanitaria de Galicia “*Preto de ti*” ⁽¹¹⁾, este documento, a través de 4 ejes estratégicos, 16 líneas y 88 acciones concretas, tiene como objetivos: fomentar la buena relación entre las personas, mejorar las instalaciones, racionalizar los trámites administrativos, actuar en áreas especialmente sensibles, obtener un entorno de trabajo satisfactorio y mejorar la relación con las personas usuarias.

Cabe destacar que, todos estos planes y estrategias, tienen en común que surgen a raíz de una realidad previa deshumanizada.

Si humanizar consiste en responder a la dignidad humana, **deshumanizar** supone favorecer la pérdida de esta, lo que según Gafo J, es el principal problema ético en salud y se refleja en la despersonalización de la relación terapéutica. Esta deshumanización en la asistencia sanitaria se manifiesta a través de una cultura basada en la patología o en el órgano dañado, así como en las competencias científico - técnicas, dejando a un lado la esfera psicosocial del paciente. De esta forma, se prioriza la comodidad de los

profesionales y se favorecen actitudes como el distanciamiento y el paternalismo, lo cual, además de no respetar el derecho a la autonomía del enfermo, contribuye a su instrumentalización ⁽⁴⁾. Como se ha mencionado, la **cultura de la deshumanización** se centra en ahorrarle tiempo al dador de cuidados mediante la estandarización, tratando a todos los pacientes como si fuesen intercambiables, y entiende a la familia como un ente que, en lugar de contribuir, obstaculiza. Esta cultura se basa en un paradigma que ha predominado durante siglos en la asistencia sanitaria: el modelo biomédico, el cual, además de reducir al enfermo a la enfermedad que padece y a un mero objeto de estudio, considera los procesos biológicos y fisiopatológicos estables e independientes del contexto que los rodea ⁽¹²⁾.

El objetivo es llegar a un **modelo holístico y humanizado**. Humanizar la asistencia sanitaria consiste en fusionar las dos partes inseparables de una buena atención: la capacitación científico - técnica de los profesionales y la aproximación humanística a los pacientes, como personas dignas de respeto y consideración, tratando a la persona enferma y no solo a su enfermedad ⁽¹¹⁾. Esto es un reto que se extiende a todas las áreas del cuidado y, especialmente, al ámbito de la atención en Urgencias.

b. Humanización en los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH)

Como se ha reflejado en el apartado anterior, la humanización del cuidado es un concepto complejo y multidimensional influido por el paradigma positivista y biomédico del cuidado, adquiriendo una especial relevancia en unidades altamente tecnificadas, entre las que se hallan los Servicios de Urgencias.

La Organización Mundial de la Salud define la **“Urgencia”** como: *“la aparición fortuita, en cualquier lugar o actividad, de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”* ⁽¹³⁾.

Ante este tipo de situaciones, en el Sistema Sanitario Español, existen tres ámbitos organizativos para darles respuesta: Atención Primaria, los Servicios de Urgencias de los hospitales y la coordinación llevada a cabo por los Servicios de Urgencias y Emergencias ante las demandas realizadas a través de los teléfonos 112/061 ⁽¹⁴⁾.

Los **Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH)** son unidades integradas por equipos multidisciplinares de profesionales y están ubicadas en un área específica del hospital, cumplen unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos y garantizan condiciones de seguridad, calidad y eficiencia, atendiendo la demanda de los pacientes durante las 24 horas del día los 365 días del año. Entre sus principales características, destacan la de ser la puerta de entrada a la atención hospitalaria y brindar una asistencia inmediata y eficiente ⁽¹⁵⁾. Son unidades altamente frecuentadas y complejas, con una casuística variada. Están orientadas, tanto estructural como funcionalmente, hacia la dimensión física del paciente y no suelen contemplar otros factores específicos del mismo o de sus familiares. Este tipo de asistencia puede ser debida al ritmo acelerado de trabajo, a la complejidad asistencial, al uso de la tecnología y a la afluencia masiva de usuarios; lo cual, puede dar lugar a una atención más deshumanizada ⁽¹⁶⁾.

Lo mismo ocurre con las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), por ello, en noviembre de 2017, se diseña el “**Proyecto HU-CI**”, que tiene como objetivo evaluar las diferentes áreas de estas unidades para establecer mejoras que permitan la humanización de los cuidados. De esta forma, se elabora un “Manual de Buenas Prácticas de Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos” con 160 medidas que ponen el foco en pacientes, familiares y profesionales. Además, a partir del año 2019, AENOR verifica aquellas UCI que implanten las medidas requeridas, obteniendo así la “Certificación en Buenas Prácticas en Humanización de los Cuidados Intensivos” ⁽¹⁷⁾.

Partiendo del Proyecto HU-CI, en el año 2020, se elabora el “Manual de buenas prácticas de Humanización en los Servicios de Urgencias Hospitalarias” o “**Proyecto HURGENCIAS**” ⁽¹⁸⁾. Este documento tiene como objetivo facilitar el proceso de humanización de las Urgencias Hospitalarias a través de 169 buenas prácticas estructuradas en 7 líneas estratégicas (Fig. 1), estas abordan diferentes aspectos vinculados a la humanización, como: la **flexibilización en el acompañamiento** al paciente, la **comunicación**, el **bienestar del paciente**, los **cuidados al profesional**, los **pacientes vulnerables**, los **cuidados al final de la vida** y la **infraestructura humanizada**. Junto al Manual, se ha elaborado un [test de autoevaluación](#) (disponible on-line) dirigido al personal de las Unidades de Urgencias Hospitalarias y que tiene como fin conocer el grado de implantación de medidas de humanización en estos servicios. Este test puede ser útil para investigar el grado de humanización de los Servicios de Urgencias Hospitalarias y para comparar resultados entre hospitales en España y de otros países.

Figura 1: Líneas estratégicas del "Manual de buenas prácticas de Humanización en los Servicios de Urgencias Hospitalarias"



Fuente: Manual de buenas prácticas de Humanización en los Servicios de Urgencias Hospitalarias ⁽¹⁸⁾.

c. Humanización de los Cuidados de Enfermería

Florence Nightingale, precursora de la Enfermería moderna, define la profesión como: *“La responsabilidad de velar por la salud de otros. Acciones de cuidado de la persona y su entorno, a partir del desarrollo de habilidades tales como las observaciones inteligentes, la perseverancia y el ingenio. Profesión basada fundamentalmente en el cultivo de las mejores cualidades morales”* ⁽¹⁹⁾. Además, refiere que el cuidado requiere de la tríada: usuario - ambiente, profesional - usuario y profesional - ambiente para poder tener en cuenta todas las dimensiones que influyen en el estado de salud del paciente.

Posteriormente se han desarrollado numerosas teorías, entre ellas, la *“Teoría del Cuidado Humano”* ⁽²⁰⁾ de Margaret Jean Watson. Esta pretende lograr un cuidado de calidad a través de la relación transpersonal, es decir, que el paciente y el profesional formen un solo elemento con un mismo objetivo. Por otra parte, refiere que la Enfermería, como ciencia humana, debe ser capaz de acceder a aspectos emocionales y subjetivos a través de una relación de empatía, comunicación y confianza con los pacientes ya que, solo de esta forma, se produce una concordancia de la práctica asistencial con las necesidades reales de los mismos.

El código deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras refleja las competencias éticas y los cuatro deberes fundamentales de la profesión:

- ✓ Promover la salud.
- ✓ Prevenir la enfermedad.
- ✓ Restaurar la salud.
- ✓ Aliviar el sufrimiento.

Además, aclara que el **respeto a los derechos humanos** debe ser inherente a la profesión enfermera, resguardando la dignidad de la persona, por ello, los cuidados no discriminan según edad, color, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social. Las enfermeras prestan servicios de salud a la persona, la familia y la comunidad y coordinan sus

cuidados con los de otros grupos relacionados con el objetivo de satisfacer las necesidades de estas ⁽²¹⁾.

Como característica común, todos los planteamientos teóricos anteriores pretenden y contribuyen a humanizar los cuidados de enfermería, considerando de manera global al paciente y proporcionándole una asistencia integral que responda a las dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual, es decir, digna de la persona humana con sus valores y derechos.

Cuando nos referimos a cuidados humanos, es importante hacer hincapié en el concepto del “**Holismo**” que, en salud, consiste en el conocimiento empleado por el personal sanitario capaz de ver y atender a la persona en todo su ser. Florence Nightingale ya lo incorporó en el siglo XIX, si bien, con el término “**Integralidad**”, referida a una mirada biopsicosocial del ser humano en relación con el entorno ⁽¹⁹⁾. En base a esto, el cuidado holístico comienza en la valoración de la persona, su ambiente y su proceso vital para así poder descubrir el problema de salud y las intervenciones requeridas por las necesidades de esta.

