

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD: SECCION DE ENFERMERIA Y FISIOTERAPIA. TENERIFE
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



“GRADO DE SATISFACCION DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS CON LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA”

GRADO EN ENFERMERIA

Autora: Paola Martín Martín

Tutora: Prof. María Dolores Mora Benavente

05/06/2015

INDICE

• Resumen y palabras claves	3
• Abstract and Key words	4
• 1. Introducción - Antecedentes	5
• 2. Justificación.....	14
• 3. Objetivos	16
• 4. Metodología	17
• Bibliografía	22
• Anexos	26

RESUMEN

Las experiencias de los pacientes en los Sistemas sanitarios son de muy diversa índole, ya que depende del contexto y de numerosas variables. Sin embargo, para muchos de ellos, predomina una realidad que no debemos ignorar: la constante incorporación de innovaciones tecnológicas; el entorno hospitalario que, en ocasiones, es un ambiente hostil y desconocido; el trato recibido durante un proceso tan delicado como es en la enfermedad; las habilidades sociales, por ejemplo, la escucha activa y la empatía, que no siempre se tienen presente en la práctica, etc. Dichos factores influyen directamente en la persona hospitalizada sensible a ellos, cuyas percepciones, en ocasiones no suelen ser valoradas, generándose así un sentimiento de incompreensión y deshumanización.

La Enfermería constituye una comunidad de profesionales de tamaño considerable y primordial en las instituciones sanitarias y, sus cuidados son una de las principales funciones que se brindan al paciente. Por ello, la calidad con la que se imparten es susceptible de evaluarse, no sólo porque la satisfacción del usuario es un indicador de la calidad asistencial recibida, sino porque también es, a su vez, un reflejo directo de la calidad del Servicio de Salud del hospital.

El objetivo del estudio es explorar el grado de satisfacción de los pacientes hospitalizados en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias con la calidad de los cuidados de enfermería, a través de un estudio descriptivo, retrospectivo de carácter transversal. Los datos serán tratados con estadística descriptiva y la duración estimada será de seis meses.

Palabras claves: Calidad asistencial, cuidados de enfermería, satisfacción paciente.

ABSTRACT

The patients' experiences in Health systems are so diverse, because it depends on the context and many changeable. Whereas, most times it prevails a reality that it should not be ignored: the constant incorporation of technology innovations; hospital atmosphere, which many times, it is hostile and unknown; the kind of treatment they receive during a delicate process like the illness; social skills, for example, empathy or active listening, that it are frequently forgotten in care assistance, etc. These factors said previously, have influence on patients who are so sensitive during admissions, whose perceptions are not used to being listened, consequently an incomprehension and dehumanization feelings are produced.

Nursing constitute a great community with a considerable size and it is essential in hospitals. Its cares are one of the main functions that provide to patients. For that reason, the care quality should be evaluated, because patient satisfaction is an indication of quality assistant, and it is a reflection of hospital service quality too.

The objective of this study is to explore the patient satisfaction level with the nursing care quality who are been admitted to University Hospital Complex of Canary by a descriptive, retrospective and transversal study. Results will be treated descriptive statistics, and the length of this study is over six months.

Key words: quality assistance, nursing cares, patient satisfaction.

1. INTRODUCCION- ANTECEDENTES

La definición de Enfermería como profesión, ha sufrido diversas modificaciones a lo largo de la historia. Si nos remitimos a la definición del Consejo Internacional de Enfermería (CIE) *“La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación”* ⁽¹⁾.

Pero, ¿qué son cuidados de enfermería exactamente? Según refiere el Diccionario de la Real Academia Española (DRAE) cuidar es: “poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo; asistir, guardar y conservar” ⁽²⁾. Naturalmente, en Enfermería, abarca un concepto más amplio, que se orienta al cuidado humano, a la supervisión, preservación del estado de salud del paciente, y su fomento a través de una adecuada educación sanitaria, y una atención de enfermería de calidad.

Los cuidados de enfermería han recibido numerosas definiciones, y concepciones, a lo largo de la Historia y evolución de las Ciencias de la Salud. Ya Aristóteles, habló del término “cuidado” aproximándolo a lo que percibimos como delicadeza, respeto por el entorno y atención a nuestro propio ser ^(3,4).

En el concepto “cuidado” podríamos distinguir dos niveles que, aunque estén estrechamente relacionados, es preciso resaltarlos por separado:

1. El cuidado de nuestro cuerpo: aquí es donde radica la base del buen vivir ⁽⁵⁾. Es cierto que, en ocasiones, los problemas de salud no están bajo nuestro control, como es el caso de una neoplasia, o mutaciones genéticas. Sin embargo, somos autónomos en nuestros hábitos de vida, por ejemplo, en la dieta. La forma en que nos alimentamos es determinante, pudiendo beneficiar o perjudicar la salud de nuestro organismo. Como bien dijo en su momento, Miguel de Cervantes “el estómago es la fábrica en donde se forja la salud del cuerpo” ⁽⁶⁾.

2. El cuidado de la vida intelectual: hoy en día, un gran porcentaje de la sociedad, vive bajo una rutina marcada por el estrés y la ansiedad que posteriormente afecta al resto del cuerpo, manifestándose en forma de los llamados síntomas psicosomáticos. No estamos acostumbrados a ejercitar nuestra mente, a no colapsarla, y

así, mantenerla en un equilibrio saludable. Al mismo tiempo nuestro estado psíquico está en constante combinación entre la parte racional y emocional y, la disfunción entre la razón y los sentimientos es la raíz de problemas y de dolor ⁽⁷⁾. Probablemente, este hecho estaría minimizado si desde la infancia, se nos enseñase a percibir y sentir al unísono las emociones, consecuentemente, nuestra vida estaría menos influenciada por el sufrimiento ⁽⁸⁾.

