

ORIGINAL

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN SANITARIA CON ENFERMERA TUTORA EN CIRUGÍA DE TRAUMATOLOGÍA EN UN HOSPITAL DE GRANADA, 2004 (*)

Carmen Herrera-Espiñeira (1), M^a del Mar Rodríguez del Aguila (2), Mercedes Rodríguez del Castillo (3), Eduardo Aguayo de Hoyos (4), Aurora Quero Ruffián (1), Carmen Martínez Cirre (5), Dolores Cuesta Santos (2), Pilar Alvarez García (2) e Isabel Reyes Sánchez (2)

- (1) Escuela Universitaria de Enfermería.
- (2) Subdirección de investigación, calidad y docencia.
- (3) Unidad de Cuidados Intensivos de Cardiología.
- (4) Biblioteca.
- (5) Servicio de Documentación.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

(*) Este estudio ha sido financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía aprobado con el número 249/03 y se enmarca dentro del grupo del Plan Andaluz de investigación cts570 de nombre Hygia del que es responsable Carmen Herrera Espiñeira, en la línea modelos innovadores en la atención sanitaria.

RESUMEN

Fundamento: La tendencia actual en la atención al paciente es hacia un aumento de la calidad en los servicios sanitarios. El objetivo de este trabajo fue evaluar los resultados de la aplicación de un programa de atención sanitaria a través de una enfermera de referencia que acogía al paciente al ingreso hospitalario, le visitaba regularmente durante su estancia y le resolvía dudas y problemas.

Métodos: Estudio cuasi-experimental realizado en pacientes (149 casos y 454 controles) ingresados para cirugía traumatológica en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada. Al ingreso se recogieron variables sociodemográficas y clínicas. A los 15 días tras el alta se les administró la "Escala heteroevaluada de ansiedad de Zung" y un cuestionario *ad hoc* sobre la satisfacción con diferentes aspectos de la atención sanitaria durante la estancia en el hospital y la comprensión de la información recibida. Se realizó análisis bivariante y análisis de regresión lineal y regresión logística multivariante con estudio de variables confundentes.

Resultados: Para la variable nivel de ansiedad los pacientes no tutorizados en el análisis de regresión lineal multivariante tenían un coeficiente B=2,64 ($p<0,01$), controlando por la otras variables en el modelo final: sexo, presencia de cuidador informal actividad profesional, días de estancia, y comprensión de la información sanitaria. Para la variable de resultado insuficiente comprensión de la información los pacientes no tutorizados tenían una Odds Ratio de 3,48 en el análisis de regresión logística multivariante controlando por educación y presencia de cuidador informal. La satisfacción con la amabilidad del personal y con el medio hospitalario no se modificó significativamente aunque el porcentaje de insatisfacción fue mayor en el grupo no tutorizado, 15% frente a 11% ($p=0,34$), y 18% frente a 12% ($p=0,11$) respectivamente.

Conclusiones: El programa de atención continuada aplicado se ha manifestado eficaz para los pacientes, aumentando la comprensión de la información y disminuyendo los niveles de ansiedad.

Palabras clave: Ansiedad. Satisfacción del paciente. Comprensión. Ambiente de instituciones de salud. Desarrollo de programa. Calidad de la atención de salud. Evaluación de procesos y resultados. Atención dirigida al paciente. Cuidadores.

Correspondencia:
Carmen Herrera Espiñeira
Subdirección de Investigación, Calidad y Docencia
Doctor Azpitarte 4-4 planta. 18012 Granada.
Correo electrónico: carmen.herrera.spa@juntadeandalucia.es

ABSTRACT

Evaluation of a health Care Programme with Nursing Tutor in a Hospital Traumatological Facility in a Hospital. Granada, Spain, 2004

Background: The current trend in patient care is towards a more humanized and higher-quality healthcare. The objective of the present study was to evaluate the results of implementing a programme of healthcare with a reference nurse who welcomes the patient at hospital admission, visits regularly during hospital stay, and resolves doubts and problems.

Methods: Quasi-experimental study (149 cases and 454 non-tutored controls) in patients admitted for scheduled trauma surgery at the Virgen de las Nieves University Hospital, Granada. Sociodemographic and clinical data were gathered at admission. At 15 days after discharge, patients were administered with an interviewer-administered Zung score and an *ad hoc* questionnaire on satisfaction with different healthcare aspects during hospital stay and understanding of information received. Bivariate analyses and linear and multivariate logistic regression analyses were performed with a study of confounding variables.

Results: For the outcome variable anxiety level non-tutored patients had a B coefficient of 2.64 ($p<0,01$) in the multivariate linear regression analysis controlling for the other variables in the final model: sex, presence of informal carer, professional activity, days of hospital stay and understanding of health information. For the outcome variable inadequate understanding information non-tutored patients showed an odds ratio of 3.48 in the multivariate analysis controlling for educational level and presence of informal carer. Satisfaction with the friendliness of health care personnel and with the hospital setting did not significantly differ, although the percentage of dissatisfied patients was higher in the non-tutored group: 15% vs 11% ($p=0,34$) and 18% vs 12% ($p=0,11$) respectively.

Conclusions: The implemented continued care programme proved effective for these patients, increasing their understanding of information received and reducing anxiety levels.

Keywords: Anxiety. Patient satisfaction. Comprehension. Health facility environment. Program development. Quality of health care. Outcome assessment (health care). Patient-centered care. Caregivers.

