

Satisfacción con el cuidado de enfermería de pacientes con patologías crónicas de origen cardiovascular

Claudia Ariza Olarte

RESUMEN

Este estudio pretende conocer la satisfacción con el cuidado de enfermería con pacientes con patologías crónicas de origen cardiovascular del hospital San Ignacio. Es un estudio descriptivo de tipo cuantitativo en el cual se utiliza el instrumento Care Sat de la Dra. Patricia Larson, retoma 30 pacientes del servicio de medicina interna. Los resultados obtenidos, plantean conclusiones importantes para contribuir en la calidad del cuidado de enfermería a nivel hospitalario.

Palabras claves: cuidado de enfermería, satisfacción, calidad del cuidado, medición del cuidado, hospitalización.

ABSTRACT

The study pretends to know the patient level of satisfaction with the nursing care behavior of 30 patients with chronic pathologies of cardiovascular origin, in the Medical Surgical Unit at the San Ignacio Hospital in Bogota, Colombia. It is a descriptive, quantitative study, in which the Larson Care Sat tool was applied. Its results gave important lights for improving the quality of nursing care at the hospital level.

Key words: Nursing care, patient satisfaction, quality of care, measurement of care, hospitalization.

I. MARCO REFERENCIAL

1. Contexto del estudio: El Hospital Universitario de San Ignacio es una institución en la que se brinda atención en todas las áreas: Urgencias, Cirugía, Medicina Interna, Gineco-Obstetricia y Pediatría. Además cuenta con otros servicios como laboratorio clínico, banco de sangre, radiología, entre otros. Tiene una infraestructura moderna y completa con la que se pretende garantizar la calidad de la atención que se brinda. Cuenta también con subespecialidades tales como Cardiología, Neurología, Nefrología, Neumología, Urología, Oftalmología, entre otras. Según las estadísticas del DANE a pesar de la violencia que se vive en el país, la causa de morbi-mortalidad que continúa ocupando los primeros lugares está representada por las enfermedades cardiovasculares, dato que se corrobora con las estadísticas registradas en el servicio de medicina interna de esta institución.

El servicio de Medicina Interna se caracteriza por tener 50 camas, las cuales tienen un índice ocupacional del 100% y la incidencia de pacientes con enfermedades crónicas de origen cardiovascular ocupa un lugar importante dentro de este porcentaje. El servicio funciona con un médico docente encargado, residentes de las diferentes áreas y el personal de enfermería. Es importante resaltar las funciones y actividades que tiene bajo su responsabilidad la enfermera profesional en este servicio, no solo de tipo administrativo, sino también asistencial, investigativo y docente. Sin embargo hay que resaltar que el desarrollo de estas funciones y actividades debe conducir a un objetivo común que no es más que brindar atención al paciente hospitalizado allí.

Pero esta atención no debe limitarse a cumplir una serie de órdenes relacionadas con el tratamiento que el paciente recibe, normas, reglamentos, sino que la prioridad debe estar enfocado hacia el

logro de la satisfacción óptima de todos los problemas reales y/o potenciales que el paciente presente y estos problemas contemplan no solo el aspecto físico sino también el aspecto emocional, el afectivo y el espiritual.