En definitiva, la **humanización de los cuidados** es un proceso complejo que, para ser llevado a cabo, necesita no sólo del buen hacer de las enfermeras y demás integrantes del equipo sanitario sino también de que las instituciones de salud incorporen estrategias de humanización en la prestación de sus servicios.

Por último, no puede hablarse de **cuidados de enfermería humanizados** y el tiempo que deben dedicar a sus pacientes para poder llevarlos a cabo satisfactoriamente, sin tener en cuenta las condiciones laborales en las que se encuentra la profesión, en donde la ratio enfermera - paciente en España está muy por debajo de la media europea ⁽²²⁾. A esto se le suma la variedad de unidades en un mismo contrato e incluso en un mismo turno, lo cual impide que se establezca una relación enfermera - paciente adecuada. Todo esto provoca inevitablemente un aumento del *burnout* en el personal

con sentimientos de crispación, desmotivación e inseguridad, dificultando un cuidado de calidad ⁽²³⁾.

Situación Actual

A raíz de la reciente situación de pandemia por el virus Covid-19, se ha evidenciado, más si cabe, la necesidad de **asistencia sanitaria humanizada**, convirtiéndose en un tema prioritario en todos los continentes. De esta forma, se han estudiado diferentes estrategias a nivel mundial con la idea de incrementar la satisfacción mediante la humanización de los diferentes servicios, entre ellos, las Urgencias Hospitalarias.

En cuanto al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de A Coruña (HUAC), se encuentra en una situación de saturación relativamente permanente por diversos motivos; entre ellos, el colapso que sufre actualmente la atención primaria, la afluencia masiva de usuarios, la falta de personal y la demora para el ingreso en las diferentes plantas debido a la plena ocupación, esto último conlleva diariamente a que decenas de pacientes esperen durante horas, e incluso días, en los pasillos del servicio; zonas de paso que no permiten una atención de calidad que respete su seguridad, intimidad y confidencialidad.

En los últimos años se llevaron a cabo diferentes **encuestas informales** a los usuarios de este servicio para conocer su satisfacción con respecto al mismo. En la más reciente, realizada por la coordinadora de calidad del servicio a finales del año 2020, se muestra una mejora en los resultados de satisfacción respecto a la anterior, llevada a cabo en 2019. El 91% de los encuestados señalaron que el grado de intimidad y humanización era bueno, cuando un año antes dos de cada diez puntuaron en negativo. Algunas de las medidas tomadas fueron la compartimentación del área de observación para facilitar el acompañamiento y la colocación de cortinas divisorias para salvaguardar la intimidad y la confidencialidad. Otro de los aspectos en los que ha variado la percepción del paciente y su familia es el

relativo a la información recibida; aunque en el 2019 era muy buena para tres de cada cuatro encuestados, ahora lo es para más del 90% gracias a la puesta en marcha del código QR que permite a las familias saber desde quién es el médico que está tratando a su familiar, hasta qué pruebas se le están realizando. Por otra parte, la mayoría de los pacientes esperan menos de media hora por la primera atención, pero pasan más de cuatro horas hasta que salen del servicio ⁽²⁴⁾.

De esta forma podemos observar que, a pesar de las mejoras, aún faltan importantes avances para lograr un Servicio de Urgencias humanizado.

3. JUSTIFICACIÓN

Existen diversos factores que interfieren en la posibilidad de llevar a cabo una atención humanizada y de calidad en los SUH, entre ellos el déficit de infraestructura física o una organización inadecuada de la misma, una mala planificación del personal y de los recursos, los avances tecnológicos y la sobrecarga de pacientes por un mal funcionamiento de las redes de atención sanitaria.

La problemática existente evidencia la necesidad de medición del grado de humanización de los SUH, a fin de conocer su situación actual y planificar las medidas de mejora. Por tanto, y dado que resulta beneficioso para todos los integrantes del proceso de atención, este trabajo se plantea con el propósito de conocer el grado de humanización del Servicio de Urgencias de Adultos del HUAC desde la percepción de los profesionales que trabajan en el mismo.

La motivación principal para la elección de este tema ha sido la escasez de estudios al respecto, la aparición de nuevas herramientas y el objetivo de llevarlo a la práctica para aportar nuevos conocimientos acerca de la humanización existente en esta área de atención.

4. HIPÓTESIS

La literatura científica consultada certifica que la humanización de los Servicios de Urgencias produce beneficios para los pacientes, aliviando el estrés de su paso por la unidad y favorece también a los profesionales que desarrollan su trabajo en condiciones más favorables en estrecha colaboración con las familias.

H_a. Las Urgencias Hospitalarias del HUAC tienen un nivel deficiente de humanización.

H_o. Las Urgencias Hospitalarias del HUAC son un servicio humanizado.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general

Investigar el grado de humanización del Servicio de Urgencias del HUAC.

5.2. Objetivos Específicos

- Analizar la percepción de servicio humanizado del personal que trabaja en el mismo.
- Conocer el alcance actual de las medidas humanizadoras en el Servicio de Urgencias de Adultos del CHUAC.
- Explorar el grado de conocimiento de los profesionales sanitarios sobre humanización.

6. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Con el objetivo de conocer la literatura científica más relevante para este proyecto de investigación se realizó una búsqueda bibliográfica previa, cuya estrategia se resume a continuación:

Figura 2. Diagrama de búsqueda bibliográfica.

FUENTES DE INFORMACION					
BASES DE DATOS		BUSCADORES		OTROS RECURSOS	
COCHRANE	39	Google Académico	119	Páginas Web:	
LILACS	42			<ul style="list-style-type: none"> Hospitales públicos españoles 	7
PubMed	3			Portales bibliográficos:	
				<ul style="list-style-type: none"> Dialnet Science direct (Elsevier) 	21 24
Documentos encontrados: 255					
Documentos consultados: 46					
Documentos utilizados: 24					

Fuente: *Elaboración propia.*

Tabla 1. Términos de búsqueda.

TÉRMINOS MESH	PALABRAS CLAVE
<ul style="list-style-type: none"> Humanization. Emergency service. Hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> Humanización. Servicio de Urgencias. Hospital.

Fuente: *Elaboración propia.*

Se realizó una revisión de la literatura nacional e internacional, de los resultados obtenidos se descartan, tras la lectura del resumen, aquellos que no son útiles para la presente investigación. De los restantes, tras leer los artículos completos, se seleccionan los utilizados finalmente que coinciden con los objetivos de este Proyecto. **Filtros:** fecha de publicación inferior a 5 años, English, Spanish, free full text y grupo de edad adultos.

7. METODOLOGÍA

7.1. Tipo de Estudio

Se diseña un proyecto de investigación de carácter observacional y descriptivo cuyo objetivo es determinar el grado de humanización existente en el Servicio de Urgencias del HUAC a través de una encuesta a sus profesionales sanitarios. El Proyecto se realiza en un único momento temporal y las variables se miden una sola vez, no existe seguimiento, es de tipo transversal.

7.2. Ámbito del Estudio

El Proyecto se realizará en el Servicio de Urgencias de Adultos del HUAC.

7.3. Periodo del Estudio y Población

Se estima que el estudio tendrá una duración total de un año, desde el mes de febrero de 2022 hasta el mes de enero de 2023.

La **población diana** serán médicos y enfermeras del Servicio de Urgencias del HUAC.

7.4. Criterios de Inclusión y Exclusión

Para la selección de los participantes, se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

7.4.1. Criterios de Inclusión

- Profesionales de enfermería y medicina que se encuentren trabajando en el Servicio de Urgencias del HUAC, como mínimo desde hace 12 meses.
- Haber aceptado participar en el estudio de manera voluntaria.

7.4.2. Criterios de Exclusión

- Profesionales de enfermería y medicina que se encuentren trabajando en el SUH con una antigüedad inferior a 12 meses.

7.5. Justificación del tamaño muestral

Se pretende encuestar a todos los médicos y enfermeras del Servicio de Urgencias del HUAC:

- Médicos adjuntos (40) + jefe de servicio (1).
- Enfermeras (99+2) + supervisoras (3).

Con una población total $N=145$ se realiza el cálculo muestral para una seguridad del 95%, precisión 3%, estimando $p=0,5$ ya que no se conoce el parámetro previo y con ajuste de pérdidas al 5%, la muestra mínima necesaria es de **134 encuestas válidas**.