Por último, el cuidado de uno mismo no es completo sin el cuidado de los demás ^(9,10), es decir, sin el altruismo. El altruismo humano es componente esencial de los cuidados que se ofrecen, distinguiéndose así lo que se hace por interés propio, y lo que se hace teniendo en cuenta a los demás ⁽¹¹⁾.

No obstante, una descripción global y precisa, tras un estudio cualitativo realizado por García M. y colaboradores, en el año 2011⁽¹²⁾, con objeto de construir el concepto de “cuidado profesional de enfermería”, finalmente, se describe como: *“la esencia de la disciplina tiene como fin el cuidado integral del paciente en condiciones de salud y enfermedad, mediante acciones de cuidado y enseñanza en el mantenimiento y conservación de la vida, con conocimientos científicos y humanísticos que permiten mantener el bienestar del ser”*.

Por otra parte, podemos complementar la definición anterior, si consideramos el concepto de “calidad” en los cuidados. Sin embargo, ¿qué engloba unos cuidados de enfermería de calidad? Respondemos a esta cuestión, valorando la calidad como la forma en la que el cuidado de enfermería se orienta para prestar una atención eficiente y efectiva tanto a la persona, como a la familia y comunidad, basada en valores y destrezas técnico-científicas, sociales y éticos. La satisfacción del paciente es un reflejo de la calidad del servicio de enfermería y de salud, así como la satisfacción del personal de enfermería que presta dicho servicio ⁽¹³⁾.

Partiendo de los orígenes, la preocupación por la calidad en la asistencia sanitaria es tan antigua como el propio ejercicio médico. En la Figura 1.1 ⁽¹⁴⁾ (Anexo 1), se puede observar la evolución del concepto de calidad asistencial a lo largo de la historia.

Su comienzo, radica en hallazgos de papiros egipcios, concretamente, en el *Código de Hammurabi* (1760 a.C.), o incluso en el tratado de *Ley del propio Hipócrates*

(Siglo V a.C.). Ambos postulados, buscan lo mejor para el paciente pues es la esencia de la práctica sanitaria; seguidamente surge el concepto dual de ética y calidad ⁽¹⁴⁾.

Florence Nightingale fomentó la eficacia (es decir, lograr los objetivos propuestos) consiguiendo disminuir las tasas de mortalidad en los pacientes hospitalizados durante la Guerra de Crimea. Dicha eficacia se recoge en sus notas sobre Enfermería (1860) ⁽¹⁵⁾, en las que, la pionera que sustentó las bases de la Enfermería moderna, afirmaba que *“el proceso reparador que la naturaleza ha instituido y que nosotros llamamos enfermedad, ha sido entorpecido por alguna falta de conocimiento o de atención en alguna o todas estas cosas, y entonces comienza el dolor, el sufrimiento o la interrupción de todo el proceso de recuperación”*. Consideraba que, si un paciente siente frío, si tiene fiebre, si está débil, si está nauseoso después de comer, si sufre dolor, por lo general, no es culpa de la enfermedad, sino de Enfermería. Con esto no quería decir que la enfermera sea siempre la responsable ya que, factores externos como una sanidad inadecuada o un servicio administrativo ineficiente, con frecuencia hacen imposible a la enfermera ejercer como tal. Sostenía que el dolor y el sufrimiento no son propios de los síntomas de la enfermedad, sino de la ausencia de uno o varios elementos esenciales para alcanzar el éxito de la reparación de la Naturaleza.

Ya en los años cincuenta, la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAHO), exige unos estándares a los hospitales y especifica qué centros tienen capacidad para hacerlo bien. Actualmente, la JCAHO considera en su proceso de acreditación, además de la estructura, la gestión de los recursos humanos, la orientación al paciente y la mejora de los procesos ⁽¹⁶⁾.

El Audit Clínico es fundamentalmente, una estrategia destinada a mejorar la calidad de los procesos y los resultados en los pacientes de un servicio clínico. Su componente clave es la revisión de la práctica, para asegurar que *“lo que se debe hacer, se hace”* ⁽¹⁷⁾.

En la actualidad, se dice que la calidad está de moda; es un término que encontramos en multitud de contextos, con el que se pretende transmitir una sensación positiva, y la idea de que algo es mejor, es decir, la idea de excelencia. El concepto actual de calidad ha evolucionado hasta convertirse en una forma de gestión que introduce el concepto de mejora continua.

Todo parece indicar que no se trata de una moda pasajera. Existen diversas razones objetivas que justifican el interés por la calidad, a través de la cual, las empresas competitivas han establecido los siguientes tres objetivos:

1. Buscar de forma activa la satisfacción del cliente, priorizando en sus objetivos la satisfacción de sus necesidades y expectativas (haciéndose eco de nuevas especificaciones para satisfacerlos).

2. Orientar la cultura de la organización dirigiendo los esfuerzos hacia la mejora continua e introduciendo métodos de trabajo que lo faciliten.