2. Surgimiento del estudio: Soy enfermera desde hace más de 15 años. Mi desempeño profesional se ha dado tanto en el área clínica como en la docencia. Sin embargo, tanto en un área como en la otra, siempre ha estado relacionado con los pacientes cardiopatas, bien sea con los que reciben tratamiento médico para su patología, como con los que por el contrario reciben tratamiento quirúrgico. A través del tiempo me he podido dar cuenta de que estos pacientes en general se caracterizan porque, a pesar de las limitaciones y cambios en el estilo de vida que su patología implica, con un proceso de orientación, educación y apoyo, lograr aceptar la nueva situación y hacerse partícipes de su cuidado. Desde hace un tiempo el concepto de calidad ha hecho su aparición y con él la importancia de hacer su evaluación; las instituciones de salud no han estado ajenas a ello. A. Donabedian ha hecho muchos estudios al respecto y ha propuesto que para la evaluación de la calidad hay necesidad de tener en cuenta tres criterios: estructura, proceso e impacto. A través de los estudios realizados se ha visto que uno de los indicadores objetivos para evaluar el impacto, que no es más que el resultado obtenido con la realización de los procesos, es el grado de satisfacción. Los determinantes más importantes de la satisfacción del paciente son los aspectos técnicos e interpersonales de los cuidados que los profesionales de la salud prestan. La mayoría de los cuestionarios de satisfacción cubren ítems al respecto, ya sean cuestionarios sumativos o no sumativos. Existen estudios que han indicado que la satisfacción con los cuidados de enfermería es el mejor predictor de la satisfacción con la hospitalización. De este planteamiento surge la inquietud por determinar el grado de satisfacción con el cuidado de enfermería de los pacientes con patologías crónicas de origen cardiovascular, hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital de tercer nivel en la ciudad de Bogotá, teniendo en cuenta que ésta contribuye de una forma importante en el proceso de adaptación que este tipo de pacientes debe realizar, con su cambio en el estilo de vida.

3. PROBLEMA: Cuál es el grado de satisfacción con el cuidado de Enfermería de los pacientes con patologías crónicas de origen cardiovascular, hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital de tercer nivel en Bogotá?

4. OBJETIVO GENERAL Determinar el grado de satisfacción con el cuidado de enfermería en los pacientes con patologías crónicas de origen cardiovascular hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital de tercer nivel en Bogotá.

5. Objetivos Específicos:

§Caracterizar la población objeto de estudio por las variables de persona (edad, sexo y escolaridad).

§Medir el grado de satisfacción de los pacientes de forma objetiva.

§Clasificar la satisfacción de los pacientes en términos de accesibilidad, explicación y facilitación, confort, anticipación, mantenimiento de una relación de confianza y monitoreo y seguimiento.

§Determinar la relación entre la satisfacción y las características personales de la población en estudio.

6. DEFINICIÓN OPERATIVA DE CONCEPTOS

Grado de Satisfacción: Este estudio se acoge al concepto de Plazas que lo establece como “el grado de conformidad del paciente con los aspectos técnicos e interpersonales de los cuidados profesionales que le presta Enfermería”, siendo este cuidado categorizado en forma objetiva en los siguientes términos:

Accesibilidad: Hace alusión a comportamientos de cuidado administrados de forma oportuna y son esenciales en la relación de apoyo y ayuda como son acercarse al paciente dedicándole tiempo disponible.

Explica y facilita: Se refiere a los cuidados que hace la enfermera para dar a conocer aspectos que para el paciente son desconocidos o difíciles de entender en relación con su enfermedad, tratamiento o recuperación, brindándole la información requerida en forma clara, haciendo fácil o posible la ejecución de los cuidados para su bienestar o recuperación.

Conforta: Se refiere a los cuidados que ofrece la enfermera con el fin de que el paciente hospitalizado en el servicio de medicina interna se sienta cómodo infundiéndole ánimo y vigor al paciente, a su familia y a sus allegados, en un entorno que favorezca el bienestar.

Se anticipa: Son los cuidados que las enfermeras planean con anterioridad teniendo en cuenta las necesidades del paciente con el fin de prevenir complicaciones.

Mantiene relación de confianza: Son los cuidados que ofrece la enfermera para que el paciente hospitalizado en medicina interna tenga esperanza firme en ella y en que los cuidados ofrecidos van dirigidos en pro de su recuperación, haciéndolo sentir como persona única, confiada, sereno y seguro; tienen que ver con la cercanía y la presencia física del personal de enfermería hacia el paciente.

Monitorea y hace seguimiento: Se refiere a los cuidados de enfermería que implican un conocimiento propio de cada paciente y dominio de lo científico-técnico y de los procedimientos que realiza para su recuperación. Incluye los comportamientos que ella hace para enseñar a su grupo de enfermería la forma como se deben realizar dichos procedimientos, observando y valorando que todo se haga bien y a tiempo.