INTRODUCCIÓN

Junto a la confianza que generan los avances tecnológicos en los usuarios de los centros hospitalarios existe un sentimiento de inseguridad ante el medio que le rodea y el proceso para la resolución de su problema de salud.

Para una humanización de la sanidad, un aumento de la calidad en los centros sanitarios y mejora de la continuidad asistencial se ha creado en Andalucía la figura de la “enfermera de enlace” y la “enfermera de referencia” de atención primaria. La enfermera de enlace gestiona casos de pacientes frágiles y con enfermedades crónicas e identifica los recursos necesarios para el usuario, trabajando con el médico y la enfermera de referencia¹. El objetivo de establecer enfermeras de referencia de hospitalización para la personalización de los cuidados está recogido en los objetivos del contrato programa 2005-8 del sistema sanitario público de Andalucía.

En los últimos años, la opinión del paciente sobre el sistema sanitario está cobrando más importancia para los gestores². La satisfacción del paciente es un concepto multidimensional³ y para cada uno de los aspectos el resultado es la diferencia entre expectativas y percepciones⁴. Sin embargo Sixma⁵ concluye en su estudio que la satisfacción de los usuarios parece estar más relacionada con las características de los propios pacientes que con las de la atención sanitaria que reciben. Las variables recogidas en la literatura relacionadas con la satisfacción de los usuarios son: la presencia de niños en la familia, edad⁵, nivel socioeconómico, educación, sexo⁶ y duración de la estancia hospitalaria⁷.

La satisfacción del paciente también tiene una importancia sobreañadida por su relación con los resultados de salud ya que se encuentra inversamente relacionada con la severidad de la enfermedad (ya sea mental o física) y con la percepción de ella^{8,9}. También la difi-

cultad para comprender la información sanitaria se la relaciona con peores resultados de salud^{10,11} y se encuentra asociada a menor nivel cultural y mayor edad¹⁰⁻¹².

El aumento de los niveles de ansiedad en los pacientes hospitalizados por la estancia, la realización de intervención quirúrgica y las dudas sobre la evolución del proceso puede repercutir en el paciente y en la gestión sanitaria. Las personas con ansiedad perciben mayor gravedad que la evaluada por el clínico¹³, tienen peor calidad de vida¹⁴⁻¹⁶ y mayor coste sanitario¹⁷. Los factores de riesgo descritos para los desórdenes de ansiedad son: el número de días de estancia en el hospital^{17,18}, el sexo femenino, bajo nivel educativo, población joven, personas solteras o divorciadas, desempleados o con sólo trabajo doméstico. La influencia de vivir en un ambiente rural o urbano es controvertida¹⁹.

Considerando que diversas circunstancias en el hospital como el burnout profesional generado por múltiples circunstancias, los turnos de enfermería, el desconocimiento del entorno del centro hospitalario, la distribución de competencias entre diferentes profesionales y la falta de comunicación entre ellos... repercuten en la falta de identificación por el paciente de una figura de referencia que sea integradora, orientadora y resolutoria, se planteó realizar este trabajo con la hipótesis de que un programa de tutorización pondría en evidencia éste problema, mejorando la satisfacción del paciente con diferentes aspectos de la atención sanitaria, la comprensión de la información recibida y disminuiría los niveles de ansiedad generados por la estancia hospitalaria y la intervención quirúrgica.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio cuasi-experimental postest con grupo control que incluyó 149 casos tutorizados y 454 controles no tutorizados en el Hospital Universitario de

las Nieves de Granada, un hospital de tercer nivel con un centro traumatológico que atiende a una población rural y urbana de 442.000 habitantes.

En los primeros 4 meses, desde septiembre a diciembre del 2004, se recogieron los datos de pacientes no tutorizados para seguir con los tutorizados los 6 meses siguientes. Con ello se evitaba la coincidencia de sujetos de ambos grupos de comparación en la misma habitación o que participantes del grupo de los casos comentas en el programa con participantes del grupo de los controles.

Se incluyó en el estudio a pacientes ingresados para cirugía traumatológica programada, con edades comprendidas entre los 16 y los 80 años. Se excluyó a sujetos ingresados para retirada de material quirúrgico, pacientes con problemas auditivos que le impidiesen responder a las preguntas telefónicamente y aquellos con deterioro cognitivo (según valoración del facultativo responsable). No se incluyó a pacientes para cirugía de urgencias ya que las expectativas de estancia en el hospital y las expectativas previas pueden diferir de aquéllos de cirugía programada. Se seleccionó el servicio de cirugía traumatológica debido a que un gran número de intervenciones del hospital se realizan en este área y ello permitió realizar el trabajo de campo antes del periodo estival, en el cual algunas características relevantes del hospital pueden variar.

La no inclusión del periodo vacacional de verano o Navidades pretende evitar que nuestro estudio tenga un sesgo de sobreestimación en los resultados ya que suponemos que, dado que el hospital tiene un alto índice de enfermeras y médicos sustitutos, podría aumentar la insatisfacción y la ansiedad.

A todos los pacientes que accedieron a colaborar en el estudio se les administró un cuestionario sociodemográfico y sus datos

clínicos fueron registrados durante la estancia en el hospital.

