

Humanización de la atención en la Sala de Espera de Quirófano. Estudio de Satisfacción.

Reyes Bautista, JR*
Robledo Cárdenas, FJ*
Merino Casto, M*.
Díaz López, MR**

* Enfermero/a Gestor/a de Casos. Hospital de Riotinto (Huelva)

**Enfermera de Bloque Quirúrgico. Hospital de Riotinto (Huelva)
670949668

juanirocio@gmail.com

Centro de trabajo: Hospital de Riotinto – Minas de Riotinto (Huelva).

Introducción

El Servicio Andaluz de Salud incorpora el concepto de *calidad percibida* como línea de gestión y evaluación en sus centros asistenciales. En este sentido, dentro de la Gestión por Procesos, se incluye el *Proceso de Soporte del Bloque Quirúrgico*.

En el Hospital de Riotinto, se intervienen, anualmente, más de 4080 pacientes cuyos familiares aguardan en la Sala de Espera Quirúrgica. Por este motivo se ha instaurado en Nuestro Hospital una nueva figura enfermera que tiene como principal función el dar *Apoyo a la Familia* (NIC 7140).

Objetivos

- Objetivo General: Demostrar que la nueva figura enfermera influye en la satisfacción de los usuarios del Bloque quirúrgico.
- Objetivos específicos: “Determinar el grado de satisfacción en cada cohorte”. “Analizar la asociación entre las variables independientes y el grado de satisfacción”.

Material y métodos

- Se realizará un estudio de Cohortes: no expuesta (C_{ne}) y expuesta (C_e)
- Instrumento de medida: Encuesta previamente diseñada y validada en nuestro Hospital
- Variables dependientes: “satisfacción”, “utilidad de la información”, “tranquilidad tras la información”, e “información de enfermería”.

Resultados

La exposición supuso un incremento en los valores obtenidos de todas las variables estudiadas. Cabe señalar el aumento de la valoración por el familiar de la información recibida: 75'6% de insatisfechos en la C_{ne} y 0'0% en la C_e

Conclusión

Podemos afirmar que la incorporación de esta nueva figura enfermera aumenta el grado de satisfacción de los usuarios del Bloque quirúrgico, tanto de pacientes como de familiares. Palabras clave: “satisfacción”, “usuarios”, “Bloque quirúrgico”

Introducción: Antecedentes y estado actual del tema

En los últimos años un concepto ha adquirido una notable importancia tanto en el ámbito de los servicios como de las unidades de información: la satisfacción de los usuarios¹, concepto habitualmente unido a otros dos términos: la calidad y la evaluación¹.

La calidad es definida por Karl Albrecht como “la medida de la dimensión en que una cosa, satisface una necesidad, resuelve un problema o agrega un valor para alguien”². La calidad de servicios quedaría definida como: “Aquel estilo de prestación que, con eficiencia económica, ofrece un servicio cumpliendo como mínimo las expectativas del cliente”³.

Cuando una institución orienta su prestación a la calidad de servicio está, de forma intencionada buscando la satisfacción de sus clientes, entendiendo al cliente en su sentido más amplio, es decir, cliente interno y cliente externo³. Uno de los tres pilares fundamentales que sustentan la calidad es, junto a la disminución de los riesgos y el respeto de los principios bioéticos, una atención humanizada.

Los Sistemas Nacionales de Salud (SNS), se inician en una época de expansión económica europea, de países como Inglaterra o Alemania, que no alcanza a España hasta comienzos de los años 60⁴.

La Ley General de Sanidad de 1986 tiene como objetivo el establecimiento de un SNS con dos premisas fundamentales: **financiación pública** y **cobertura universal**. Se hace inevitable abordar una tercera premisa más pragmática: su sostenibilidad. Si se pretende independizar la pervivencia del sistema sanitario de los vaivenes de la macroeconomía, todo gasto (o inversión) en salud comienza (y termina) con una evaluación

Para el Servicio Andaluz de Salud (SAS) la medida de la satisfacción constituye un objetivo de primer orden. En primer lugar, porque permite escuchar directamente a los ciudadanos acerca de qué opinan de los servicios que reciben. En segundo lugar, porque consideran que la medida de la satisfacción es una medida de resultado de la atención sanitaria. En este sentido, se ha incorporado la **calidad percibida** como una línea de gestión y evaluación de todos los centros asistenciales. Y en tercer lugar, porque permite monitorizar los cambios y las innovaciones en los servicios desde una perspectiva inexplorada a gran escala en los servicios de salud, pero fundamental en la evaluación como es desde la experiencia asistencial de los usuarios⁵.