El cálculo del tamaño muestral se realizó con la Calculadora Fistera y se comprobó con el programa Epidat 4.2

7.6. Descripción de las variables a estudio

• Variables Independientes

Permitirán conocer los aspectos relevantes del perfil sociolaboral de los profesionales que participen en el estudio. Se recogerán en el cuestionario a través de 9 ítems:

- Sexo.
- Edad.
- Categoría profesional.
- Puesto que ocupa en el SUH
- Tiempo de experiencia profesional.
- Tiempo trabajado en el Servicio de Urgencias del HUAC.
- Formación académica de postgrado.
- Formación específica en humanización.
- Conocimiento del Proyecto HURGENCIAS.

• Variables Dependientes

Permitirán conocer las medidas humanizadoras implantadas en el SUH y las áreas no humanizadas. El cuestionario tiene 169 ítems (7 áreas):

- Flexibilización en el acompañamiento: medidas que favorecen la presencia de acompañantes y su implicación en los cuidados del paciente.
- Comunicación: estrategias efectivas que permiten que los pacientes y sus acompañantes se sientan atendidos, informados, acompañados y escuchados.
- Bienestar del paciente: protocolos con un enfoque holístico que atiendan las necesidades de los pacientes desde todas las dimensiones que los conforman para garantizar su completo bienestar.
- Cuidados al profesional: estrategias adecuadas y rutinarias de identificación y prevención del síndrome de desgaste profesional, así como medidas para garantizar el bienestar físico y psicológico de los mismos.
- Pacientes vulnerables: protocolos de identificación y abordaje de pacientes vulnerables (frágiles, dependientes, con problemas sensoriales/comunicativos/cognitivos/motores crónicos, barrera idiomática, edades extremas, víctimas de malos tratos/violencia de género o algún tipo de problemática social/salud mental).
- Cuidados al final de la vida: medidas que garanticen el respeto de la autonomía y la voluntad de los pacientes, así como unos cuidados paliativos que cubran las necesidades existentes.
- Infraestructura humanizada: entorno físico que facilite la eficacia técnica y la preservación de la: intimidad de los pacientes y la comodidad de todos los integrantes del proceso de atención.

7.7. Descripción de la intervención

A continuación, se describen las etapas de desarrollo del estudio:

7.7.1 Formación del equipo de investigación

La investigadora principal es graduada en enfermería y requerirá la colaboración de dos enfermeros/as de la unidad para que animen a sus

compañeros/as a participar en el estudio y resuelvan posibles dudas que puedan surgir en ausencia de la misma.

7.7.2 Solicitud de autorización al Comité de Ética e Investigación de Galicia

En primer lugar, se solicitará la autorización del Comité de Ética e Investigación de Galicia para la realización del estudio, modelo oficial en el Anexo I.

7.7.3 Presentación del Proyecto en el HUAC

El proyecto se presentará a la Gerencia, Dirección Médica y Dirección de Enfermería del HUAC. De esta forma, se entregará la carta de presentación según el modelo oficial, disponible en el Anexo II.

7.7.4 Reunión con los responsables del Servicio de Urgencias del HUAC

Se concertará una reunión presencial con las supervisoras y el jefe de servicio del Servicio de Urgencias, con el objetivo de dar a conocer el proyecto, los objetivos, el procedimiento que se utilizará y la invitación a participar en el estudio. Se entregará documentación escrita (Anexo II). En cuanto a los profesionales, se programarán sesiones informativas impartidas por la investigadora principal, a lo largo de tres meses, en las que se les explicarán los objetivos del proyecto, así como la importancia y el beneficio que supondrá el mismo.

7.7.5 Distribución, Recogida y Custodia de los Cuestionarios

Los cuestionarios se encontrarán ubicados en el despacho de las supervisoras y del jefe de servicio en un lugar accesible. Los participantes podrán recogerlos allí y cumplimentarlos de forma autoadministrada. Posteriormente deberán depositarlos en las urnas cerradas con candado y situadas en los mismos lugares. La investigadora principal los recogerá cuando acuda al servicio para impartir las sesiones informativas y será quien los custodie.

7.8. Medición del efecto

El instrumento de medida será un documento con dos partes (Anexo III).

1. Datos sociodemográficos y laborales, cuestionario inicial de 9 ítems con los datos sociolaborales del profesional, así como los datos de Formación y Conocimiento del Proyecto HURGENCIAS.
2. Percepción de la Humanización del Servicio de urgencias, **test de autoevaluación** del “Manual de buenas prácticas de Humanización en los Servicios de Urgencias Hospitalarias” ⁽¹⁸⁾, avalado científicamente y validado por la entidad AENOR (Anexo III). De esta forma, se encuestará al personal a través de un cuestionario conformado por 169 ítems basados en buenas prácticas, englobadas en 7 líneas estratégicas: la flexibilización en el acompañamiento al paciente, la comunicación, el bienestar del paciente, los cuidados al profesional, los pacientes vulnerables, los cuidados al final de la vida y la infraestructura humanizada.

El procedimiento de respuesta utilizado será una Escala Nominal de SI o NO. A las respuestas afirmativas se les asignará un valor de 1 y a las negativas un valor de 0. La puntuación máxima será 169. Un resultado inferior al 50% de respuestas afirmativas será indicador de servicio poco humanizado. La puntuación de las distintas líneas estratégicas será indicativa de la fortaleza o debilidad de cada una de ellas.

- Línea 1.....23 ítem.
- Línea 2.....24 ítem.
- Línea 3.....26 ítem.
- Línea 4.....18 ítem.
- Línea 5.....23 ítem.
- Línea 6.....22 ítem.
- Línea 7.....33 ítem.

El tiempo aproximado para la cumplimentación de la encuesta ha sido estimado por los creadores del Proyecto, en 25 minutos.

7.9. Análisis Estadístico

El análisis descriptivo de las variables a estudio se realizará mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes.

Las variables cuantitativas se expresarán en media y desviación típica, las cualitativas en tablas de frecuencia y porcentaje, con una estimación del 95% de intervalos de confianza. Se compararán las puntuaciones de las distintas variables.

El análisis de normalidad de las variables cuantitativas se realizará con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para la comparación de parámetros numéricos entre dos grupos se utilizará el test T-Student o la prueba de Mann_Whitney, según proceda.

La correlación entre variables cuantitativas se calculará con el coeficiente de correlación de Pearson o Spearman. La asociación de variables cualitativas mediante el estadístico Chi-cuadrado.

Para determinar el efecto del resto de variables que se asocian al evento de interés se realizará un análisis multivariante de regresión logística lineal o múltiple, según proceda.

Esta es una aproximación de los parámetros estadísticos a utilizar pero, en todo caso, se requerirá asesoramiento por un profesional estadístico.

8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las limitaciones de este proyecto son las inherentes a cualquier proyecto de investigación.

8.1. Sesgo de selección

Derivado de errores en el proceso de identificación en la población a estudiar. Se evitará mediante la encuesta a toda aquella población a estudio que cumpla los criterios de inclusión y exclusión. Se invitará a todos los profesionales de Urgencias a participar, la presentación la realizará la investigadora principal y entregará un documento explicativo del estudio para que pueda ser estudiado por los posibles participantes. Como garantía, se ajustarán las pérdidas al 5%.

8.2. Sesgo de información

Derivado de errores cometidos en la obtención de la información, es un riesgo inherente a cualquier proyecto de investigación y la mejor forma de minimizarlo es el uso de instrumentos validados internacionalmente y reconocidos de forma inequívoca en el ámbito científico. Además, todos los documentos serán cumplimentados de forma autoadministrada lo que eliminará el sesgo de sentirse observado (efecto Hawthorne).

8.3. Sesgo de confusión

Resultante de variables no consideradas en el estudio que puedan comprometer el resultado. Es uno de los principales que puede surgir en un diseño de investigación, por tanto, se han analizado e incluido todas las variables de interés para los objetivos del estudio, incluidas las sociolaborales. En el análisis estadístico se incluye el análisis multivariado de regresión múltiple para ajustar las posibles variables de confusión, según el asesoramiento estadístico solicitado.

9. APORTACIONES DEL ESTUDIO

Con la realización de este estudio se aportarán conocimientos relevantes acerca de la situación actual en materia de humanización en el Servicio de Urgencias del HUAC, de esta forma, se evidenciarán las necesidades existentes. Esto contribuirá a la implementación de mejoras necesarias.

En lo referente a los pacientes y sus acompañantes, permitirá conocer qué es necesario mejorar para que reciban una asistencia basada en el trato humanizado, lo cual incrementaría sus niveles de satisfacción con el servicio.

Respecto a los profesionales, se observará qué medidas faltan por tomar para garantizar su bienestar; fundamental para brindar una atención de calidad.

Por último, en cuanto al servicio y las instituciones, conformará una guía para la creación y/o implementación de protocolos y planes con el objetivo de lograr un mayor nivel de humanización.

10. ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

El desarrollo del proyecto se atenderá a las Normas de Buena Práctica Clínica y los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki (1964) y sus revisiones y actualizaciones; así como a lo recogido en el Convenio de Oviedo (1999) y los requisitos establecidos por la Legislación Española en el ámbito de la investigación biosanitaria. La investigadora principal se compromete a respetar la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), Ley 15/1999, de 13 de diciembre. Así como todo lo dispuesto con relación al consentimiento informado Ley 41/2002, de 14 de noviembre, en el caso de este estudio y dado que el cuestionario es totalmente anónimo y no se recogen datos personales ni clínicos de los participantes no es preciso entregar hoja de consentimiento informado, ya que el hecho de cubrir el cuestionario supone en sí mismo la otorgación implícita de dicho consentimiento. El compromiso del investigador principal se encuentra disponible en el Anexo IV.

11. CRONOGRAMA Y PLAN DE TRABAJO

Figura 3. Cronograma.

	AÑO 2022											
	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E
Revisión bibliográfica	■	■										
Diseño del estudio			■	■	■							
Solicitud al CEIC						■						
Autorización HUAC							■					
Presentación en el servicio							■					
Entrega de cuestionarios							■	■	■			
Recogida de cuestionarios								■	■			
Análisis estadístico										■		
Informe de resultados											■	
Traducción											■	
Publicación y difusión de resultados												■

Fuente: *Elaboración propia.*

El estudio tendrá una duración total de un año, desde el mes de febrero de 2022 hasta el mes de enero de 2023.

12. MEMORIA ECONÓMICA

Tabla 2. Memoria económica.

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	PRECIO TOTAL
RECURSOS MATERIALES		
Ordenador portátil	1	1.500 €
Papelería	Folios Bolígrafos	150 €
SERVICIOS		
Traducción	1	500 €
Reprografía	Fotocopias	500 €
Asesoramiento estadístico	1 mes	1.200 €
Asistencia a congresos		500 €
TOTAL		4.350 €

Fuente: Elaboración propia.

Esta estimación se ha realizado conforme al IPC 2022 y puede experimentar variaciones a lo largo del desarrollo del proyecto.

Los materiales sobrantes, si los hubiere, serán donados a futuras investigaciones.

13. PLAN DE DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Una vez finalizado el estudio, se redactará el informe de investigación, así como un artículo científico en formato más reducido, describiendo el estudio realizado, en inglés y castellano, para su presentación en congresos y/o publicación en revistas científicas. La investigadora principal se compromete a publicar los resultados, sean cuales sean, en revistas científicas de ámbito nacional e internacional.

Con el fin de dar a conocer los resultados del trabajo de investigación se propondrá la participación en los siguientes **congresos nacionales e internacionales**:

- Congreso Internacional Virtual de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias (SEEUE).
- Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES).

Tabla 3. Plan de difusión de resultados en revistas de enfermería.

TÍTULO DE LA REVISTA	Factor de Impacto
Emergencias.	<ul style="list-style-type: none"> • JCR: 3,881 (Q1). • SJR: 0,53 (Q2).
International Emergency Nursing.	<ul style="list-style-type: none"> • JCR: 1,415. • SJR: 0,68 (Q1).

Fuente: Elaboración propia a partir de las páginas web oficiales.

14. BIBLIOGRAFÍA

1. Real Academia Española [Internet]. Madrid: Rae.es; 2019. [citado 2022 Feb 13]. Disponible en: <https://www.rae.es>
2. Carlosama DM, Villota NG, Benavides VK, Villalobos-Galvis FH, Hernández EL, Matabanchoy SM. Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. Pers Bioet. 2019; 23(2): 245-262. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.6>
3. Roche I. Enciclopedia de bioderecho y bioética [Internet]. Enciclopedia-bioderecho.com. [citado 2022 Feb 13]. Disponible en: <https://enciclopedia-bioderecho.com/voces/120>
4. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; 2016. [citado 2022 Feb 13]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>
5. Gutiérrez Martí R. Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1984. [citado 2022 Feb 20]. Disponible en: https://ingesa.sanidad.gob.es/ca/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Plan_Humanizacion_AsistHospit.pdf
6. Carta al paciente: Plan de Humanización de la Atención Sanitaria en La Comunidad de Valencia [Internet]. Valencia: Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana; 2003. [citado 2022 Feb 20]. Disponible en: https://www.san.gva.es/documents/151744/218467/cartaalpaciente_cas_red.pdf
7. Cañas Sancho JJ, Herías Corral G. Plan de confortabilidad del Principado de Asturias [Internet]. Asturias: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2004. [citado 2022 Feb 20]. Disponible en: <https://studylib.es/doc/7586359/plan-de-confortabilidad-del-servicio-de-salud-del-princip>
8. Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Extremadura 2007-2013 [Internet]. Mérida: Junta de Extremadura;

2007. [citado 2022 Feb 20]. Disponible en: <http://www.areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/7/714003.pdf>
9. Plan Dignifica: Humanizando la asistencia [Internet]. Castilla-La Mancha: Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha; 2015. [citado 2022 Feb 20]. Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20171016/plan_dignifica_octubre_2017.pdf
10. Estrategia de humanización del sistema público de Navarra [Internet]. Navarra: Departamento de Salud del Gobierno de Navarra; 2017. [citado 2022 Feb 20]. Disponible en: https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/684B6D5D-02FA-465D-9F1C-EC60CE963B0C/430016/estrategia_de_humanizacion_del_sistema_sanitario_p.pdf
11. Estrategia de Humanización da Asistencia Sanitaria [Internet]. Galicia: Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia; 2020. [citado 2022 Feb 20]. Disponible en: <https://www.sergas.es/Humanizacion/Documents/18/Estrategia%20da%20Humanización.pdf>
12. Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios [Internet]. Acta Paul Enferm; 2007. [citado 2022 Feb 27]. 20 (4): 499-503. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ape/a/jBBKWkbnB97tbbKd5bLTVms/?format=pdf&lang=es>
13. Gómez Jiménez J. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado [Internet]. [Rev Científicas Soc Esp Med Urg Emerg](#); 2006. [citado 2022 Feb 27]. 18: 156-164. Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/descargar/urgencia-gravedad-y-complejidad-un-constructo-teorico-de-la-urgencia-basado-en-el-triaje-estructurado/>

14. Urgencias extrahospitalarias: su organización en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016. [citado 2022 Feb 27]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/gl/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Urg_extrah_Org_SNS_2016.pdf
15. Unidad de Urgencias Hospitalaria: Estándares y Recomendaciones [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. [citado 2022 Feb 27]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>
16. Yáñez B. Manual de Urgencias Hospitalarias: La Hora “H” de los Servicios de Urgencias Hospitalarias [Internet]. Proyecto HU-CI; 2020. [citado 2022 Mar 6]. Disponible en: <https://proyctohuci.com/es/manual-hurgencias-hospitalarias-la-hora-h-de-los-servicios-de-urgencias-hospitalarias/>
17. Velasco Bueno JM, Heras La Calle G, Ortega Guerrero A, Zaforteza Lallemand C. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos [Internet]. Madrid: Proyecto HU-CI; 2019. [citado 2022 Mar 6]. Disponible en: https://proyctohuci.com/wp-content/uploads/2022/01/Manual_BP_HUCI_rev2019_web.pdf
18. Yáñez Caballero B, Velasco Bueno JM, Heras La Calle G. Manual de buenas prácticas de humanización en Servicios de Urgencias Hospitalarias [Internet]. Madrid: Proyecto HU-CI; 2020. [citado 2022 Mar 6]. Disponible en: <https://proyctohuci.com/wp-content/uploads/2020/09/ManHUrgHosp.pdf>
19. Amaro Cano M del C. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería [Internet]. Rev Cubana Enferm; 2004. [citado 2022 Mar 7]. 20 (3): 0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009

20. Cruz Riveros C. La naturaleza del cuidado humanizado [Internet]. Enferm (Montevideo); 2020. [citado 2022 Mar 7]. 9 (1): 19-30. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S2393-66062020000100021&script=sci_arttext
21. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería [Internet]. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2006. [citado 2022 Mar 7]. Disponible en: <http://www.ee.lafe.san.gva.es/pdfs/icncodesp.pdf>
22. López Suárez RJ, González Jurado MA, Fernández Fernández P, Beneit Montesinos JV, Gómez del Pulgar García-Madrid M. Impacto de la ratio enfermera/paciente sobre la seguridad y salud en el trabajo de las enfermeras [Internet]. Rev Tesela; 2016. [citado 2022 Mar 7]. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts20/ts11185r.php>
23. Sanclemente Vinué I, Elboj Saso C, Iñiguez Berrozpe T. Burnout en los profesionales de Enfermería en España. Estado de la cuestión [Internet]. Metas Enferm; 2014. [citado 2022 Mar 7] .17 (10): 17-23. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80678/burnout-en-los-profesionales-de-enfermeria-en-espana-estado-de-la-cuestion/>
24. Domínguez R. ¿Qué hay que mejorar en Urgencias de A Coruña?. La Voz de Galicia [Internet]. 2021. [citado 2022 Mar 16]. Disponible en: https://www.lavozdegalicia.es/noticia/coruna/2021/05/16/mejorar-urgencias/0003_202105H16C2991.htm

15. ANEXOS

Anexo I. Carta de Presentación al CEIC.