Además de las variables sociodemográficas que la literatura recoge como asociadas a la satisfacción del paciente, la ansiedad y comprensión de la información que han sido enumeradas anteriormente, se incluyeron la presencia de cuidador informal por su posible influencia en la ansiedad y comprensión de la información y, además, el diagnóstico principal por la posible influencia en la satisfacción o en la ansiedad.

La variable “educación” se agrupó en dos categorías: “educación primaria o sin estudios” y “estudios medios o superiores”. Esta variable también fue considerada como indicador del estatus socio-económico²⁰, además de la actividad profesional. El diagnóstico se realizó según la Clasificación Internacional de Enfermedades²¹. Se recogieron los datos sociodemográficos de los sujetos que no quisieron participar en el estudio para poder comparar su perfil con los restantes.

El programa de intervención o “Tutorización” consistió en un *Protocolo de Acogida* y un *Protocolo de Seguimiento*. La enfermera tutora acogía al paciente en el momento del ingreso y le explicaba que le visitaría todos los días para hacerle más fácil su relación con el medio hospitalario, asegurar una buena información durante su estancia y las indicaciones a seguir tras el alta y mejorar o subsanar las posibles deficiencias que se pudieran plantear durante su hospitalización mediando en la resolución de conflictos. También le leía y entregaba una *Guía de Información Hospitalaria* con un plano incorporado con los servicios más relevantes que podía necesitar y una *Hoja de la Unidad* con la información específica del servicio donde sería ingresado, todo ello con el objetivo de centrar al paciente en el medio hospitalario, generarle expectativas realistas y familiarizarle con el entorno.

Posteriormente y transcurridos 15 días desde el alta, otra enfermera que desconocía el objetivo del estudio, contactó telefónicamente con los sujetos para recoger información sobre la satisfacción y la comprensión de la información respondiendo a estas preguntas aproximadamente el 85% de los pacientes. Para obtener ésta información utilizamos un sencillo cuestionario *ad hoc* compuesto de tres preguntas, una para cada aspecto considerado: ¿Ha comprendido la información que le ha dado el personal sanitario sobre las posibles complicaciones de su intervención quirúrgica? ¿Está usted satisfecho con las comodidades de su habitación? y ¿Está usted satisfecho con la amabilidad del personal sanitario? Cada pregunta constaba de tres categorías de respuesta: nada, poco y suficiente. Las categorías nada y poco se agruparon posteriormente en una sola por la escasez de casos que respondieron “nada” en cada ítem. Se pensó que estas preguntas accedían mejor al estado real del paciente y resumían de manera fácil y cómoda lo que pensaba, atendiendo al objetivo principal del trabajo, que no era, en ningún caso, obtener una escala de satisfacción. Las preguntas fueron chequeadas por un equipo de expertos y aceptadas como pertinentes para medir satisfacción de manera que la validez quedaba asegurada. Además con objeto de asegurarnos que las preguntas discriminaban entre sujetos se llevó a cabo un pilotaje en pacientes y profesionales sanitarios.

También se le administró la “Escala heteroadministrada de ansiedad de Zung”²²⁻²⁴ que preguntaba por su estado anímico durante esos 15 días tras el alta. Esta escala es la validación en España del test Anxiety Status Inventory (Zung 1971)²². En la validación del instrumento en España^{23,24}, las propiedades psicométricas encontradas fueron de 0,8798 para el alfa de Cronbach. El test mide los niveles de ansiedad en una escala continua en la que altas puntuaciones indican altos niveles de ansiedad. La escala contiene 20 ítems: 5 para síntomas afecti-

vos y 15 para síntomas somáticos, con cuatro posibilidades de elección que corresponden a cuatro puntuaciones diferentes (ausencia, ligero, moderado, fuerte) siendo el rango de puntuación final de 20 a 80.

Para la estimación del tamaño muestral nos basamos en el estudio de Sidhu²⁵ que obtiene un incremento de satisfacción del 12% durante la aplicación de un programa de seguimiento de los pacientes. Estimando una satisfacción del usuario de nuestro hospital de un 80%, recogido de un estudio de satisfacción que aparece en la memoria anual del Hospital Virgen de las Nieves, unas pérdidas del 10%, un error $\alpha=5\%$ y $\beta=20\%$, se necesitaban 143 pacientes para determinar la situación de partida y 143 para el grupo al que se le implementa el programa. Para el grupo control se decidió reclutar todos los pacientes que cumplían los criterios de inclusión desde Septiembre hasta Diciembre, lo que resultó un aumento del tamaño previsto. Para el grupo de casos se elaboró una lista de números aleatorios que determinaba los pacientes que debían ser incluidos o excluidos según momento del ingreso, escogiéndose uno de cada tres.

En el análisis inicial se comprobó la homogeneidad de los grupos de estudio (casos y controles) aplicando test T-Student y Chi-cuadrado. Las variables que fueron significativamente diferentes se incluyeron posteriormente en el análisis de Regresión Lineal o Regresión Logística Múltiple, junto con aquellas que en el bivalente tuvieron una significación $\leq 0,20$. Para la identificación de variables confundentes de la variable tutorización, se fue eliminando una a una del modelo final las que tenían una $p>0,10$ y no modificasen en más de un 10% la Odds Ratio (OR) o el coeficiente B, en cada caso. Se aceptó como nivel de significación un valor de $p\leq 0,05$. El análisis de datos se llevó a cabo con el programa SPSS 13.0.