3. Motivar a sus empleados para que sean capaces de producir productos o servicios de alta calidad ⁽¹⁸⁾.

Si existe una figura representativa en el estudio de la calidad asistencial es, Avedis Donabedian, profesor Emérito de Salud Pública en la Universidad de Michigan. Su dilatada labor en la sistematización de conocimientos dentro de las ciencias de la salud, especialmente centrada en la mejora de la calidad asistencial, ha sido reconocida mundialmente y merecedora de múltiples galardones ⁽¹⁷⁾.

Donabedian definió la calidad de la atención, como: *“aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”* ⁽¹⁹⁾.

Para Donabedian, la calidad asistencial comprende tres componentes implícitos:

- Componente técnico: uso de la ciencia y de la tecnología para abordar un problema de una persona, con objeto de rendir el máximo beneficio, pero sin incrementar con ello sus riesgos.

- Componente interpersonal: se basa en las normas y valores sociales que regulan la interacción de los individuos. Éstas, a su vez, están modificadas en parte, por el código deontológico de los profesionales, y las expectativas de cada persona

- Componente de confort: hace referencia a aquellos elementos del entorno del usuario que favorecen una atención más agradable ⁽²⁰⁾.

A partir de este análisis, numerosos autores han postulado las diferentes dimensiones que abarca la calidad, siendo la clasificación más conocida la de H. Palmer (1983), para quien los elementos de la calidad asistencial, son ⁽²¹⁾:

- Calidad científico-técnica: capacidad del profesional para emplear los conocimientos avanzados y los recursos apropiadamente, con el fin de promover la salud y satisfacción de la población atendida. Por ello, la habilidad técnica y la relación consolidada entre profesional y paciente, deben considerarse.
- Efectividad: capacidad de un procedimiento o tratamiento concreto para obtener los objetivos planteados.
- Eficiencia: alcanzar un máximo de resultados con una cantidad determinada o mínima de recursos.
- Accesibilidad: facilidad con que puede obtenerse la asistencia frente a barreras económicas, organizativas, culturales, etc.
- Satisfacción o aceptabilidad: grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención.

En 1991, la Organización Mundial de la Salud define la calidad asistencial como: *“una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, protectoras y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa, y destina los recursos necesarios (humanos y de otros tipos) a estas necesidades de manera oportuna y tan efectiva como el resultado actual del conocimiento lo permite”* ⁽²²⁾.

A partir de esta definición, se pueden resaltar los siguientes tres conceptos:

- Recursos materiales y humanos: para alcanzar una calidad asistencial óptima, es necesario señalar los recursos necesarios. La escasez de recursos no ofrece una buena calidad; pero, aún con recursos, la calidad puede ser inadecuada.
- Basada en los conocimientos científicos: la adecuada formación y unos conocimientos actualizados, son fundamentales en una práctica sanitaria de calidad.
- Aproximación global: el problema de salud debe ser concebido de forma global, es decir, que comprenda desde la educación sanitaria hasta la necesidad de cuidados de enfermería que el paciente precise ⁽²³⁾.

Hemos visto la evolución del concepto de la calidad asistencial hasta la actualidad, destacando aquellas figuras más representativas, cuyas aportaciones fueron la base de estudios posteriores.

Como hemos podido apreciar, dicho concepto no comprende una única definición, pues el material publicado sobre calidad asistencial en los sistemas sanitarios es cuantioso y al mismo tiempo difícil de estructurar.

Dependiendo de la disciplina, la calidad puede entenderse de diversas formas, empleando distintos términos, clasificaciones y modelos. En contraste, donde parece existir un acuerdo es en la falta de consenso sobre cómo definir la calidad asistencial y de un marco sistemático común, debido a la variedad del lenguaje utilizado para definir dicho concepto. Por tanto, como bien referenció Donabedian ⁽²⁴⁾, las distintas definiciones pueden ser aceptables dependiendo del propósito de su utilización, así como de la naturaleza y alcance de las responsabilidades de la persona que los defina.

La tabla 1.2 ⁽²⁵⁾ (Anexo 2), proporciona una perspectiva general sobre las definiciones de calidad asistencial más frecuentemente aplicadas en la Unión Europea.

Varios autores y organizaciones han definido la calidad asistencial conforme a una serie de dimensiones. Las dimensiones más frecuentemente citadas están recogidas en la tabla 1.3 ⁽²⁵⁾, son: Efectividad, eficiencia, acceso, competencia técnica, equidad, adecuación, disponibilidad, seguridad, respeto, oportunidad, experiencia asistencial al paciente, elección/disponibilidad de información, continuidad, prevención/detección temprana y evaluación.

Palmer (1983)	Donabedian (1988)	Nutting et al. (1990) in Saturno.	Maxwell (1992)	Consejo de Europa (1998)	NHS (1997)	NLHI de la JCHAO (1999)	Instituto de Medicina (2001)
Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad
Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia
Acceso	Acceso	Distribución de la asistencia/ integridad	Acceso	Acceso	Acceso justo	Acceso	--
Competencia técnica	Mejora de la salud	Competencia técnica	Competencia técnica	Eficacia	Mejora de la Salud	--	--
--	Equidad	--	Equidad	--	--	--	Equidad

--	Adecuación	--	Adecuación	Adecuación	--	Adecuación	--
Acceptabilidad/ Satisfacción	--	--	Acceptabilidad	Acceptabilidad	--	Disponibilidad	--
--	Seguridad	--	Respeto	Seguridad	--	Seguridad	Respeto/ Seguridad
--	--	--	--	--	Oportunidad	Oportunidad	Oportunidad
--	--	--	Elección/ Disponibilidad de información	Satisfacción del paciente	Paciente/ experiencia asistencial	--	Receptividad centrada en el paciente
--	--	Continuidad /coordinación	--	--	--	--	continuidad
--	--	--	Relevancia	Evaluación	--	Prevención/ Detección precoz	--

Figura 1.3: Diferentes dimensiones de la calidad asistencial

La *Efectividad* y *Eficiencia* son las dos dimensiones que están incluidas en todas las definiciones de calidad asistencial.