CARTA DE PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN A LA RED DE COMITÉS DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE GALICIA

D/D^a: Andrea Varela Díaz.

teléfono: 640 342 063.

correo electrónico: andrea.varela.diaz@udc.es.

SOLICITA la evaluación de:

- Estudio **nuevo** de investigación.
- Respuesta a las aclaraciones** solicitadas por el Comité.
- Modificación o Ampliación a otros centros** de un estudio ya aprobado por el Comité.

DEL ESTUDIO:

Título:

“Humanización en el Servicio de Urgencias de Adultos del HUAC. Perspectiva de sus profesionales sanitarios”.

Promotor:

Andrea Varela Díaz.

- MARCAR** si el promotor es sin ánimo comercial y confirma que cumple los requisitos para la exención de tasas de la Comunidad Autónoma de Galicia (más información en la web de comités).

Tipo de estudio:

- Ensayo clínico con medicamentos.
- Investigación clínica con productos sanitarios.
- Estudio observacional con medicamento de seguimiento Prospectivo (EOM-SP).
- Otros estudios no catalogados en las categorías anteriores.

Investigadores y centros en Galicia: Universidade de A Coruña (UDC).

Y adjunto envío la documentación en base a los requisitos que figuran en la web de la Red Gallega de CEIs, y me comprometo a tener disponibles para los participantes los documentos de consentimiento aprobados en gallego y castellano.

Fecha: 1 de Julio de 2022.

Firma: Andrea Varela Díaz.

Anexo II. Carta de Presentación a los Participantes en el Estudio.

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE ADULTO/A

TÍTULO DEL ESTUDIO:

“Humanización en el Servicio de Urgencias de Adultos del HUAC. Perspectiva de sus profesionales sanitarios”.

INVESTIGADOR/A:

Andrea Varela Díaz.

CENTRO:

Hospital Universitario A Coruña (HUAC).

Este documento tiene por objetivo ofrecerle información sobre un **estudio de investigación** al que se le invita a participar. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Galicia.

Si decide participar en el mismo debe recibir información personalizada del investigador, **leer antes este documento** y hacer todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea puede llevarse el documento, consultarlo con otras personas y tomarse el tiempo necesario para decidir si participar o no.

La participación en este estudio es completamente **voluntaria**.

¿Cuál es la finalidad del estudio?

Determinar el grado de humanización existente en el Servicio de Urgencias de Adultos del HUAC a través de la perspectiva de sus profesionales sanitarios.

¿Por qué me ofrecen participar a mí?

Usted es invitado a participar porque trabaja en el servicio al que va enfocado el presente estudio.

¿En qué consiste mi participación?

El procedimiento de recogida de datos será a través de un cuestionario anónimo. Su participación tendrá una duración total estimada de 25 minutos, tiempo que tardará en cubrir la encuesta.

¿Qué molestias o inconvenientes tiene?

Su participación no implica molestias adicionales.

¿Obtendré algún beneficio por participar?

No se espera que Ud. obtenga beneficio directo por participar en el estudio. La investigación pretende descubrir aspectos desconocidos o poco claros sobre la humanización. Esta información podrá ser de utilidad en un futuro para otras personas.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Si Ud. lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio.

¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los resultados de este estudio serán remitidos a publicaciones científicas para su difusión.

Información referente a sus datos:

La obtención, tratamiento, conservación, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento UE 2016-679 del Parlamento europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016), la normativa española sobre protección de datos de carácter personal vigente, la Ley 14/2007 de investigación biomédica y el RD 1716/2011.

La institución en la que se desarrolla esta investigación es la responsable del tratamiento de sus datos, pudiendo contactar con el Delegado/a de Protección de datos a través de los siguientes medios:

correo electrónico:/Tfno.:

Los datos necesarios para llevar a cabo este estudio serán recogidos y conservados de modo **anonimizado**, es decir, que usted no podrá ser identificado ni siquiera por el equipo investigador.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

No existe ningún interés económico en el estudio.

El investigador no recibirá retribución específica por la dedicación al estudio.

Ud. no será retribuido por participar.

¿Cómo contactar con el equipo investigador de este estudio?

Ud. puede contactar con Andrea Varela Díaz en el teléfono 640 342 063 y/o correo electrónico andrea.varela.diaz@udc.es

Muchas gracias por su colaboración.

Anexo III. Encuestas Validadas / Instrumentos de Medición.**CUESTIONARIO SOCIOLABORAL Y FORMACIÓN**

Ítem	Marque con una X o rellene la casilla cuando proceda.
1. Edad.	Edad en años: _____
2. Sexo.	<input type="checkbox"/> Masculino. <input type="checkbox"/> Femenino. <input type="checkbox"/> No binario
3. Categoría profesional.	<input type="checkbox"/> Médico. <input type="checkbox"/> Enfermera.
4. Puesto en el Servicio.	<input type="checkbox"/> Jefe de Servicio. <input type="checkbox"/> Jefe de Sección. <input type="checkbox"/> Supervisora. <input type="checkbox"/> Coordinador.
5. Tiempo de experiencia profesional.	Número de años ejerciendo la profesión: _____
6. Tiempo trabajado en el Servicio de Urgencias del HUAC.	Número de años ejerciendo la profesión en el Servicio de Urgencias del HUAC: _____
7. Formación académica de postgrado.	<input type="checkbox"/> Máster <input type="checkbox"/> Especialista. <input type="checkbox"/> Doctor/a.
8. Formación específica en humanización.	<input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No.
9. Conoce usted el Proyecto HURGENCIAS.	<input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No.

Fuente: *Elaboración propia.*

CUESTIONARIO GRADO DE HUMANIZACIÓN

Ítem	SI	NO
1. Flexibilización en el acompañamiento: presencia y participación de las personas cuidadoras y familiares en los cuidados.		
Sensibilización y formación del equipo asistencial.		
1.1 Se realizan sesiones informativas/trabajo específicas con representación de todos los miembros del equipo asistencial analizando barreras, elementos facilitadores y estrategias consensuadas para la implantación del nuevo modelo.		
1.2 Existe un grupo de trabajo interdisciplinar encargado de coordinar y monitorizar el cumplimiento de flexibilidad de horarios.		
1.3 Se realiza formación continuada en <i>humantools</i> (habilidades comunicativas, gestión de conflictos, etc) dirigidos al equipo asistencial, para facilitar la implantación del modelo de flexibilización en el acompañamiento en el SUH.		
Accesibilidad.		
1.4 Existe un procedimiento en el acompañamiento continuo a pacientes en la sala de espera de pacientes, si éste lo desea.		
1.5 Existe un procedimiento que reconoce y permite flexibilidad en el acompañamiento a pacientes ingresados en la observación del SUH, si éste lo desea.		
1.6 Se identifica, reconoce y respeta la figura de la persona cuidadora/acompañante con acceso y acompañamiento continuo en sala de espera de pacientes y observación del SUH en caso de deterioro cognitivo, motor, riesgo de caídas, temor, ansiedad.		
1.7 Existe guía informativa (papel, electrónica) de acogida a familiares/personas cuidadoras de pacientes ingresados en la observación del SUH que recoge las indicaciones de acceso a la unidad, en diferentes idiomas.		
1.8 Existe cartelería informativa (papel, electrónica) en diferentes áreas del SUH y en diferentes idiomas, sobre la posibilidad de acompañamiento al paciente.		
Contacto.		
1.9 Se facilita la lactancia materna cuando las condiciones de la madre y el lactante son adecuadas.		
1.10 Se permite y facilita el contacto de pacientes aislados virtualmente y/o físicamente.		
Presencia y participación en procedimientos y cuidados.		
1.11 Se dispone de un protocolo asistencial relativo a la participación de la familia en los cuidados básicos (alimentación, higiene, movilización) al paciente ingresado.		