El proyecto de investigación fue aprobado por la comisión de investigación del hospital

y financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía con el número 249/03.

RESULTADOS

Se registraron aproximadamente entre un 15 a 20% de casos perdidos, según el tipo de variable de respuesta. Comparando éstos con los no perdidos, había significativamente pacientes de más edad, sin estudios o con estudios primarios, no activos profesionalmente y con mayor número de días ingresados.

La descripción de variables sociodemográficas cualitativas y cuantitativas se detalla en las tablas 1 y 2. Cabe destacar que del 84 al 90% no tenían estudios o sólo estudios primarios, entre el 60 y 63% eran mujeres y con una media de 1,7 puntos de nivel de ansiedad más que los hombres. La diferencia es esta-

Tabla 2
Descripción de las variables numéricas incluidas en el estudio, diferenciando entre sexo y tutorizados o no

	No tutorizados			Tutorizados			p
	n	Media	DT	n	Media	DT	
Edad	453	57	18,9	149	64,1	11,6	P<0,01
Días de estancia	451	9,0	8,1	143	8,7	6,0	P=0,63
ZUNG							
Mujer	226	30,9	8,1	76	28,8	5,8	*P<0,01
Hombre	155	29,2	7,6	49	26,9	6,1	

n: número de pacientes que aportan información; DT: desviación típica.
* Significación resultante de aplicar test ANOVA. Para sexo P<0,05.

dísticamente significativa (p<0,01). Entre los cuidadores el 69% eran mujeres, el 24% hombres y en el 7% de los casos ésta función era desempeñada indistintamente por ambos.

En el análisis bivariante el nivel de ansiedad y la comprensión de la información estuvieron asociados significativamente con el programa de tutorización. Los resultados del análisis bivariante de éstas dos variables dependientes con las posibles variables pre-

Tabla 1
Descripción de variables cualitativas incluidas en el estudio, diferenciando entre ambos grupos tutorizados o no

	Frecuencia	Tutorizado (casos)	No tutorizado (controles)		p
		Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje válido	
SEXO					
Mujer	94	63,1	273	60,1	0,58
Hombre	55	36,9	181	39,9	
EDUCACION					
Sin estudios/Primarios	134	89,9	380	83,9	0,09
Medios/Superiores	15	10,1	73	16,1	
CUIDADOR INFORMAL					
Sin Cuidador	31	21,4	66	14,7	0,07
Con Cuidador	114	78,6	384	85,3	
ACTIVIDAD PROFESIONAL					
En activo	17	11,4	116	25,6	<0,01
SL/sin trabajo/estudiante	76	51,0	126	27,8	
Jubilado/Incapacidad permanente	56	37,6	211	46,6	
ESTADO CIVIL					
Soltero/separado/divorciado	15	10,1	101	22,3	<0,05
Casado	109	73,2	277	61,3	
Viudo	25	16,8	74	16,4	
HIJOS					
Sin hijos	18	12,1	100	22,2	<0,05
Con hijos	131	87,9	351	77,8	
Nº DE HABITANTES DEL LUGAR DE RESIDENCIA					
< 10.000	8	5,4	35	7,7	0,43
10.000 o más	141	94,6	418	92,3	
DIAGNOSTICO PRINCIPAL					
Artropatías, artrosis y otros trastornos de la articulación	109	75,2	172	38,8	<0,05
Otros diagnósticos	36	24,8	271	61,2	

p: valor obtenido al comparar la variable entre el grupo tutorizados y no tutorizados.

dictoras se muestran en las tablas 3 y 4. La satisfacción con la amabilidad del personal sanitario y con el medio hospitalario no experimentaron diferencias significativas, aunque

el porcentaje de insatisfacción fue mayor en el grupo de no tutorizados, 15% frente al 11% ($p=0,34$) y 18% frente a 12% ($p=0,11$) respectivamente.

Tabla 3

Análisis bivariante de la variable nivel de ansiedad con cada una de las variables independientes consideradas en el estudio

VARIABLES INDEPENDIENTES	n	Media	DT	p
TUTORIZACIÓN				
Sí	125	28,0	6,0	<0,01
No	381	30,2	7,9	
SEXO				
Mujer	302	30,3	7,6	<0,05
Hombre	204	28,6	7,3	
EDUCACION				
Sin estudios/Primarios	427	29,5	7,4	0,44
Medios/Superiores	79	30,2	8,3	
CUIDADOR				
Sin cuidador	82	32,0	8,6	<0,01
Con cuidador	421	29,0	7,2	
ACTIVIDAD PROFESIONAL				
SL/Sin trabajo/Estudiante	170	30,5	7,6	0,12
Activo	122	29,8	7,4	
Jubilado/Incapacidad per.	214	28,9	7,5	
ESTADO CIVIL				
Soltero/Separado/Divor.	97	30,3	8,5	0,34
Casado	330	29,7	7,4	
Viudo	78	28,6	6,8	
Nº HAB. LUGAR RESIDENCIA				
<10000 hab.	37	27,8	5,5	<0,05
>=10000 hab.	468	29,8	7,6	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL				
Artropatías/Artrosis/ Otros articulaciones	240	28,9	6,5	<0,05
Otros diagnósticos	255	30,4	8,3	
COMPRESIÓN INFORMACIÓN				
Suficiente	394	29,1	7,1	<0,05
Insuficiente	76	31,7	9,6	

DT: Desviación típica; n: número de pacientes que aportan información

Valores en la tabla obtenidos con T-Student. Al relacionar la variable dependiente "Ansiedad" con la variable: "Días de estancia", el coeficiente de correlación de Pearson tiene un valor de 0,11 ($P<0,01$). En el caso de la variable "Edad", la correlación es de: -0,040 ($P=0,36$).