Acceso (a la asistencia) es una dimensión significativa presente en todas las definiciones de calidad asistencial consideradas en la tabla 1.3 excepto en la que presentó el Instituto de Medicina (IOM). Acceso se puede definir como la facilidad para obtener un servicio/tratamiento a pesar de las barreras organizativas, económicas, culturales y emocionales.

La *Equidad* está incluida también como una dimensión aparte que se contempla en ciertas clasificaciones. Se refiere a la ecuanimidad con la que un paciente o grupo de pacientes están siendo tratados en comparación a otros.

La siguiente serie de dimensiones se refiere a la satisfacción y necesidades de los pacientes. Estas son *aceptabilidad* o *satisfacción*, es decir, el porcentaje de humanidad y empatía con la que se provee el tratamiento, y *adecuación* del tratamiento a las necesidades del paciente.

Seguridad alude a la minoración del riesgo y constituye un componente destacable de las definiciones propuestas por Donabedian, Instituto de Medicina (IOM) y la Comisión estadounidense para acreditación de organizaciones sanitarias (Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organizations, JCAHO).

Una dimensión mencionada únicamente por Maxwell, es la *relevancia*. Hace referencia al balance de servicios propicios que se podrían alcanzar, teniendo en cuenta tanto las necesidades, como las carencias de la población ⁽²⁵⁾.

El Consejo de Europa también incluye dos dimensiones que no se mencionan en las definiciones anteriores (tabla 1.3), concretamente *eficacia* y *valoración*: La *Eficacia* comprende el beneficio de una técnica médica proporcionada a un problema de salud particular, en circunstancias ideales; por este motivo, es un concepto más limitado que la efectividad. La *Valoración*, por su parte, se refiere al grado en el que la atención sanitaria eficaz ha sido instaurada, alcanzada y se han obtenido los resultados esperados (Consejo de Europa 1998) ⁽²⁶⁾

La elección de las dimensiones para medir la calidad asistencial es fundamental ya que influenciarán las políticas sanitarias adoptadas. Según Shaw y Kalo (2002) ⁽²⁷⁾ el propósito para cada país es reconocer estas diversas dimensiones y conciliarlas en un sistema sanitario equilibrado.

Por ello, teniendo en cuenta lo anterior, un instrumento adecuado y validado por Alonso R y col., para medir la satisfacción del paciente con la calidad de los cuidados de enfermería es el Cuestionario de Calidad de Cuidados de Enfermería (CUCACE) versión en lengua castellana del Newcastle Satisfaction with Nursing Scales (NSNS)

La construcción del NSNS, se desarrolló en el Centre for Health Services Research de la Universidad de Newcastle, Inglaterra, en 1993, y su versión definitiva se publicó en 1996^(28,29); nació del interés de conocer los puntos de vista de los usuarios de los servicios, y así, ayudar al desarrollo y la progresión de los cuidados en las unidades de Enfermería ⁽³⁰⁾.

Para finalizar, los estudios sobre la satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería que se han llevado a cabo son numerosos, tanto a nivel internacional como nacional.

En el plano internacional, podría destacarse el estudio descriptivo llevado a cabo por Lima de Oliveira A y De Brito Guirardello E, que se realizó en dos hospitales de São Paulo ⁽³¹⁾, con el objetivo de medir la satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería recibidos, y verificar si existen diferencias de niveles de satisfacción de los pacientes en relación a variables del estudio: Sexo, escolaridad, edad y tiempo de hospitalización. El “Instrumento de Satisfação do paciente (ISP)” fue el instrumento de medida empleado, validado en Brasil y adaptado a la Lengua portuguesa, del “Patient

Satisfaction instrument” desarrollado por Hinshaw e Atwood ⁽³²⁾. En cuanto a los resultados obtenidos, el nivel de satisfacción de los pacientes estuvo, en general, por encima de la media, en una escala que varía de uno a cinco puntos, con ligeras diferencias entre el hospital A, y el hospital B, siendo el primero el que registró un grado de satisfacción de los pacientes más elevado.

En el terreno nacional, un ejemplo de estudios de esta índole, entre otros, fue el que se elaboró en el área de hospitalización de Cardiología ⁽³³⁾ de la Clínica Universidad de Navarra, Pamplona por Izura SI y colaboradores, a través de un estudio descriptivo prospectivo. Se recogieron los datos pertinentes mediante un cuestionario de diseño propio que mide la satisfacción del paciente con los cuidados, y otro, adaptado al personal de enfermería, que valora la percepción de dicho personal sobre los cuidados administrados; finalmente, los resultados obtenidos fueron positivos, con una escala de satisfacción (del 1 al 10) de 9,24 y de las enfermeras/os un 8,50.

Si nos centramos a nivel insular, en los hospitales de la Provincia de S/C de Tenerife, concretamente en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC), ¿Se han llevado a cabo estudios de satisfacción del paciente con la calidad de los cuidados de enfermería?