1.12 Se contempla y permite a las personas cuidadoras y familiares acompañar al paciente en determinados procedimientos cuando es solicitado y si el paciente así lo desea.		
1.13 Se contempla y permite, si así es solicitado, a las personas cuidadoras y familiares acompañar al paciente en la sala de críticos y/o durante RCP previo acuerdo del equipo con la familia/persona cuidadora y paciente si se pudiera, registrando en la historia clínica esta decisión.		
1.14 Se registra el consentimiento del paciente (verbal/escrito) para la participación de los cuidados y/o acompañamiento en determinados procedimientos de la persona cuidadora y familia, si procediera.		
1.15 En caso de que el estado del paciente lo incapacite, la toma de decisiones relativa al tratamiento y cuidados, se consulta el registro de voluntades vitales anticipadas (VVA) o historia clínica donde se detalla la planificación anticipada, según proceda, compartiendo con las personas especificadas en dichos registros estas decisiones. En caso de no existir estos registros o especificaciones en torno a la toma de decisiones, es compartida con la persona cuidadora o familia.		
Soporte a las necesidades emocionales, psicológicas y espirituales de los familiares y personas cuidadoras.		
1.16 Se utilizan herramientas para identificar y abordar las necesidades emocionales, psicológicas y espirituales de los familiares y las personas cuidadoras.		
1.17 Se facilita a las familias y personas cuidadoras el uso regulado de telefonía móvil u otros dispositivos (favorecer el contacto con familiares).		
1.18 Existe sala de rezos multiconfesional y personal accesible, está señalizada y se informa de la misma.		
Identificación y abordaje de personas cuidadoras de pacientes vulnerables.		
1.19 Existe un procedimiento para la identificación de cuidadores de pacientes vulnerables en el SUH.		
1.20 Existe un protocolo de atención a personas cuidadoras de pacientes vulnerables en el SUH que incluyen medidas de confort en caso de acompañamiento continuo (asiento confortable, dieta si precisa, aseo con posibilidad de higiene si precisa).		
1.21 Existe una valoración integral estructurada que permita valorar a la persona cuidadora de pacientes vulnerables y abordar sus necesidades.		
1.22 Existe un protocolo de derivación a la persona cuidadora a la gestora de casos o unidad de trabajo social (UTS) si fuera preciso.		

1.23 Se facilitan, disponen y usan asociaciones, grupos de apoyo u otros recursos no sanitarios para personas cuidadoras.		
2. Comunicación.		
Comunicación en el equipo.		
2.1 Existe un procedimiento estructurado de traspaso de información claro y efectivo en la atención del paciente.		
2.2 Existe un sistema de localización de pacientes en el SUH que permita conocer de forma rápida y sencilla su ubicación y datos relevantes de su atención.		
2.3 Se realizan actividades formativas para los profesionales del SHU en trabajo en equipo y comunicación efectiva utilizando herramientas como por ejemplo la simulación clínica y el CRM (<i>Crisis Resource Management</i>).		
2.4 Están implantadas herramientas específicas para la mejora de la comunicación efectiva: objetivos diarios/listados de verificación/Briefings/AASTRE (Análisis Aleatorio de Seguridad en Tiempo Real) /Técnica SBAR.		
2.5 Se establecen espacios/áreas estructuradas para el diálogo entre profesionales para compartir información y consensuar opciones terapéuticas en acuerdo con el paciente, familia/persona cuidadora.		
Comunicación del equipo con otras áreas.		
2.6 Existe un procedimiento estructurado de traspaso de información claro y efectivo en la transferencia del paciente a otra área hospitalaria.		
2.7 Existe un procedimiento estructurado de traspaso de información claro y efectivo en la transferencia del paciente desde el área extrahospitalaria, con número de teléfono y persona de contacto.		
2.8 Existe un procedimiento estructurado de traspaso de información claro y efectivo en la transferencia del paciente a otras estructuras sanitarias.		
2.9 Se establecen reuniones periódicas entre los diferentes equipos para mejorar la comunicación y el trabajo colaborativo.		
Comunicación e información al paciente, familia y persona cuidadora.		
2.10 Existe, se conoce y utiliza el libro de estilo institucional o en su defecto, protocolo propio del servicio, como modelo de orientación de estilo de relación de los profesionales con los usuarios, así como la guía de Atención y Trato (identificación de profesionales, comunicación empática...).		
2.11 Existen espacios físicos adecuados para la información a pacientes y/o familiares y/o personas cuidadoras.		

2.12 Existe una persona coordinadora de información o profesional de referencia para que la familia/persona cuidadora sepa a quien dirigirse en caso de duda o necesidad.		
2.13 Existe un procedimiento de información por parte de médicos y enfermeras a pacientes y/o familiares/ personas cuidadoras de forma periódica, aclarando dudas y reduciendo incertidumbre sobre la situación de salud según competencias y con una perspectiva integral.		
2.14 Se realizan actividades formativas en habilidades no técnicas y de relación de ayuda, que incluyan comunicación en malas noticias, situaciones conflictivas y duelo.		
2.15 Existe un protocolo de comunicación de malas noticias.		
2.16 En pacientes competentes, se explora con el propio paciente la voluntad de que sea informada la familia, persona cuidadora o los allegados y queda registrada esta decisión.		
2.17 Existe un sistema para que los pacientes puedan llamar a los profesionales sanitarios cuando lo necesiten.		
2.18 Existe un procedimiento de llamada al paciente/familiar/persona cuidadora y se aplica según área de urgencias.		
2.19 Existe un procedimiento de identificación inequívoca del paciente según establece la Joint Commission u otro procedimiento validado.		
2.20 Existe un procedimiento para favorecer la comunicación con pacientes que presentan dificultades para comunicarse por problemas cognitivos, deficiencias auditivas, visuales o del lenguaje.		
2.21 Existe un procedimiento para comunicarse con pacientes, familiares o personas cuidadoras con barrera idiomática.		
2.22 Se evalúa periódicamente la satisfacción del paciente y familiares con herramientas validadas en relación a la atención recibida.		
2.23 Existe y se aplica un procedimiento que facilite la comunicación de familiares/personas cuidadoras con pacientes en aislamiento: videollamadas, mensajes de audios, elementos simbólicos.		
2.24 Existe y se aplica un procedimiento que facilite la información médica no presencial según casos y contextos específicos.		
3. Bienestar del paciente.		
Bienestar físico.		
3.1 Existe protocolo consensuado para el ingreso del paciente en observación del SUH y/o planta.		

3.2 Se establecen tiempos máximos de estancia en observación del SUH sentado, en sillón o camilla y una vez pasado ese tiempo el paciente pasa a una cama.		
3.3 Se facilita una camilla/cama a pacientes identificados como vulnerables con deterioro motor incapacitante, así como ubicaciones específicas durante su atención.		
3.4 Existen protocolos de actuación para las patologías más prevalentes o graves, cuidados y técnicas frecuentes y son conocidos y utilizados por todos los miembros del SUH de manera homogénea y con baja variabilidad según evidencia científica más reciente.		
3.5 Existe un protocolo de triaje normalizado e informatizado de cinco niveles.		
3.6 Existe y aplica un procedimiento normalizado de reevaluación de pacientes en la sala de espera.		
3.7 Existe un protocolo de analgesia y sedación según evidencias recientes.		
3.8 Existe un protocolo de contención mecánica con especial atención a la dignidad del paciente y persona cuidadora/ familia.		
3.9 En el área de observación del SUH se favorece la deambulación, sedestación de forma precoz si es posible.		
3.10 Existe un protocolo de cambios posturales en el paciente encamado.		
3.11 Existe un protocolo de aseo e higiene del paciente encamado.		
3.12 Se valoran las necesidades de cuidados de forma estructurada de los pacientes ingresados y se establecen medidas para la satisfacción de las mismas desde la continuidad de cuidados.		
Bienestar psicológico y espiritual.		
3.13 Existe un procedimiento de información al paciente.		
3.14 Se valoran las necesidades de cuidados psicológicos y espirituales de los pacientes ingresados en observación del SUH de forma estructurada y se establecen medidas para la satisfacción de las mismas desde la continuidad de cuidados.		
3.15 Se facilita el uso de medios de entretenimiento para los pacientes con la regulación debida de utilización (lectura, dispositivos multimedia, radio, tv).		
3.16 Existe la posibilidad de que el paciente pueda ser atendido "in situ" por un psicólogo/a.		
Promoción de la autonomía del paciente.		
3.17 Se facilita la participación de los pacientes en procedimientos y cuidados según capacidad funcional.		