Tabla 4

Análisis bivariante de la comprensión de la información (insuficiente/suficiente, esta última categoría de referencia) con cada una de las variables independientes consideradas en el estudio

	Suficiente comprensión		Insuficiente comprensión		p
	n	Porcentaje válido	n	Porcentaje válido	
TUTORIZACIÓN					
Sí	105	92,1%	9	7,9%	<0,01
No	299	81,0%	70	19,0%	
EDUCACIÓN					
Sin estudios/Primarios	344	85,6%	58	14,4%	<0,05
Medios/Superiores	60	74,1%	21	25,9%	
CUIDADOR					
Con cuidador	64	79,0%	17	21,0%	0,19
Sin cuidador	337	84,9%	60	15,1%	
	n Media	DT	n Media	DT	
EDAD EN AÑOS	403 59	17,2	79 53,6	18,2	<0,05

Resultados obtenidos con test de Chi-Cuadrado excepto para la edad que se aplicó T-Student.

p: valor obtenido al comparar la variable entre el grupo comprensión suficiente e insuficiente.

n: número de pacientes que aportan información.

Tabla 5
Análisis de regresión lineal multivariante
de la variable nivel de ansiedad

VARIABLES INDEPENDIENTES	p	COEF. DE REGRESIÓN
TUTORIZACIÓN		
Sí		
No	<0,01	2,64 (0,95 4,33)
SEXO		
Mujer		
Hombre	0,01	-1,85 (-3,39 -0,31)
CUIDADOR		
Sin cuidador		
Con cuidador	<0,01	-3,33 (-5,14 -1,51)
ACTIVIDAD PROFESIONAL		
En activo		
SL/sin trabajo/estudiante	0,44	-0,81 (-2,86 1,25)
Jubilado/Incapacidad permanente	0,03	-1,88 (-3,58 -0,18)
DÍAS ESTANCIA	<0,01	0,12 (0,03 0,21)
COMPRENSIÓN INFORMACIÓN		
Suficiente		
Insuficiente	0,01	2,44 (0,59 4,30)

Valor de la constante en la regla de regresión 28,16. La categoría sin coeficiente de regresión es la de referencia. IC: Intervalo de confianza al 95%.

Tabla 6
Análisis de regresión logística multivariante
de la insuficiente comprensión de la información
(insuficiente/suficiente, esta última categoría de referencia)

VARIABLES INDEPENDIENTES	p	OR (IC)
TUTORIZACIÓN		
Sí		1
No	0,01	3,48 (1,54 7,87)
EDUCACIÓN		
Sin estudios/Primarios		1
Medios/Superiores	0,02	1,85 (1,02 3,34)
CUIDADOR		
Sin cuidador		1
Con cuidador	0,12	1,61 (0,87 3,00)

OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de confianza al 95%. La categoría con OR=1 es la de referencia.

Nivel de ansiedad: Las variables que quedaron en el modelo final del análisis de regresión lineal múltiple se muestran en la tabla 5. Tenían más ansiedad en comparación con la variable de referencia los pacientes que no habían tenido el programa de tutorización, las mujeres, los que no tenían cuidador informal, los activos profesionalmente, los de mayor de permanencia en el hospital y los que manifestaron comprender insuficientemente la información del personal sanitario.

Insuficiente comprensión de la Información: Tres variables quedaron en el mode-

lo final con análisis de regresión logística (tabla 6). Los pacientes no tutorizados tenían 3,4 veces más riesgos de no comprender la información que los tutorizados a igualdad de las otras variables en el modelo, el nivel cultural y la presencia de cuidador, ésta última por ser variable confundente de la variable en estudio, el programa de tutorización, aunque no fue estadísticamente significativa.

DISCUSIÓN

El programa aplicado ha mostrado que influye en la disminución de los niveles de ansiedad de los pacientes y en una mayor comprensión de la información. La satisfacción con la amabilidad del personal y con el medio hospitalario no se modificó significativamente para la muestra de pacientes que finalmente aportaron información, aunque un porcentaje mayor en el grupo tutorizado se sintieron menos insatisfechos, por lo que pensamos que un aumento de casos podría mejorar los resultados.

Concordante con nuestros resultados la bibliografía describe que la continuidad de los cuidados por un mismo equipo es motivo de disminución de los niveles de ansiedad en los pacientes²⁶, está directamente relacionada con el número de días de hospitalización^{17, 18}, es más alta en mujeres^{13,18,27} y la comprensión de la información influye en los niveles de ansiedad, tal como tuvimos en consideración en este trabajo²⁸. Los pacientes que antes de su hospitalización se encontraban activos profesionalmente resultaron tener más nivel de ansiedad que los jubilados o con incapacidad permanente. La hospitalización puede generar preocupación por las múltiples repercusiones que puede tener en la actividad profesional. El estudio en España del proyecto The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESE-MeD)²⁷ destaca que el principal factor asociado a presentar un trastorno de ansiedad es la ocupación, teniendo la baja por enfermedad un alto riesgo.