En la sección de la Unidad de Calidad de la página web oficial del CHUC , se puede observar que esta se rige en base a la Norma ISO (Organización Internacional de Normalización) 9001, que es *“una norma internacional de gestión de la calidad, y que corresponde a una decisión estratégica de la organización para el diseño e implementación de un sistema de gestión de la calidad que demuestren la capacidad de proporcionar un producto que satisfaga los requisitos de nuestros clientes y legales reglamentarios, a la vez que aspire a aumentar la satisfacción del cliente a través de la aplicación eficaz del sistema, incluidos los procesos para la mejora continua”* ⁽³⁴⁾.

Los procesos y unidades certificados según la Norma ISO 9001 han sido numerosos a lo largo del año 2013, por ejemplo, el estudio realizado en ese mismo año sobre la atención al usuario ⁽³⁵⁾, cuya misión era:

- Atender, asesorar y facilitar información a los pacientes y usuarios del Complejo HUC.
- Canalizar todas las demandas de información de los usuarios.
- Asesorar de los mecanismos disponibles en el sistema sanitario público para hacer valer sus derechos.

Y el resultado de encuestas publicadas sobre la satisfacción del paciente al alta hospitalaria ⁽³⁶⁾. Podría decirse que respecto al problema de investigación planteado, son

los que más se asemejan pues, aunque no esté focalizado en la calidad de los cuidados de enfermería se interesa en la satisfacción del usuario en cuanto a la gestión clínica.

En resumen, la satisfacción del usuario es un reflejo de la calidad asistencial que ofrece una institución. Teniendo en cuenta que el Servicio de enfermería en general, comprende en gran medida la asistencia y los cuidados que el paciente precisa durante el proceso de hospitalización, es conveniente evaluar dichos cuidados, pues de esta forma se hallaría qué aspectos se han logrado y cuáles no, además de identificar aquellos que precisan mejorarse, y mediante una visión de perfeccionamiento y de evaluación contantes, el sistema hospitalario se encontraría cada vez más cerca de sus valores corporativos⁽³⁷⁾, entre los que se encuentra la calidad como principio, definiéndola como: “Gestión centrada en la excelencia del servicio que garantice la eficacia y la eficiencia del mismo”.

2. JUSTIFICACION

El campo laboral de enfermería constituye, en gran proporción, los servicios de salud prestados en los sistemas sanitarios; por este motivo, es un sector importante y numeroso dentro del servicio sanitario susceptible de ser evaluado en la calidad asistencial que ofrece a los usuarios ⁽³⁸⁾.

En la actualidad, la calidad asistencial de los cuidados de enfermería, está siendo cuestionada por varios motivos:

Uno de ellos es, la conversión de la calidad en un requerimiento que se ha reconocido a través de diversos estudios, debido al deterioro de la imagen pública que ha sufrido los servicios de salud, particularmente debido a la “deshumanización” de los profesionales, la excesiva burocracia, la escasez de recursos económicos y la falta de eficacia en algunos servicios en lo que respecta a los problemas del paciente y de su familia, a cuyos derechos como ser humano se ha hecho caso omiso en demasiadas ocasiones ⁽³⁹⁾. Además, hay estudios que revelan cierta correlación entre la difícil situación económica actual y la vida laboral; como por ejemplo, la investigación realizada por Texeira F y col., del Servicio de Urgencias del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid en el año 2012 ⁽⁴⁰⁾, en la que recogen resultados estadísticos, demostrando que la situación económica perjudica la vida profesional del trabajador sanitario y consecuentemente, afecta directamente a la calidad asistencial que ofrecen,

pues el 95 % de los encuestados, tanto profesionales de enfermería como médicos, afirmaron que la mala situación laboral influye de manera directa en el trabajo en equipo y este hecho, a su vez, influye en el paciente.

También, la calidad de los cuidados se valora de manera distinta entre los trabajadores sanitarios y los pacientes; así, el personal de enfermería infravalora aspectos que los pacientes consideran básicos, entre ellos: el ambiente hospitalario, o la profesionalidad de los enfermeros, entre otros ⁽³⁰⁾.

Centrándonos en nuestra provincia, específicamente en Tenerife, en las Memorias 2013 de la Página Web oficial del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, está publicada la Política de Calidad ⁽³⁷⁾, y su visión, es decir, lo que pretende lograr, es:

- Nuestro hospital tiene la meta de tener una organización centrada en los procesos asistenciales y el usuario a través de unidades interservicios.
- Nuestro hospital tendrá una gestión centrada en la calidad con un alto grado de satisfacción en la sociedad, los profesionales y especialmente los usuarios.
- Nuestro hospital tendrá como meta la continuidad asistencial a través de la integración y adaptación de las Tecnologías de la Información y Comunicación.
- Nuestro hospital está integrado plenamente en el Servicio Canario de la Salud manteniendo su identidad, sus valores y la capacidad de gestión.
- Nuestro hospital será un referente a nivel nacional en el campo de la investigación e innovación tecnológica

Podemos observar que de los cinco puntos anteriores, el segundo nombra la calidad y la satisfacción, sin embargo, desde la perspectiva de gestión de la calidad, omitiendo los cuidados que son brindados durante el ingreso hospitalario.

Otro hecho destacable, son los estudios de investigación relacionados con la satisfacción del paciente con la calidad asistencial de los cuidados de enfermería en el CHUC, pues apreciamos, que no se ha realizado con anterioridad, siendo la encuesta de satisfacción del paciente al alta hospitalaria y la atención al usuario, ya nombradas anteriormente, las que más guardan relación con la Satisfacción del paciente, aunque no explícitamente con los cuidados de Enfermería.