Cuidado de Enfermería: Conjunto de acciones fundadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo científico-técnico, orientadas a comprender y a ayudar al otro en el entorno que se desenvuelve.

Pacientes con patología crónica de origen cardiovascular: Todo paciente al que se le haya hecho un diagnóstico médico definitivo cuya causa haya sido una alteración del sistema cardiovascular.

Servicio de Medicina Interna: Servicio de hospitalización en donde se brinda atención a aquellos pacientes a los que se les ha hecho un diagnóstico médico, se encuentran en estudio y/o recibiendo tratamiento a causa de una enfermedad aguda y/o crónica.

Hospital de Tercer Nivel: Institución docente-asistencial caracterizada por la presencia de alta tecnología y atención especializada, cuya misión es proporcionar asistencia a nivel preventivo, curativo y de rehabilitación.

7. **PROPÓSITO:** Este estudio constituye una propuesta inicial para la búsqueda de la calidad del cuidado de enfermería que se brinda a nivel hospitalario.

8. **JUSTIFICACIÓN:** El cuidado no ha podido ser definido totalmente a través del tiempo y de los múltiples estudios de teoristas e incluso filósofos, que han querido trabajar sobre él.

Para algunas teoristas el cuidado puede traducirse en “preocupación”, para otros autores como “curación”. Estos dos vocablos tienen su raíz en la misma existencia de la persona humana, por ello el cuidado no debe reducirse a un impulso, a un querer o a una vivencia. El verdadero significado se halla en la anticipación de sí mismo, a lo que se necesita para poder ser, para luego poder ser proyectado, de igual manera, por sí mismo.

Es desde este punto de vista que el cuidado se convierte en la esencia de la enfermería con el fin de brindar al paciente el bienestar que necesita a través de la interrelación que se establezca con él y su familia.

Para que este servicio sea de calidad la enfermera debe tener en cuenta su preparación, sus conocimientos, no solamente desde el punto de vista científico sino también desde las dimensiones del hombre, sus costumbres, cultura, creencias religiosas, las cuales en un momento determinado enmarcarán el cuidado que éste requiera. Por esta razón el estudio y la investigación que deben acompañar no solo a la enfermera, sino a todo el personal que conforma su equipo de trabajo, proporcionan herramientas que la conducen al conocimiento científico, moral y humano para ofrecer un cuidado dirigido no solo al aspecto físico, sino también a otras dimensiones, las cuales tratadas en conjunto conducen al cuidado de la dignidad humana.

El cuidado de enfermería debe girar alrededor de virtudes como la honestidad, la alegría, la sinceridad, la paciencia, basadas en un gran espíritu de servicio y amor, no solo a la profesión sino al hecho de brindar un cuidado de calidad, dando lo necesario en el momento oportuno para así

asegurar su bienestar. Esto es percibido por el paciente a través de la confianza, la esperanza, el coraje, la experiencia de vida y la relación que se logre establecer con la enfermera que lo atiende, de la misma forma el paciente es capaz de valorar y reconocer el servicio que está recibiendo.

Desde este enfoque la percepción que el paciente tenga sobre el cuidado de enfermería que recibe, es importante para retroalimentar no solamente la profesión sino también el servicio que cada una de las instituciones de salud ofrece a las personas; y ella está relacionada con el grado de satisfacción que tenga.

El paciente cardiovascular aparentemente parece ser una persona normal, manifiesta sentirse bien y no presentar ningún tipo de alteración. Estas características lo hacen especial y exigen que conociéndolas, el cuidado de enfermería se base no solamente en realizar una serie de acciones especializadas, sino además en el establecimiento de una relación estrecha que facilite crear un ambiente de confianza en el que el paciente exprese sus dudas, inquietudes, temores, comunes en este tipo de pacientes, para atender no solo su aspecto físico sino también el emocional, el espiritual y sobre todo para poder brindar herramientas que de una u otra forma contribuyan a que el proceso de adoptar cambios en el estilo de vida sea agradable tanto para el paciente como para su familia.