También los estudios describen que menor nivel cultural¹² y mayor edad están relacionados a una peor comprensión de la información^{10,11}. En nuestros resultados la edad estuvo asociada significativamente en el análisis bivariante y el nivel cultural lo estuvo también en el multivariante, aunque en diferente sentido y con un débil riesgo, los pacientes con estudios medios y superiores dijeron comprender peor la información. Esta diferencia puede deberse a que éste trabajo recogió la percepción del paciente sobre la comprensión de la información y ésta ser diferente a la evaluación objetiva con instrumentos audiovisuales sobre dicha comprensión, como los utilizados por Weiss¹⁰ y Williams¹¹. Por otro lado el personal sanitario transmite la información de diferente forma según valora el nivel cultural del paciente. En todo caso parece que la información y la comunicación debe mejorar en el hospital²⁹ aunque en un trabajo previo realizado por los autores en la misma población y con la misma metodología se concluyó que los pacientes manifiestan comprender mejor la información dada por el personal sanitario del hospital que la proporcionada en los centros de atención primaria sobre el motivo de su inminente ingreso hospitalario¹².

La presencia de cuidador informal, que decidimos incluir en el estudio, resultó ser variable predictora para el nivel de ansiedad y variable confundente de la insuficiente comprensión de la información. Ya algunos trabajos describen la influencia del cuidador informal sobre el paciente, como la disminución de los síntomas depresivos^{30,31} o la repercusión en la utilización de los servicios sanitarios³². De todo ello deducimos la necesidad de incluir la presencia de cuidador en los estudios de evaluación de la atención sanitaria. La población española cada vez está más envejecida y con más enfermedades crónicas lo que hace al paciente más dependiente de su cuidador. La relación entre el cuidador formal y el informal va en aumento según van incrementándose las necesidades

en la población y la incapacidad del sistema sanitario de dar respuesta a ello³³.

Según las conclusiones del estudio de Quero³⁴ realizado en el mismo hospital donde se ha desarrollado éste trabajo, los cuidadores familiares están desorientados e inadaptados al entorno hospitalario, no existe programa de acogida o servicio estandarizado adaptado a sus necesidades, demandan un trato más humano hacia el enfermo y la familia, perciben las relaciones con el personal sanitario distantes, consideran la información escasa, de mala calidad y monopolizada por los médicos. La enfermería no informa, pero según la opinión de éstos profesionales los cuidados básicos se encuentran condicionados por la sobrecarga de trabajo y la escasez de personal. Donde el sistema institucional no llega, los cuidadores informales mantienen el nivel de cuidados que necesitan los pacientes y son utilizados como un recurso alternativo al cuidado en tareas que no las puede proporcionar hoy por hoy el sistema

La sobrecarga laboral contribuye al burnout profesional^{35,36} que parece estar inversamente relacionado con la satisfacción del paciente (Garman 2002). Este, unido al absentismo laboral, mayor a más alta media de edad del personal sanitario, generan en uno casos altos índices de sustituciones y en otros falta de ellos. Todo ello junto a un modelo de trabajo por turnos rotatorios diseñados con el objeto de disminuir el estrés del personal de enfermería, la distribución de competencias entre diferentes profesionales y la falta de comunicación entre éstos y la enfermería... hace difícil la continuidad asistencial y la identificación por el paciente de una figura de referencia.

En una tendencia en sanidad que establece planes de calidad con el objetivo de mejorar la atención sanitaria en todos los aspectos, donde cada vez son mayores las acreditaciones en calidad de los diferentes servicios hospitalarios y donde surgen los valorados "Hospitales Magnéticos"^{37,38} con gestores de

casos, como en Estados Unidos, y en Europa los Hospitales Benchmarks para la excelencia, se hace necesario cambio en la atención sanitaria que posibilite que la enfermera pueda ejercer todas sus competencias profesionales. Para ello se necesitaría dotar al sistema de recursos para desarrollar un nuevo modelo de atención sanitaria que posibilite la flexibilidad y diversidad asistencial. También la incorporación de los cuidadores informales en los equipos de atención sanitaria dotaría a éste de un informante esencial, modelo que ha mostrado ser eficaz en disminuir el coste sanitario, mejorar la educación al paciente y aumentar la satisfacción³⁹. Con ello se democratizaría el sistema, dándole el justo protagonismo a quien ejerce su labor sin el merecido reconocimiento.

Las dificultades para hablar con algún profesional sanitario de sus problemas es una causa de insatisfacción planteada por pacientes en muchos países⁴⁰. La bondad del modelo de “enfermero de referencia” hace tiempo que se está demostrando tanto atención primaria⁴¹ como en algunos programas implementados en hospitales de otras comunidades⁴² destacando un incremento de calidad percibida, satisfacción del usuario y satisfacción laboral. La incorporación de éste modelo en los hospitales puede mejorar la atención personalizada. De la forma en que se realice ésta transformación en el sistema público andaluz dependerá la repercusión en mejoras en la continuidad y calidad asistencial.