Para concluir, teniendo en cuenta los argumentos presentados, identificar el grado de satisfacción de los pacientes hospitalizados en el Complejo Hospitalario

Universitario de Canarias con la calidad de los cuidados de enfermería recibidos, aportaría, no sólo información al Sistema sanitario vigente en el hospital, sobre qué aspectos asistenciales de Enfermería es preciso perfeccionar o aquellos ya logrados, sino porque, la satisfacción del usuario es un indicador de calidad del servicio y este último es un valor corporativo del CHUC, que mediante el CUCACE es posible evaluar y con ello mejorar, con el objetivo de lograr paulatinamente los objetivos propuestos, siendo un ejemplo de eficiencia y eficacia.

Por último, dicho estudio es un estímulo para la profesión de Enfermería, pues hallaríamos las debilidades presentes en la calidad asistencial de los cuidados, y así, existiría la posibilidad de ofrecer proyectos formativos que incidiesen sobre dichas cuestiones, fortaleciendo los sistemas de cuidados prestados en el CHUC, pues, como bien señala el Informe y recomendaciones del Comité Europeo de Salud, en la investigación de enfermería ⁽⁴¹⁾ “ *la mejora de la calidad en la práctica, presupone un claro concepto de calidad en enfermería y una investigación dirigida hacia una base de conocimientos acumulativa, coherente e innovadora*”.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general:

- Explorar el grado de satisfacción de los pacientes hospitalizados en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, con la calidad asistencial de los cuidados de enfermería.

3.2. Objetivos específicos:

- Describir la experiencia de los pacientes con los cuidados prestados por las enfermeras.
- Identificar las opiniones de los pacientes sobre la atención de enfermería.

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño: se realizará un estudio descriptivo, retrospectivo y de carácter transversal

4.2. Población diana: el universo de estudio lo integran los pacientes hospitalizados en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, estimándose 720 pacientes.

4.3. Muestra: el muestreo se efectuará de forma aleatoria entre los pacientes hospitalizados en el CHUC. Para la obtención del tamaño de la muestra se han tomado en consideración los objetivos y las variables del estudio. Se ha estimado un tamaño muestral de 286 participantes con una confianza del 95% y un error máximo del 5%.

Los criterios de inclusión en la muestra se basarán en la mayoría de edad del paciente (> 18 años, inclusive) y en el tiempo de ingreso, el cual será superior a 72 horas.

Se excluirán los pacientes ingresados en los siguientes servicios especiales:

- 10ª Par (Oncología)
- Unidad de vigilancia intensiva (UVI)
- 3ª Impar (Cirugía cardíaca)
- Unidad de reanimación post-anestésica (URPA)
- Servicio de Urgencias pediátricas y del adulto.
- Unidad de cuidados semi-intensivos (UCSI)
- Salud Mental
- Paritorio

4.4 Variables e Instrumentos de Medida

- 4.4.1. Variables sociodemográficas:

En este estudio se incluirán una serie de variables sociodemográficas que permitan definir las características de la muestra estudiada:

- **Sexo:** Variable cualitativa dicotómica, con dos opciones de respuesta: Mujer/ hombre.
- **Nivel de estudios:** Variable cualitativa con 3 ítems de respuesta: primarios, secundarios, superiores

- **Numero de noches de hospitalización:** Variable cuantitativa; se expresará en cifras.
- **Edad:** Variable cuantitativa; se expresará en años.

- **4.4.2. Variable de experiencia con los cuidados de enfermería:**

Para la medición de esta variable se incluirán 26 ítems en el protocolo de recogida de la información, con una escala autoadministrada con procedimiento de respuesta tipo Likert que miden el grado de acuerdo/desacuerdo con cada una de las afirmaciones que se presentan, siendo 1 completamente en desacuerdo y 7 completamente de acuerdo.

- **4.4.3. Variable de opinión sobre la atención de las enfermeras:**

Esta variable se medirá con los 19 ítems incluidos en el protocolo de recogida de la información, con una escala autoadministrada con procedimiento de respuesta tipo Likert que miden el grado de satisfacción en cada una de las afirmaciones que se presentan, siendo 1 nada satisfecho y 5 completamente satisfecho.

- **4.4.4. Variables de valoración de la atención recibida de las enfermeras y de la estancia en la Unidad:**

Para la medición de esta variable se incluirán 2 ítems en el protocolo de recogida de la información, con una escala autoadministrada con procedimiento de respuesta tipo Likert en las dos preguntas que se presentan, siendo 1 muy mala y 7 excelente.

- **4.4.5. Variables de aspectos de mejora de en la atención en la Unidad:**

Se medirá esta variable con un ítem de respuesta cerrada dicotómica: SÍ/NO en la que el “sí” tiene valor de 1 y el “no” tiene el valor de 2.

El instrumento de recogida de los datos es el Cuestionario de Calidad de Cuidados de Enfermería (CUCACE), utilizado en un estudio en el Complejo hospitalario de Ourense, Galicia. El CUCACE, es una versión castellano del cuestionario Newcastle Satisfaction with Nursing Scales (NSNS) elaborado por Alonso R y col., en 2005⁽³⁰⁾. El instrumento posee un lenguaje perceptible, independientemente del nivel cultural de cada encuestado; su aplicación se lleva a cabo aproximadamente en 15 minutos.