3.18 Se facilita el uso del baño en el SUH en condiciones de higiene y dignidad, incluso cuando éste es de uso colectivo y con sistema de llamada en caso de emergencia y adaptados para su accesibilidad según normativa vigente.		
3.19 Se facilita el uso de WC portátil en observación del SUH.		
Bienestar ambiental y descanso nocturno.		
3.20 Se definen y promueven medidas de control del ruido ambiental.		
3.21 Se mantiene un control de la temperatura ambiental según momento del día.		
3.22 Existe un protocolo de descanso nocturno.		
3.23 Existen medidores de decibelios en observación del SUH con aviso luminoso cuando se sobrepasen los límites establecidos.		
3.24 Se favorece el uso de luz natural durante el día o en su defecto, se disponen de ventanas virtuales.		
3.25 Se realizan intervenciones relacionadas con la música.		
3.26 Se evalúa y monitoriza la calidad del sueño.		
4. Cuidados al profesional.		
Sensibilización sobre el síndrome de desgaste profesional y factores asociados.		
4.1 Se llevan a cabo actividades formativas relacionadas con el conocimiento y gestión del desgaste profesional, factores asociados y el fomento del <i>engagement</i> para la adquisición de competencias y habilidades en el afrontamiento del estrés y situaciones conflictivas (resiliencia, personalidad positiva, asertividad, autorregulación emocional, resolución de problemas, manejo eficaz del tiempo, así como la vinculación con el trabajo).		
4.2 Se evalúa periódicamente el proceso de desgaste profesional y el <i>engagement</i> , usando herramientas validadas.		
Prevención del síndrome de desgaste profesional y promoción del bienestar.		
4.3 La dotación de plantilla y turno de trabajo son adecuados cumpliendo con los estándares propuestos en la bibliografía.		
4.4 Existe un protocolo instaurado de aumento de plantilla en épocas de alta frecuentación o aumento de demanda no esperado.		
4.5 Existe un plan de acogida para los nuevos profesionales para ayudar a su integración en el equipo.		
4.6 Se promueven cambios organizativos que reduzcan la aparición y/o el impacto del desgaste profesional en el personal mayor de 55 años.		

4.7 Se facilita la posibilidad de cambiar turnos de trabajo y adoptar horario a las necesidades particulares de los profesionales (flexibilidad horaria).		
4.8 Se facilita la actividad docente, formativa e investigadora y se contemplan éstas como parte de la jornada laboral.		
4.9 Se promueve la participación y opinión de los profesionales en la cultura organizacional de la Unidad, en su gestión y en los objetivos de la misma.		
4.10 Se dispone de una zona adecuada de descanso para los profesionales para pausas y acceso a bebidas, snacks.		
4.11 Se disponen de materiales/dispositivos de trabajo para movilizar a los pacientes minimizando el riesgo de lesiones de los profesionales.		
Prevención y manejo integral de situaciones conflictivas en los servicios de urgencias hospitalarias.		
4.12 Existe formación específica a los profesionales para la gestión de situaciones conflictivas.		
4.13 Se realizan reuniones periódicas entre representantes locales (asociaciones de pacientes-familiares/personas cuidadoras, representantes políticos locales) y profesionales de la unidad para identificar elementos de mejoras del servicio de urgencia.		
4.14 Periódicamente se evalúa el clima laboral del servicio a través de un cuestionario de clima validado y se proponen e implementan líneas de mejora.		
4.15 Existen herramientas para favorecer la participación interdisciplinar y la identificación y resolución de los conflictos entre profesionales del SUH y proponer soluciones a éstos.		
4.16 Existen herramientas para favorecer la participación interdisciplinar y la identificación y resolución de los conflictos entre profesionales del SUH, áreas hospitalarias y extrahospitalarias, y proponer soluciones a éstos.		
4.17 Existe un buzón de sugerencias para profesionales, pacientes y familiares.		
4.18 Se dispone de un psicólogo/a para la gestión emocional del profesional y la gestión de conflictos del servicio.		
5. Pacientes vulnerables.		
Vulnerabilidad general: identificación, valoración y abordaje.		
5.1 Existe un procedimiento de identificación, valoración y manejo del paciente con imposibilidad o dificultad permanente para moverse, precisando de ayuda y/o supervisión de otra persona y/o dispositivo y que pone en riesgo real o potencial su autonomía y seguridad en el SUH, registrando la presencia o no de acompañante/persona cuidadora.		

5.2 Existe un procedimiento de identificación, valoración y manejo del paciente con problemas cognitivos y/o psíquicos permanentes que le imposibilitan o dificultan la comprensión y/o interpretación del lenguaje y el desarrollo de conductas adaptadas al medio, poniendo en riesgo real o potencial su autonomía y seguridad en el SUH, registrando la presencia o no de acompañante/ persona cuidadora.		
5.3 Existe un procedimiento de identificación, valoración y manejo del paciente con alteraciones visuales, auditivas y/o lingüísticas permanentes y que pone en riesgo real o potencial su autonomía y seguridad en el SUH, registrando la presencia o no de acompañante/ persona cuidadora.		
5.4 Existe un procedimiento para la identificación, comunicación y manejo de pacientes con barrera idiomática.		
5.5 Existe un procedimiento de derivación de pacientes vulnerables generales a la UTS (Unidad de Trabajo Social) o gestora de casos si se precisara, que garantice la continuidad de la asistencia socio-sanitaria de los pacientes “vulnerables generales” al alta.		
5.6 Existe una guía de recursos sociales comunitarios (asociaciones, grupos de apoyo ...) disponibles y se oferta a pacientes “vulnerables generales”.		
5.7 Se realizan actividades formativas en el manejo de pacientes “vulnerables generales”.		
Vulnerabilidad específica: identificación, valoración y abordaje.		
5.8 Existe un procedimiento de identificación, valoración y manejo del paciente frágil.		
5.9 Existe un procedimiento de identificación, valoración y manejo del paciente dependiente.		
5.10 Existe un procedimiento de identificación, valoración y manejo del paciente paliativo.		
5.11 Existe un procedimiento de identificación, valoración y manejo del paciente hiperfrecuentador.		
5.12 Existe un procedimiento de atención pediátrico diferenciado en caso de SUH donde se atiende a población adulta y pediátrica.		
5.13 Existe un procedimiento de identificación, valoración y manejo del paciente con problemática social.		
5.14 Existe un procedimiento de identificación, valoración y manejo del paciente con problemas de salud mental.		
5.15 Existe un procedimiento de derivación de pacientes “vulnerables específicos” a la UTS (Unidad de Trabajo Social) o gestora de casos si se precisara, que garantice la continuidad de la asistencia socio-sanitaria de los pacientes “vulnerables específicos” al alta.		

5.16 Existe una guía de recursos sociales comunitarios (asociaciones, grupos de apoyo ...) disponibles y se oferta a pacientes “vulnerables específicos”.		
5.17 Se realizan actividades formativas en el manejo de pacientes “vulnerables específicos”.		
5.18 Existe una Unidad de Trabajo Social con atención continuada.		
Identificación, valoración y abordaje de violencia de género y malos tratos.		
5.19 Existe un procedimiento de identificación, valoración y manejo de violencia de género.		
5.20 Existe un procedimiento de identificación, valoración y manejo de malos tratos a niños.		
5.21 Existe un procedimiento de identificación, valoración y manejo malos tratos a ancianos.		
5.22 Existe y facilita una guía de recursos locales de para la atención de mujeres víctimas de violencia de género, maltrato en niños o ancianos.		
5.23 Se realizan actividades formativas en el manejo de situaciones de violencia de género y maltrato infantil y en ancianos.		
6. Cuidados al final de la vida.		
Protocolización de cuidados al final de la vida.		
6.1 Existe un protocolo interdisciplinar de cuidados al final de la vida adaptado a las recomendaciones de las sociedades científicas.		
6.2 Existe un procedimiento para la identificación de necesidades en pacientes que precisan cuidados al final de la vida ingresados en el SUH.		
6.3 Existe un servicio especializado de cuidados paliativos disponible para consulta y manejo específico de casos (ingresos en unidades de paliativos, gestión para visita domiciliaria...).		
6.4 Se registra y se sigue el procedimiento establecido en la unidad para el uso de sedación paliativa.		
Acompañamiento en situaciones al final de la vida.		
6.5 Se facilita el acompañamiento continuo de los familiares de los pacientes en situación al final de la vida.		
6.6 Existe posibilidad de ubicar al paciente y persona cuidadora/familia en un box individual con el fin de preservar su intimidad y confidencialidad.		
6.7 Se facilita formación en acompañamiento y atención al duelo a los profesionales implicados en el cuidado del paciente/persona cuidadora/familia.		
Soporte a las necesidades según la escala de valores de los pacientes en situaciones al final de la vida.		