Teniendo en cuenta estos aspectos, conocer el grado de satisfacción de los pacientes cardiovasculares con el cuidado de enfermería, es importante para mejorar la calidad de la atención, lo cual repercutiría no solo en el bienestar del paciente sino también en el mejoramiento continuo de la profesión y de las instituciones.

No se encontraron estudios recientes en el Hospital Universitario de San Ignacio sobre satisfacción de los pacientes con el cuidado. Estudios similares se realizaron en el hospital de La Victoria, la Clínica del Niño y Santa Clara y permitieron establecer pautas de acción para enfermería. Esta propuesta es novedosa puesto que permitirá conocer uno de los criterios a tener en cuenta para poder evaluar la calidad de la atención como es el impacto o resultado obtenido con la atención brindada.

II. MARCO TEORICO: Una disciplina se distingue por un dominio de indagación que representa una creencia compartida por sus miembros y que se relaciona con su “razón de ser”.

Una disciplina profesional se define por su relevancia social y por la orientación de sus valores. Su núcleo se deriva de un sistema de creencias y valores acerca del compromiso social de la profesión, la naturaleza de los servicios y el área de responsabilidad en el desarrollo de su propio conocimiento.

El conocimiento dentro de una disciplina, puede provenir desde diferentes perspectivas filosóficas y científicas. Desde este punto de vista el núcleo de una disciplina puede considerarse como un paradigma libre.

El núcleo de enfermería, como disciplina profesional, se ha centrado actualmente en dos conceptos: salud y cuidado. La salud ha sido proclamada como pieza central del conocimiento de enfermería desde Florence Nightingale y se ha discutido a través de las teoristas de enfermería y de investigadores. El concepto de cuidar ha sido pregonado como la esencia de enfermería.

Cuidar se ha unido con el concepto de salud. Leininger dice que “cuidar” es la expansión de la salud y el bienestar. Watson combina el cuidado y la curación en una conexión causal y se refiere de forma repetitiva al “cuidar-sanar”. Benner con sus principios especifica el vínculo de la salud de los seres humanos y propone el cuidado y la salud y el bienestar en forma específica.

En enfermería salud significa salud humana, la experiencia de la salud humana. Newman, Sime y col. definen que el núcleo de una disciplina profesional es un área definida por el compromiso social y de servicio de la profesión. Para enfermería el núcleo es el estudio del cuidado de las experiencias de salud de los seres humanos. (15)

Es así entonces como para analizar el cuidado en la asistencia de enfermería es necesario contextualizarlo a través de la propia práctica de la enfermería y de la historia de la humanidad,

como también es importante discutir su origen y las características de las personas o agentes que realizan el trabajo de enfermería en el conjunto de las prácticas de prestación de servicios de salud.

Colliere (1989) considera la práctica de los cuidados como la más antigua del mundo. Plantea que el fundamento de todos los cuidados ha estado vinculado históricamente con el conjunto de funciones desarrolladas para mantener la vida de los seres vivos, permitir su reproducción y la perpetuación del grupo. Este conjunto de actos de vida ha dado lugar a prácticas cotidianas de alimentación, vestido, vivienda, sexualidad, que a su vez se constituyen en costumbres y a partir de dichas prácticas se han ido desarrollando conocimientos que han dado origen a formas de “saber hacer” o de “saber usar”, creándose un patrimonio cultural de ritos y creencias en los distintos grupos humanos, en cuyo seno se ha definido qué asuntos correspondían a los hombres y cuales a las mujeres.

Waldo (1985) dice “el cuidado humano sin duda está imbuido en valores, los cuales independientemente del enfoque priorizan la paz, la libertad, el respeto y el amor entre otros aspectos”. Ella pasa de un abordaje filosófico inicial a un imperativo ético y moral.

Foucault (1978) dice “la historia del cuidado en occidente surge de la realidad de dos clases distintas que no se superponen, que algunas veces se encuentran, pero que diferían fundamentalmente a saber: la médica y la hospitalar ... el personal hospitalar no estaba destinado a cuidar al enfermo, más sí a conseguir su salvación”.