Los 52 ítems que integran el CUCACE se agrupan en: a) Experiencia del paciente de los cuidados de las Enfermeras/os (26 ítems), b) Opiniones del paciente sobre la atención de las enfermas (19 ítems), c) Datos personales (7 ítems). También se ofrece un apartado en las dos primeras secciones, donde la persona encuestada puede comentar libremente aquello que le parezca relevante y apropiado respecto al tema.

4.5 Métodos de recogida de la Información

Como método de recogida de la información nos serviremos del cuestionario CUCACE, que se ofrecerá al paciente cuando sea dado de alta. Si cumple los criterios de selección definidos, se le comentará los objetivos del estudio, solicitando su participación voluntaria. La intención de ofrecer el cuestionario al alta es para evitar la suposición de que sus respuestas condicionan la calidad de los cuidados recibidos; también, porque el paciente tendrá una visión global del proceso de hospitalización, y por tanto, de los cuidados.

Si acepta y accede a rellenar el cuestionario, se le informará que se preservará el anonimato y la confidencialidad. Cuando finalice su cumplimentación, lo entregará en el control de Enfermería de la planta correspondiente.

Finalmente, los cuestionarios de cada unidad serán recogidos regularmente por la investigadora para su posterior tratamiento estadístico.

4.6 Análisis estadísticos

De acuerdo con los objetivos que nos hemos marcado en este proyecto de carácter exploratorio, se llevarán a cabo análisis estadísticos descriptivos sobre las variables sociodemográficas incluidas en el estudio, utilizando estadísticos de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas del estudio.

En el caso de las variables de experiencia, opinión, atención y mejora utilizaremos estadísticos de frecuencia. Las puntuaciones de la escala de experiencia y opinión, serán analizadas en términos de frecuencia e intensidad.

Se utilizará la correlación de Pearson para analizar las posibles relaciones existentes entre las variables cuantitativas incluidas en las características sociodemográficas de la muestra y las puntuaciones de la escala.

El tratamiento de los datos se realizará con el programa estadístico SPSS 21.00 (Statistical Package for Social Sciences).

4.7 Consideraciones Éticas

Para llevar a cabo este proyecto, se recabará el oportuno consentimiento del Comité de Investigación y Ética del C.H.U.C., para lo que nos dirigiremos a ellos explicándoles el propósito general de nuestra investigación, la metodología a emplear y los cuestionarios que de forma anónima y voluntaria serán entregados en las unidades de hospitalización que integran la muestra. De la misma forma nos comprometemos a hacerles llegar un informe resumen con los resultados de la investigación al finalizar la misma.

4.8 Cronograma

Meses	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio							
semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Solicitud de permisos al comité de investigación del CHUC.																												
Entrega de cuestionarios																												
Recogida de cuestionarios																												
Análisis de datos																												
Elaboración del informe																												
Difusión de los resultados																												

5.9 Presupuesto

Concepto	Unidad	Valor (En Euros)
Impresos	1716	51,48
Transporte	2	45
Contratación servicios estadísticos de Canarias	1	300
Otros gastos		50
Total		446,48

BIBLIOGRAFIA

1. Consejo Internacional de Enfermeras. La Definición de Enfermería. [homepage on internet]. [actualizado 23 Jun. 2014; citado 10 Abr. 2015]. [1 p.]. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>
2. Villanueva D. Diccionario de la Real Academia Española. 2015 [homepage on internet]. [citado 15 Mar. 2015]. [1 p.]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=CNuP80hfjDXX2kMcNPSf>.
3. García D. Bioética y cuidado de la salud: Equidad, calidad. [homepage on internet]. [citado 12 May. 2015]. Disponible en: <http://www.salud.edomex.gob.mx>
4. López Farjeat LX. Diánoia. [citado 15 May. 2015]. Disponible en: <http://www.salud.scielo.org.mx>
5. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. Cienc. Enferm. [citado 15 de May. 2015] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s071795532003000200002&script=sci_arttext&lng=es
6. Eisenberg D, de Cervantes Saavedra M. Las " Semanas del jardín" de Miguel de Cervantes: estudio, edición y facsímil del manuscrito. : Diputación de Salamanca; 1988.
7. Rojas Marcos L. Aprender a vivir. Barcelona: Fundación La Caixa. 1999.
8. Castellanos P. Determinantes sociales de la salud de las poblaciones. Washington: OPS, 1997.
9. Saforcada E. El factor humano en la salud. Buenos Aires: Editorial Proa XXI, 1998.
10. Reca I, García M. Propositiones teórico-metodológicas para investigaciones sobre el modo de vida familiar. Rev Cubana Cienc Soc.1989; 19:49-72.
11. González F. Personalidad, modo de vida y salud. La Habana: Editorial Félix Varela 1994.
12. García M, Cárdenas L, Arana B, Monroy A, Hernández Y, Salvador C. Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. Texto Contexto Enferm, Florianópolis: España 2011; 20 74-80 2011.
13. Torres CC. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. Av Enferm. 2010; 28(2):98-110.