La gestión por procesos en Andalucía supone un abordaje integral de cada uno de dichos procesos. La continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales.

Dentro de esta dinámica de gestión se plantea el actual Proceso de Soporte del Bloque quirúrgico, con la doble misión de establecer las características de calidad que imponen las expectativas de los usuarios en esta área y por otro, establecer unas normas generales de actuación que sirvan de guía a los profesionales y centros hospitalarios para conseguir que en las intervenciones quirúrgicas se sigan unas pautas de trabajo normalizadas que disminuyan la variabilidad existente en la actualidad y la mejora continua de la calidad teniendo en cuenta también las expectativas de los profesionales⁶.

La espera de los familiares en la puerta del Área quirúrgica se convierte en la mayoría de las ocasiones en una eternidad, siendo el tiempo real algo muy distinto al tiempo percibido por estos clientes externos del sistema. A las circunstancias personales de cada individuo se unen la inseguridad, la falta de información y el desconocimiento de lo que realmente está ocurriendo en ese mundo ajeno a ellos que es el quirófano, motivos que llevan a una deshumanización de la atención al binomio paciente/familia. A todo esto tenemos que sumarle las condiciones culturales de los individuos, y sus ideas preconcebidas acerca de la intervención quirúrgica en sí y de sus posibles resultados o consecuencias. Este compendio de circunstancias desemboca en algunas ocasiones en verdaderas crisis de ansiedad y de angustia, que son perniciosas, tanto para el familiar que las vive, como para los posteriores cuidados que pueda brindar a nuestro paciente.

“Los familiares y acompañantes de pacientes hospitalizados se comportan como un grupo invisible dentro de una institución tan cerrada como el hospital, que raramente considera formalmente su presencia ni su utilidad. Por lo general se arremolinan en el espacio que encuentran más cercano a la puerta que prohíbe el acceso a la zona quirúrgica. Y esperan, esperan, las horas que haga falta, en silencio forzado, interrogando solo con la mirada nerviosa... A los que entran y salen no parece preocuparles en absoluto los gestos desesperados de algunos que se abalanzan hacia la puerta, ni las miradas ansiosas de la mayoría, ni los sollozos ni los rostros humedecidos por las lágrimas, yo creo que porque no los ven, porque no los miran o porque los han visto tantas veces que les resultan invisibles”⁷. Estas reflexiones de un enfermero, reflejan la situación de muchos acompañantes en la sala de espera de cualquier quirófano. Mientras todo esto ocurre, Enfermería no hace nada, y quien lo hace, lo hace a título personal, por simple humanidad, o porque conoce al paciente o a algún miembro de la familia.

En nuestro Hospital se realizaron durante el año 2005 un total de 4261 intervenciones, de las cuales 2896 fueron programadas con ingreso hospitalario (General y/o CMA). Si suponemos que cada paciente viene acompañado por un solo familiar nos encontramos con el mismo

número de personas que pasarían por la sala de espera de quirófanos sin tener contacto con el personal de Enfermería. Teniendo en cuenta los valores culturales de nuestro entorno, podemos encontrarnos con una realidad que puede duplicar la cifra anterior, pues normalmente, en esos momentos, suele haber más de un familiar acompañando al paciente.

Por todo lo anteriormente expuesto desde la Dirección de Enfermería de nuestro Hospital se planteó la creación de una nueva figura enfermera que se encargase de cubrir las expectativas de estos clientes externos del sistema. Alguien que sí se preocupara por las inquietudes de paciente y familiares. Alguien que sirviera de **punto de unión** entre el mundo de dentro del quirófano y los que, paciente o impacientemente, esperan en el exterior. En definitiva, ese alguien que todos deseamos poder conocer para que "nos cuente algo". Alguien que se encargase de prestar una atención más humanizada y de forma reglada a todos aquellos que permanecen en la sala de espera de quirófano.