La implementación en el sistema sanitario de intervenciones que favorezcan la continuidad asistencial, aumenten la comprensión y disminuyan los niveles de ansiedad de la información puede ser beneficioso para el paciente en particular y para la gestión sanitaria en general. Las posibles mejoras sobre los resultados de salud en cada caso^{10,11,13-17} añaden razones para ello. Por otro lado la ansiedad constituye un importante problema de salud, la prevalencia-año en la población española se encuentra en el

6%, siendo más del doble en mujeres que en hombres²⁷ y puede llegar a estar presente en el 40% de las mujeres ingresadas¹³ por problemas no psiquiátricos a causa de la repercusión que tiene sobre su estado anímico la estancia hospitalaria y el proceso de atención sanitaria.

En cuanto a las limitaciones del estudio, para la localización tras el alta registramos inicialmente los teléfonos fijo y móvil del paciente y el del familiar más cercano. No hubo quien no dispusiera de alguno de ellos y, sin embargo, la causa más frecuente de las pérdidas fue la falta de localización de los pacientes de más edad porque se recuperaban en lugares diferentes a su domicilio habitual o al inicialmente previsto. Esto se tradujo en una mayor edad entre los casos perdidos y, por tanto, en mayor número de pacientes no activos profesionalmente y con mayor número de días de estancia hospitalaria, ya que presentan más comorbilidades, aunque pensamos que esta razón no ha podido influir significativamente en la validez del estudio.

Aunque conocíamos las limitaciones que podía tener la utilización de un sólo ítem para cada uno de los aspectos considerados, la circunstancia de no disponer en el momento del trabajo de campo de cuestionario adecuado para el objeto del estudio y el hecho de que nuestros resultados se encuentren en el mismo sentido que los estudios existentes nos reafirma en la validez y sencillez del método utilizado.

No se midió el nivel de ansiedad al ingreso hospitalario porque éste se realiza con escaso número de horas antes de la intervención quirúrgica y no consideramos ético someter al paciente a un cuestionario previo. Ante ésta limitación optamos por aumentar el tamaño muestral en el grupo control por lo que asumimos que la variable se ha distribuido homogéneamente en ambos grupos y no resta importancia a los resultados.

La inferencia a la población está limitada por la realización del estudio en un solo centro hospitalario y en un sólo área, aunque con un tamaño muestral considerable y en un hospital con un centro específico traumatológico que atiende a una amplia población, por tanto nuestra muestra representa bien a éste tipo de pacientes andaluces.

Consideramos que esta pequeña intervención que hemos realizado para que el paciente identifique una figura de referencia, mejora aspectos de interés para el paciente y para la gestión sanitaria. Sería de interés para estudios posteriores determinar las diferencias con los mismos objetivos valorando aspectos como los turnos de enfermería, la organización del proceso de atención sanitaria y el "burnout" profesional en un estudio multicéntrico que recoja resultados en salud y abarque pacientes de otras especialidades clínicas.

AGRADECIMIENTOS

A Pilar Lusilla Palacios, autora de la validación en España del Test Anxiety Status, por la información sobre las propiedades psicométricas del Test y a Juan de Dios Luna del Castillo y Emilio Perea Milla por su orientación sobre algunos aspectos metodológicos.

BIBLIOGRAFIA

1. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. Actuaciones del Sistema Sanitario Público Andaluz en el Plan de Apoyo a las Familias. Decreto 137/2002 del 30 de Abril.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Barómetro Sanitario. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS2005presentacion13marzo.pdf> . (citado el 22 de Sept. 2006).
3. Bowers MR, Swan JE, Koehler WF. What attributes determinate quality and satisfaction with health care delivery? *Health Care Manage Rev.* 1994; 19(4): 49-5.
4. Mira J, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc).* 2000;114 Supl 3: 26-33.
5. Sixma HJ, Speeuwenberg PM, Van der Pash MA. Patient satisfaction with the general practitioner: a two-level analysis. *Med Care.* 1998; 36 (2): 212-9.
6. Jung HP, Baerveldt C, Olesen F, Grol R, Wensing M. Patient characteristics as predictors of primary health care preferences: a systematic literature analysis. *Health Expect.* 2003 Jun 6;2:160-81.
7. Tokunaga J, Imanaka I. Influence of length of stay on patient satisfaction with care in Japan. *Int J Qual Health Care.* 2002; 14 (6): 493-502.
8. Heidegger T, Husemann Y, Nuebling M, Sieber T, Huth A, et al. Patient satisfaction with anaesthesia care: development of a psychometric questionnaire and benchmarking among six hospitals in Switzerland and Austria. *Br J Anaesth.* 2002; 89(6):863-72.
9. Westaway MS, Rheeder P, Van Zyl DG, Seager JR. Development and testing of 25 ítem patient satisfaction scale for black South African diabetic outpatients. *Curationis.* 2002; 25 (3): 68-75.
10. Weiss BD. Health literacy: an important issue for communicating health information to patients. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei).* 2001 Nov 64; 11: 603-8.
11. Williams MV, Davis T, Parker RM, Weiss BD. The role of health literacy in patient-physician communication. *Fam Med.* 2002 May 34; 5: 383-9.
12. Herrera-Espiñeira C, Quero Rufián A, Martínez Cirre C, Rodríguez del Castillo M, Rodríguez del Águila MM, Aguado de Hoyos E. Información recibida por los pacientes acerca de su estado de salud y su comprensión, antes y durante su hospitalización. *Enferm. Clín.* 2006; 16(4): 184-9.
13. Grau A, Suñer R, Abulí P, Comas P. Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad. *Med Clin (Barc).* 2003; 1120(10):370-5.
14. Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers DG, Lip G. Effects of depression and anxiety on mortality and quality-of-life 4 months after myocardial infarction. *J Psychosom Res.* 2000; 49(4):229-38.
15. Pagano T, Matsutani LA, Ferreira EA, Marques AP, Pereira CA. Assessment for anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *Sao Paulo Med J.* 2004; 122 (6): 252-8.