14. Aranaz JM. La calidad en los servicios sanitarios. Una propuesta general para los servicios clínicos [homepage on internet]. [citado 23 mar. 2015]. [aprox. 6 p.] Disponible en: <http://www.uninet.edu/neurocon/congreso-1/conferencias/asistencia-7.html>
15. Nightingale F. Notes on nursing. First ed. New York; 1860.
16. JCAHO. Estándares de acreditación de hospitales. Fundación Avedis Donabedian. Barcelona, 1997.
17. Universidad autónoma de Barcelona: Fundación Avedis Donabedian. Auditoría clínica y organizativa; v: 19.
18. Lorenzo S, Solves JJM, Buil J, Marín JR. Concepto y modelos de calidad: hacia una definición de calidad asistencial. Papeles del psicólogo 1999(74):1.
19. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. En: Explorations in quality assessment and monitoring. Vol.I. Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan.1980.
20. Net A, Suñol R. La calidad de la Atención. 1999 Oct. [citado 27 Mar. 2015]. Disponible en: http://www.coordinadorapofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf
21. Palmer H. Ambulatory Health Care Evaluation. Principles and Practice. Am Hosp Publish. 1983.
22. WHO working group. The principles of quality assurance. Qual Assur Health Care 1989; 1: 79-95.
23. García JA, Martínez E, Muñoz C, Margalef P, Domínguez M^a. Capítulo 8: La Calidad asistencial. p.95-105.
24. Donabedian, A. (1980). Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor; Michigan, Health Administration Press.
25. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La calidad asistencial en la Unión europea 2005 (pdf) [homepage on internet]. [citado 28 Abr. 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/informe2005.htm>.
26. Council Europe (1998). Committee of ministers. Recommendation on development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care: Recommendation No. R(97)17 adopted the Committee of Ministers of the Council of Europe on 30 September 1997 and explanatory memorandum . Council of Europe Publ.

27. Shaw, C. D. and I. Kalo (2002). A background for national quality policies in health systems. Copenhagen, Denmark, World Health Organization, Regional Office for Europe: 53.
28. McColl E, Thomas L, Bond S. A study to determine patient satisfaction with nursing care. *Nurs stand.* 1996; 10:34-8.
29. Thomas L, McColl E, Priest J, Bond S, Boys RJ. The Newcastle Satisfaction with nursing scales: An instrument for quality assessment of nursing care. *Qual Health Care.* 1996; 5:67-72.
30. Alonso R, Blanco-Ramos MÁ, Gayoso P. Validación de un cuestionario de calidad de cuidados de enfermería. *Rev Cal Asist.* 2005; 20(5):246-50.
31. Lima AM, De Brito E. Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: Comparação entre dois hospitais. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(1):71-7.
32. Hinshaw AS, Atwood JR. A Patient Satisfaction Instrument: precision by replication. *Nurs Res* 1982;31(3):170-175.
33. Izura SI, Urdánóz EB, Ortega CO, Calatayud MV. Evaluación de la satisfacción con los cuidados de Enfermería en el área de hospitalización de cardiología. *Enferm Cardiol.* 2011; (53):27-33.
34. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Memorias 2013: La calidad [homepage on internet]. [citado 1 May. 2015]. [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/as/tfe/28/memorias/2013/CALIDAD1/CALIDAD.html>
35. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Memorias 2013: Atención al usuario [homepage on internet]. [citado 1 May. 2015]. [aprox. 2 p.]. Disponible en: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/as/tfe/28/memorias/2013/CALIDAD1/ATENCION_USUARIOS.html
36. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Memorias 2013: Satisfacción del paciente [homepage on internet]. [citado 1 May. 2015]. [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/as/tfe/28/memorias/2013/CALIDAD1/CLIENTES.html>
37. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Memorias 2013: Política de calidad [homepage on internet]. [citado 2 May. 2015]. [aprox. 2 p.]. Disponible en: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/as/tfe/28/memorias/2013/indexPOLITICA_CALIDAD.html

38. Barragán Becerra JA, Moreno CM. Calidad percibida por usuarios de enfermería en tres hospitales públicos. *Enferm glob.* 2013; 12(29):217-30
39. Vargas MCO, Vázquez MGS. Manual de evaluación de la calidad del servicio en enfermería/Manual Evaluation of Service Quality in Nursing: Estrategias para su aplicación/ Strategies for its Application. : Ed. Médica Panamericana; 2009.
40. Texeira F, Notario J, De Pablo E, Torralba L. ¿Cómo afecta la crisis económica al personal de Enfermería con contratos temporales? 2012; 1-3.
41. Investigación en Enfermería. Informe y recomendaciones del comité europeo de salud. 16 Abr. 1997; (642): 1-12.

ANEXOS

Figura 1.1. Evolución del concepto de calidad asistencial.



Figura 1.2. Definiciones de calidad asistencial.

Donabedian (1980)
Calidad asistencial es el modelo de asistencia esperado para maximizar el nivel de bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de beneficios y pérdidas esperadas en todas las fases del proceso asistencial.
Ministerio de Sanidad (Reino Unido) (1997)
Calidad asistencial es hacer las cosas adecuadas (qué) a las personas adecuadas (a quién) en el momento preciso (cuándo) y hacer las cosas bien la primera vez.
(Instituto de Medicina) (IOM) (2001)
Calidad asistencial es el grado por el que los servicios asistenciales incrementan la posibilidad de resultados de salud deseados para individuos y poblaciones, en concordancia con el conocimiento profesional actual.
OMS (2000)
Calidad asistencial es el nivel de realización de objetivos intrínsecos para mejorar la salud por los sistemas sanitarios y de receptividad a las expectativas legítimas de la población.
Consejo de Europa (1998)
Calidad asistencial es el grado por el que el tratamiento dispensado aumenta las posibilidades del paciente de alcanzar los resultados deseados y reduce las posibilidades de resultados indeseados, considerando el estado de conocimiento actual.