Basándonos en el Proceso de Soporte del Bloque Quirúrgico, editado por la Junta de Andalucía, se ha instaurado en Nuestro Hospital una nueva figura de enfermería en el quirófano que tiene como una de sus principales funciones, entre otras; el dar *apoyo a la familia* (NIC. 7140)⁸. Pero como hemos mencionado a lo largo de esta introducción, todo cambio en un servicio de salud debe ser evaluado y precisamente para evaluar los resultados de la implantación de esta nueva figura nos planteamos las siguientes preguntas:

- ¿Cuál era el grado de satisfacción de pacientes y familiares con la atención y la información recibida durante todo el tiempo que el primero permanece en el área quirúrgica antes de la aparición de la nueva enfermera?
- Tras la incorporación de esa nueva enfermera, ¿se modificó el grado de satisfacción de los mismos?

Hipótesis y objetivos

H₀= La incorporación de una nueva figura enfermera, que de información a los familiares y acompañantes de pacientes quirúrgicos, durante su estancia en la sala de espera de quirófanos, no influye en el grado de satisfacción de los mismos.

H₁= La incorporación de una nueva figura enfermera, que de información a los familiares y acompañantes de pacientes quirúrgicos, durante su estancia en la sala de espera de quirófanos, sí influye en el grado de satisfacción de los mismos.

Objetivos:

- Objetivo general:
- Demostrar que la hipótesis nula es errónea y que, por tanto, la hipótesis alternativa es cierta
- Objetivos específicos:
 - Determinar el grado de satisfacción con enfermería en cada una de las cohortes.
 - Analizar si existe asociación entre las diferentes variables independientes planteadas y el grado de satisfacción.

Material y métodos

Para conseguir los objetivos planteados optamos por un estudio del tipo observacional analítico, estudio de cohortes.

Nuestra población de estudio serán todos los pacientes intervenidos de manera programada, con ingreso hospitalario.

La muestra será tan amplia como encuestas podamos pasar a la primera cohorte (no expuesta) durante el periodo comprendido entre los días 16 al 31 de enero de 2006. Para la cohorte

expuesta utilizaremos una muestra de igual tamaño que la anterior, obtenida a partir del 1 de mayo de 2006.

Debido a los problemas de tiempo que tenemos, puesto que nos interesa sobre todo implantar cuanto antes la nueva figura de enfermería, no pudimos estratificar ambas muestras para que sean parejas en las variables demográficas como sería de desear en este tipo de estudios, no obstante pensamos que los datos obtenidos podrían ser de utilidad para nuestro hospital.

- **Instrumento de medida utilizado:**

- Utilizaremos una encuesta previamente diseñada y validada en nuestro hospital con un intervalo de confianza de entre el 96'875% y el 100%. La validación la llevamos a cabo en enero de 2006, y fue pilotada en una muestra de pacientes que tenían experiencia quirúrgica. Se utilizó como expertos una muestra de profesionales de enfermería de todas las plantas quirúrgicas.

- **Criterios de inclusión en las cohortes.**

- Cohorte no expuesta: pacientes intervenidos en nuestro hospital en el periodo comprendido entre el 13 y el 31 de enero de 2006.
- Cohorte expuesta: pacientes intervenidos en nuestro hospital en el periodo comprendido entre 1 de mayo y el 30 de junio de 2006

- **Criterios de exclusión de las cohortes:**

- Quedarán excluidos de las cohortes todos los trabajadores del hospital, así como sus familiares directos.
- Quedarán excluidos de las cohortes los pacientes de ambulatorios que no precisen ingreso en Hospital de Día.
- Quedarán excluidos de las cohortes todas las intervenciones urgentes.