6.8 En la historia de salud del paciente se registra su escala de valores para facilitar la aplicación de estrategias de apoyo emocional.		
6.9 Se aplican estrategias de apoyo emocional para los pacientes y allegados en situaciones al final de la vida acorde a sus valores.		
6.10 Se ofrece apoyo emocional y de soporte a los profesionales que participan en los cuidados al final de la vida con el objetivo de reducir la aparición de síndromes como el sufrimiento moral, la percepción de cuidados inapropiados o fatiga por compasión.		
Protocolización de cuidados en pacientes con limitación/adequación de tratamiento de soporte vital y rechazo al tratamiento.		
6.11 Existe protocolo de Limitación/Adecuación de Tratamiento de Soporte Vital.		
6.12 Se incorpora la donación de órganos y tejidos en los cuidados al final de la vida en los casos en que esté indicado según protocolo de la Unidad.		
6.13 Existe un registro para el rechazo del tratamiento, quedando constancia de ello en la historia de salud (respeto a la autonomía del paciente).		
6.14 Se facilita el traslado seguro a domicilio de los pacientes que no quieran morir en el SUH, acompañado de persona cuidadora/familiar.		
Implicación interdisciplinar en la decisión y desarrollo de medidas de limitación/adequación de tratamiento de soporte vital y rechazo del tratamiento.		
6.15 La decisión de Limitación/Adecuación de Tratamientos de Soporte Vital se realiza contando con la participación de todos los profesionales implicados en la atención del paciente, buscando el mayor consenso por parte del equipo asistencial.		
6.16 El rechazo del tratamiento se realiza respetando la decisión del paciente y, si este lo desea, conjuntamente con personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho. En caso de paciente incapaz será su representante el encargado.		
6.17 Existe un grupo de trabajo interdisciplinar en relación a los cuidados al final de la vida y a la limitación/adequación de los tratamientos de soporte vital.		
Consulta al registro de voluntades vitales, a la planificación anticipada de decisiones y al comité de ética asistencial.		
6.18 El profesional valora el grado de información del paciente sobre su proceso y su capacidad para la toma de decisiones clínicas.		
6.19 Se consulta de manera sistemática el registro de voluntades vitales anticipadas, o consulta en historia de salud la existencia de la planificación anticipada de decisiones de aquellos pacientes críticos o en fase al final de la vida que carezcan de capacidad para decidir		

por sí mismos o a petición del representante, si presenta dicha incapacidad.		
6.20 Cuando no existe registro de voluntades vitales anticipadas, ni hay constancia escrita en la historia de salud de planificación anticipada de decisiones, en pacientes incapacitados para la toma de decisiones, ésta será compartida con el representante o personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.		
6.21 Se dispone de un procedimiento de consulta con el Comité de Ética Asistencial para casos de desacuerdo.		
6.22 Se facilita formación específica a los profesionales en aspectos bioéticos y legales relacionados con la toma de decisiones y los cuidados al final de la vida.		
7. Infraestructura humanizada.		
Privacidad e intimidad del paciente.		
7.1 Existe y aplica un protocolo/procedimiento intimidad del paciente y se evalúa su seguimiento.		
7.2 Existe un procedimiento de llamada al paciente codificado que preserve su anonimato.		
7.3 Existen consultas, boxes o en su defecto, biombos, cortinas u otros elementos separadores, de material antibacteriano y fácil limpieza, que hacen posible crear un espacio independiente que favorezca la privacidad e intimidad por necesidades de cuidados y/o médicas.		
7.4 Existen baños accesibles a los pacientes, incluidos wc portátiles en observación, que aseguren una mínima intimidad para las funciones fisiológicas sin pudor y con sistema de llamada de emergencia.		
7.5 Existen boxes individuales en observación.		
Confort: generalidades.		
7.6 Existen boxes individuales en observación.		
7.7 Existe sistema de control de luz, incluida la regulación de la intensidad, en todas las áreas sensibles del SUH.		
7.8 Se instauran medidas para mantener control del ruido ambiental, procurando mantener un ambiente lo menos bullicioso posible en las diferentes áreas del SUH.		
7.9 Existe música ambiental en el SUH con posibilidad de regulación de la misma.		
7.10 Existe una limpieza adecuada de las instalaciones que incluye el reciclaje de basura y gestión de residuos.		

7.11 Existe un sistema de control de la temperatura en toda el área del SUH que permite la regulación de la misma de forma independiente según área.		
Confort ambiental del paciente, personas cuidadoras y familiares.		
7.12 Existe mobiliario adecuado y correctamente distribuido para crear un espacio funcional, con una circulación óptima, evitando molestias y obstáculos innecesarios.		
7.13 Existe un área de estar para personas cuidadoras y familiares con mobiliario confortable, wc y máquinas de bebidas y comidas, correctamente señalizadas.		
7.14 Se facilitan medidas de distracción en las salas de estar: televisión con consejos sanitarios, periódicos, conexión inalámbrica gratuita, música, biblioteca.		
Orientación del paciente		
7.15 Se permite llevar reloj y móvil según condiciones de uso del servicio.		
7.16 Cuando ni la observación ni la sala de espera dispone de luz natural y/o ventana, existen ventanas virtuales.		
7.17 Existen calendarios y relojes de pared visibles a los pacientes/familiares/personas cuidadoras.		
Confort y funcionalidad en el área de asistencia y cuidados.		
7.18 Existen espacios de trabajo ergonómicos, adaptables, con varias entradas alternativas y dotados de las instalaciones y recursos materiales y tecnológicos necesarios para llevar a cabo la asistencia habitual.		
7.19 Se posibilita un adecuado acceso a la documentación con suficientes puestos de ordenador para consulta de historias.		
7.20 Existe un sistema de información clínica (SIC) ajustado al flujo de trabajo del SUH que permita trabajar en red.		
7.21 Existe un mapa de trabajo informatizado donde se recoge la información sobre pruebas complementarias, cuidados, registro enfermería y médico, historia clínica, localización y movimientos del paciente.		
7.22 En observación existe un sistema de monitorización central que recoja todos los monitores de la unidad, controlados por los médicos y las enfermeras, fácilmente accesibles.		
7.23 Existen sistemas de visualización adecuada del paciente desde diferentes puestos de trabajo.		
7.24 Existe un sistema de llamadas en pantalla con señales acústicas y visuales para pacientes/familiares desde diferentes puestos de trabajo.		

7.25 Están señalizadas las diferentes estancias de la Unidad de forma visible y clara, para personas cuidadoras/familiares, pacientes y profesionales.		
7.26 Existe un sistema de alarma de fácil acceso y activación, mediante el cual se pueda avisar a los profesionales del SUH de la existencia de una PCR o alerta clínica de algún paciente.		
7.27 Las zonas de recepción de ambulancias son flexibles y adaptadas, con buena señalización y ventilación de gases de combustión, etc., y con posibilidad de habilitar dárseas adicionales.		
Confort en el área administrativa y de profesionales.		
7.28 Existen habitaciones para profesionales de guardia, con espacios adecuados y confortables.		
7.29 Se dispone de una sala de estar para profesionales con rápido acceso a la unidad.		
Distracción del paciente.		
7.30 Se dispone de luz para lectura en pacientes ingresados en observación.		
7.31 Se permite el uso regulado de libros, prensa, radios, tabletas, portátiles, móviles.		
7.32 Se dispone de conexión inalámbrica gratuita para uso de tabletas y móviles que permitan al paciente ingresado en observación comunicarse y distraerse, con regulación debida de su utilización.		
7.33 Se dispone de acceso a medios de distracción en el área de pediatría.		

Fuente: Manual de buenas prácticas de Humanización en los Servicios de Urgencias Hospitalarias ⁽¹⁸⁾.

ANEXO IV. Compromiso de la Investigadora Principal.

COMPROMISO DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

D/D^a. Andrea Varela Díaz.

Servicio/Unidad: URGENCIAS HUAC/ UDC.

Centro: Hospital Universitario A Coruña (HUAC).

Hace constar:

- ✓ Que conoce el protocolo del estudio:

Título:

“Humanización en el Servicio de Urgencias de Adultos del HUAC. Perspectiva de sus profesionales sanitarios”.

Código del estudio:

- ✓ Que dicho estudio respeta las normas éticas aplicables a este tipo de estudios de investigación.
- ✓ Que participará como investigador principal en el mismo.
- ✓ Que cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para llevar a cabo el estudio, sin que esto interfiera con la realización de otros estudios ni con las otras tareas profesionales asignadas.
- ✓ Que se compromete a cumplir el protocolo presentado por el promotor y aprobado por el comité en todos sus puntos, así como las sucesivas modificaciones autorizadas por este último.
- ✓ Que respetará las normas éticas y legales aplicables, en particular la Declaración de Helsinki y el Convenio de Oviedo y seguirá las Normas de Buena Práctica en investigación en seres humanos en su realización.
- ✓ Que los investigadores colaboradores necesarios son idóneos.

Firma: Andrea Varela Díaz.