16. Cully JA, Graham AP, Stanley MA, Ferguson CJ, Sharafkhaneh A, Soucek J, et al. Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease and comorbid anxiety or depression. *Psychosomatics*. 2006; 47 (4): 312-9.
17. Levenson JL, Hamer RM, Rossiter LF. Relation of psychopathology in general medical inpatients to use and cost of services. *Am J Psychiatry*. 1990; 147 (11): 1498-1503.
18. Fulop G. Anxiety disorders in the general hospital setting. *Psychiatr Med*. 1990; 8 (3): 187-95.
19. Horwarth E, Wolk SI, Goldstein RB, Wickramaratne P, Sobin C, Adams P, et al. Is the comorbidity between social phobia and panic disorder due to familial cotransmission or other factors?. *Arch Gen Psychiatry*. 1995; 52 (7): 574-82.
20. Coma A, Marti M, Fernandez E. Education and occupational social class: their relationship as indicators of socio-economic position to study social inequalities in health using health interview surveys. *Aten Primaria*. 2003; 32 (4): 208-15.
21. Ministerio de Sanidad y Consumo. Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión. Modificación Clínica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.
22. Zung W.W. A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*. 1971; 12(6): 371-379.
23. Lusilla MP, Sánchez A, Sanz C, López J. Validación estructural de la escala heteroevaluada de Zung. XXVIII Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría. 1990 Jun 27-30; Salamanca. *An Psiquiatr*. 1990; 6 (Supl 1): 67.
24. Lusilla Palacios MP. Psicometría de la ansiedad: un estudio comparativo de las escalas de ansiedad heteroevaluadas de Hamilton, Zung y AMDP-AT [Tesis Doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 1993.
25. Sidhu M, Berg, K, Endicott C, Santulli W, Salem D. The Patient Visits Program: a strategy to highlight patient satisfaction and refocus organizational culture. *Jt Comm J Qual Improv*. 2002; 28 (11): 605-13.
26. Hammer SV, Snorrason F, Langeland N. Interdisciplinary teams-better for both the patient and the staff. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2002 Mar 20; 122 (8):801-3.
27. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, Codony M, Dolz M, Alonso J. Grupo ESEMeD-España. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)*. 2006; 126(12): 445-451.
28. Danino AM, Sultan SD, Weber ID, Herve C, Malka G. Effect of information by images on patients' anxiety and comprehension before esthetic surgery on the abdominal wall: a prospective randomised trial with 60 patients. *Ann Chir Plast Esthet*. 2006; 51(6): 517-24.
29. Pujiula J, Suñer R, Puigdemont M, Grau A, Bertrán C, Hortal G, Baró N, García T, Algans LI, Estañol F, Sosa H, Mascort Z. La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial. *Enferm Clin*. 2006; 16:19-26.
30. Wolff JL, Agree EM. Depression among recipients of informal care: the effects of reciprocity, respect, and adequacy of support. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2004; 59(3):S173-80.
31. Brown E. Care recipients' psychological well-being: the role of sense of control and caregiver type. *Aging Ment Health*. 2007; Care recipients' psychological well-being: the role of sense of control and caregiver type. 11(4):405-14.
32. Wolff JL, Kasper JD. Informal caregiver characteristics and subsequent hospitalization outcomes among recipients of care. *Aging Clin Exp Res*. 2004; 16(4):307-13.
33. Toronjo Gómez A.M. Cuidador formal frente a cuidador informal. *Gerokomos*. 2001; 12(2):59-66.
34. Quero Rufián A. Los cuidadores familiares en el Hospital Ruiz de Alda de Granada [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 2007. Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/16683134.pdf>.
35. Garrosa Hernández, E; Moreno Jiménez, B; Rodríguez Carvajal, R; Morante Benadero, ME. Variables predictoras del Burnout en enfermería: importancia de los procesos emocionales de resistencia. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 2005; 51 (199): 5-13.
36. Atance Martínez, JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Publica*. 1997; 71(3): 293-303.
37. Kramer M. Tendencias que se observan en los hospitales magnéticos. *Nursing*. 1991; 9(4):45-8.
38. Vickie M, Moore, Sharkey K. Hospitales magnéticos. *Nursing*. 2002; 20(5):20-1.
39. Schmit-Pokorny K, Franco T, Frappier B, Vyhliadal RC. The Cooperative Care model: an innovati-

- ve approach to deliver blood and marrow stem cell transplant care. *Clin J Oncol Nurs*. 2003; 7(5): 509-14, 556.
40. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *Int J Qual Health Care*. 2002; 14:353-58.
 41. Carrillo de Albornoz, G; Olmos ruiz, M. Evaluación de resultados por el sistema de información y por el método de encuesta de las consultas por Unidad Medico-Enfermera (U.M.E). *Revista Centro de Salud*. 1997; 5(10):645-651.
 42. Antolí Sasot, J. La Enfermera de Referencia, su satisfacción laboral y la del paciente. *Enferm Clin* 1998; 8:71-76.