- **Variables:**

- Variables dependientes:
 - *Satisfacción:* sentimiento de bienestar o placer que se tiene cuando se ha colmado un deseo o cubierto una necesidad.
 - *Utilidad de la información:* Sensación subjetiva que tiene el paciente de estar recibiendo una información que resulta de interés para él.
 - *Tranquilidad tras la información:* Sensación subjetiva de alivio emocional que tiene el paciente tras recibir información de enfermería.
- Variable independiente:
 - *Información de enfermería:* Información que da el personal de enfermería durante todo el proceso quirúrgico. La dividimos en cuatro partes:
 - Información al paciente previa a la intervención quirúrgica.
 - Sensación que tiene el paciente de que su familia estuvo informada por enfermería mientras estuvo dentro.
 - Nombre de la enfermera que le recibió en quirófano.
 - Información a la familia mientras el paciente permanece dentro del área quirúrgica.
- Variables sociodemográficas o contundentes:
 - Sexo: Hombre o mujer
 - Estado civil: a) casado, b) soltero, c) viudo y d) separado
 - Edad: Años de vida cumplidos por el encuestado
 - Estudios Concluidos: a) sin estudios, b) primarios, c) bachiller y d) universitarios
 - Actividad: a) jubilado, b) en paro, c) trabajando, d) ama de casa y e) estudiante.

Análisis de los resultados

Para el análisis de los datos las pruebas estadísticas aplicadas han sido: la media aritmética, la frecuencia y la "t" de Student para la comparación de variables cuantitativas y la prueba de Chi cuadrado para la comparación de variables cualitativas. El procesamiento de los datos se realizó mediante el programa informático Epiinfo 2000.

Lo primero que hemos analizado ha sido la compatibilidad entre ambas cohortes. Nos hemos encontrado con unas medias de edad de 53'01 para la cohorte no expuesta (C_{NE}) y de 47'42 para la cohorte expuesta (C_E). Analizando dichos datos mediante el test paramétrico para comparación de medias (ANOVA) obtenemos un estadístico $T= 1'91$ y una $p = 0'057$; con lo que debemos concluir, que las diferencias se deben al azar y ambas cohortes son iguales en edad puesto que no existen diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto al "sexo" de las cohortes, obtenemos una $\chi^2 = 3'40$ con una $p = 0'06$, con lo que podemos afirmar que para este parámetro tampoco existen diferencias estadísticamente significativas. (Gráfico 1)

En cuanto a la variable "estado civil", obtenemos una $\chi^2 = 3'4$ con una $p = 0'33$ con lo que nuevamente podemos afirmar que las diferencias entre ambas cohortes son fruto del azar. (Gráfico 2)

En los otros dos parámetros estudiados sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Estos parámetros eran el "nivel de estudios" (Tabla 1) y "actualmente está" (ocupación del encuestado) (tabla 2)

Con los datos obtenidos podemos afirmar las siguientes premisas en cuanto a las exigencias de los encuestados de ambas cohortes:

- **Cohorte no expuesta:**

- En cuanto a la valoración del trato recibido los más exigentes fueron aquellos que tenían estudios primarios con un 75% de insatisfechos, seguidos por los universitarios con un 33.3% de insatisfechos. ($\chi^2 = 18'88$ y $p = 0'004$)
- El 100% de los parados afirmaron no haber recibido ninguna información previa a la intervención. De los otros sectores laborales, el 70% de los estudiantes calificó la información como poco/nada tranquilizadora seguidos por el 33.3% de los que se encontraban trabajando ($\chi^2 = 24'71$ y $p = 0'0017$)
- Así mismo el 60% de los estudiantes calificó la información como poco/nada tranquilizadora seguidos por el 43'8% de las amas de casa ($\chi^2 = 20'24$ y $p = 0'0094$)
- Podemos decir que el 8'3% de los que estaban trabajando se mostraron insatisfechos con el trato recibido, mientras que por el contrario el 93'8% de las amas de casa se mostraron muy satisfechas con el trato ($\chi^2 = 22'90$ y $p = 0'0035$).
- El resto de las variables demográficas estudiadas no tuvieron significación estadística con los datos obtenidos, siendo semejantes en todas las alternativas.

- **Cohorte expuesta:**

- El 77'2% de las mujeres afirmaron que había una enfermera que se preocupaba por ellas en la sala de despertar, frente al 48'4 % de los hombres que dio la misma respuesta ($\chi^2 = 7'78$ y $p = 0'020$).
- El grupo de edad que consideró la información de menor utilidad, es decir, el más exigente en cuanto a esa variable, fue el de los < 16 años, seguidos por el grupo de 16-30 años. Con una χ^2 de 22'10 y una $p = 0'01$.
- Así mismo podemos afirmar que el mayor nivel de "exigencia", con respecto a la información recibida por sus familiares, lo encontramos en las personas sin estudios, mostrándose éstos "muy satisfechos" en un 62'5% de los casos cuando en los otros grupos esta respuesta supera el 90%. ($\chi^2 = 9'6$ y $p = 0'02$). Así mismo el grupo "amas de casa"

respondieron “muy satisfechos” en un 58'8 % de los casos, frente a las otras ocupaciones en las que esta respuesta superó el 89% ($\chi^2 = 14'52$ y $p = 0'005$)

Pasamos ahora al estudio de las variables dependientes, y lo haremos centrándonos en nuestros objetivos específicos.

1. Saber si la exposición modifica de alguna manera la percepción de utilidad que el paciente tiene sobre la información que recibió antes de la intervención.

a. El 24'4% dijeron no haber recibido información en la C_{ne} , frente al 1'1 que dio la misma respuesta en la C_e . (Gráfico 3). Se obtuvo una χ^2 de 57'97 y una $p = 0'000$, lo que nos indica que los datos tienen significación estadística.

2. Saber si la exposición modifica de alguna manera la tranquilidad del paciente tras la información recibida antes de bajar a quirófano.

a. El 33'3 % de los encuestados de la C_{ne} afirmaban que la información les tranquilizó bastante / mucho frente al 93'3 % de los encuestados de la C_e que dieron la misma respuesta. (Gráfico 4). Con una χ^2 69'35 y una $p = 0'000$

3. Conocer si la exposición influye en la percepción de apoyo de los pacientes dentro del quirófano.

a. El 82'8% de los encuestados en la C_{ne} se sintieron apoyados /muy apoyados frente al 95'6% de la C_e . (Gráfico 5). Con una χ^2 de 7'56 y una $p = 0'005$ Sabiendo que tenemos un RR de $1'4 < RR < 14'09$, lo que quiere decir que los pacientes se sienten más apoyados tras la exposición.

4. Conocer si la exposición influye en la percepción de protección de los pacientes en el área de despertar.

a. Un 81'1% de la C_{ne} se sintió protegido/muy protegido en la sala de despertar frente al 98'9% de la C_e (Gráfico 6). Con una χ^2 de 15'61 y una $p = 0'000$. Sabiendo que contamos con un RR de $2'28 < RR < 123'65$ podemos afirmar nuevamente que los expuestos tienen una mayor probabilidad de sentirse protegidos.

5. Conocer si la valoración por el familiar de la información recibida por parte de enfermería se ve modificada por la exposición.

a. El 75'6% de los encuestados de la C_{ne} se mostró insatisfecho con la información frente al 0'0% de la C_e (gráfico 7). Con una χ^2 de 119'59 y una $p = 0'000$, lo que nos indica que las diferencias son estadísticamente significativas.

6. Saber si la exposición influye en la valoración que el paciente tiene sobre el trato recibido en quirófanos.

a. El 4'4% de los pactes no expuestos se mostraron insatisfechos con el trato recibido frente al 0'0% de los expuestos (Gráfico 8). Con una χ^2 de 33'77 y un $p = 0'000$. Lo que nos indica que la exposición modifica la valoración sobre el trato recibido.

7. Saber si la exposición modifica el conocimiento sobre el nombre de la enfermera que les recibe en Quirófano.

a. Sólo el 5'7% de la C_{ne} afirmó conocer el nombre de la enfermera frente al 84'3% de la C_e (tabla 3). Con una χ^2 de 107'32 y una $p = 0'000$. Teniendo un RR de $3'64 < RR < 9'94$, con lo que podemos afirmar que la exposición aumenta la probabilidad de conocer el nombre de la enfermera.

8. Conocer si la exposición modifica la sensación que tiene el paciente de la preocupación de enfermería en el área de despertar.

a. El 34'8% de la los participantes en la C_{ne} afirmaba no recordar frente al 18'9 de la C_e .

b. Así mismo el 36'6% de los no expuestos dice “sí” frente al 66'7% de los expuestos. (Gráfico 9)

c. Todos estos datos con una χ^2 16'93 y una $p = 0'000$. Lo que nos indica nuevamente que las diferencias entre ambas cohortes tienen significación estadística, es decir, la exposición modifica la sensación que tiene el paciente de que el personal de enfermería se preocupaba por él mientras permaneció en la Sala de Despertar.

9. Conocer si la exposición influye en la sensación de información por el familiar.

a. El 86'7% de la C_{ne} refirió sentirse poco o nada informados frente al 100% de los usuarios de la C_e que afirmaron sentirse suficiente o muy informados (gráfico 10). Con una χ^2 de 137'64 y una $p = 0'000$, lo que nos indica nuevamente la significación estadística de los datos obtenidos.

En cuanto al apartado del cuestionario "¿podría hacernos alguna sugerencia para mejorar la enfermería de quirófanos?": Respondieron un total de 36 encuestados, 21 de ellos de la C_{ne} y los 15 restantes de la C_e .

En la tabla 4 podemos ver como el 85'7% de los que solicitaron "más y mejor información" pertenecían a la C_{ne} , perteneciendo así mismo a esta cohorte el 80% de los que pedían "mejor atención" ($\chi^2 = 26'169$ y $p = 0'009$)

Conclusión

A la vista de los resultados obtenidos podemos rechazar la hipótesis nula en todas las variables dependientes y dar por válida la hipótesis alternativa que decía que la incorporación de una nueva figura enfermera que de información a los familiares de pacientes intervenidos en la sala de espera de quirófanos aumenta el grado de satisfacción de los usuarios del Bloque quirúrgico.

Así podemos comprobar un aumento de la satisfacción tanto de pacientes como de familiares en todas las variables dependientes, incluso en aquellas en las que la nueva enfermera no actúa directamente, como son la información recibida antes de bajar al quirófano (normalmente esa información es dada por el personal de la planta), o la sensación de apoyo y protección en el interior del Bloque quirúrgico.

Podemos concluir a la luz de los resultados obtenidos que se ha conseguido que una atención personalizada durante la estancia en la sala de espera de quirófano mejora la humanización de la atención a los que allí esperan.

Discusión

La bibliografía que hemos podido encontrar en cuanto a satisfacción con enfermería en el Bloque Quirúrgico, apuntaba a una falta de información, los resultados obtenidos en este estudio confirman que a mayor información, mayor satisfacción de los usuarios.

Propuestas de futuro

Puesto que sabemos que el mayor nivel de exigencias lo presentan los pacientes más jóvenes, concretamente los menores de 30 años y también en el grupo de personas sin estudios, en el futuro debemos plantearnos estrategias de actuación que satisfagan las exigencias de este tipo de clientes.

Agradecimientos

A nuestros clientes, por su infinita paciencia, y su amabilidad al prestarse a responder nuestra encuesta a pesar de su reciente intervención.

A las compañeras de planta, tanto Enfermeras como Auxiliares por su colaboración en todo cuanto se les pidió, sobre todo a la hora de la validación de nuestro instrumento de medida.

A las compañeras de Admisión, por recoger pacientemente nuestras encuestas, aún a expensas de suponer para ellas un poco más de trabajo en su ajetreada agenda.

A todos ellos, muchas Gracias.

Bibliografía

1. Rey Martín; Carina. "La satisfacción del usuario: Un concepto en alza". Anales de documentación, N° 3, 2000, Págs. 139-153
2. Albrecht, Karl. "The Only Thing That Matters: Bringing the Power of the Customer Into the Center of Your Business". Ed: Harperbusiness, 1993.
3. <http://www2.ubu.es/utcalidad/documentos/CURSO%20PERSONAL/DIA%201/CALIDAD%20SERVICIOS.PDF#search=%22dimension%20calidad%22>
4. http://fondosdigitales.us.es/public_thesis/380/8930.pdf#search=%22satisfacci%C3%B3n%20usuarios%20salud%20quirurgico%22
5. <http://www.sas.junta-andalucia.es/indicadores/introduccion.asp>
6. Pajuelo Gallego, Antonio et col. "Bloque Quirúrgico: Proceso de soporte.". Ed: Consejería de Salud. Sevilla. 2004
7. Amescua, M. "El participante invisible",.Index Enferm Digital 2003; 40-41. Disponible en http://www.index-enfermería/40-41revista/40-41_articulo_66-67.php
8. McCloskey D, J; bulechek, GM. "Clasificación de Intervenciones de Enfermería (N IC)". Ed: Mosby & Elsevier. Madrid, 2005