Se percibe que a lo largo de la historia existe una constante asociación entre la religión, la medicina y la enfermería. En la actualidad se han descrito dos hipótesis. La primera ha sido relacionada con la falta de identidad de la enfermería; la segunda se relaciona con la definición del objeto de estudio para la construcción del cuerpo de conocimientos específicos de la enfermería, tratando de instrumentarla para la realización de su práctica legítima y reproductiva mediante la enseñanza de dicha práctica.

Ferreira-Santos (1973) constataron estudiando la práctica de enfermería en el hospital-escuela, que la enfermera consciente de su estatus y elevado nivel de instrucción, no brindaba cuidado directo a los pacientes delegándolo en otros miembros menos preparados del equipo de salud.

Almeida y Rocha (1989) afirman que el cuidado no ha sido ejercido en toda su extensión por la enfermera, quien todavía no ha conquistado el espacio para realizarlo totalmente y perdió esta dimensión al asumir la administración del trabajo de enfermería.

Nakamae (1987) “el dilema que la enfermería viene viviendo en estos últimos años entre prestar el cuidado al paciente y las funciones de jefe y supervisora, han generado profundas discusiones sobre la profesión y la formación de las enfermeras. Dile que tiene sus raíces en la sistematización de conocimiento donde la teoría y la práctica se disocian, donde las técnicas predominan encubriendo el distanciamiento entre ambas”.

A partir de la segunda mitad del siglo XX las enfermeras norteamericanas han desarrollado teorías y estudios sobre el cuidado. Ellas parten de un abordaje teórico y exploratorio del cuidado y de dicha conceptualización pasa a la práctica, a la investigación y a la enseñanza.

Los trabajos de Leininger y Watson son citados por autores como Patricio, Waldow, Bohes y Silva. Ellas enfocan el cuidado en teorías, identificando constructores de cuidado y distinguiendo entre cuidado genérico y cuidado de enfermería.

Watson formula la teoría interpersonal del cuidado basada en la filosofía y ciencia del cuidado de enfermería dirigida por valores humanos, morales e ideales. Ella afirma que la atención permanente pretende preservar la dignidad humana, y ha llegado a convertirse en un estándar por medio del cual la cura es medible. El cuidado abarca una dimensión metafísica, puede convertirse en un ideal moral, en un “fin en sí mismo” (Watson, 1988). La conciencia de que la atención ayuda en la curación se expresa cuando la persona atendida empieza a tener en cuenta al enfermo. Esta toma de conciencia se da en cualquier momento del proceso y de esta forma se genera una interconexión

entre quien atiende y la persona atendida. (21)

Leininger (1980) dice que el cuidado se compone de actos y procesos humanos relacionados con la ayuda de los demás: en ellos los unos encuentran las carencias de los otros; afirma que el significado y los aspectos prácticos del cuidado en el ámbito de la enfermería no están tratados con claridad e invita a las enfermeras a investigar los factores culturales específicos que esa actividad refleja en diversas sociedades. (21)

Algunas teoristas han incluido las percepciones de pacientes y enfermeras acerca de los cuidados que ofrecen. Esto con el sentido de orientar los cuidados hacia los pacientes y tomar sus puntos de vista, conocimientos y prácticas como base para tomar decisiones y aplicar acciones profesionales culturalmente congruentes.

Otros autores han precisado las acciones que los pacientes identifican como cuidado. Larson estudió las conductas de las enfermeras en procesos de cuidado con base en el instrumento de Valoración del Cuidado o Caring Q (Atención-Q). El Caring-Q ha sido empleado para tratar aspectos de la enfermería tales como actos, conductas y maneras propios de las enfermeras profesionales que brindan atención y que hacen que el paciente se sienta atendido. Las tareas mencionadas por las enfermeras fueron escuchar al paciente, tocarlo cuando sea necesario para que esté cómodo, dar al paciente la libertad de expresar lo que siente, tratar de conocer al paciente como individuo, darle prioridad, conversar con él, velar porque los pacientes se conozcan lo mejor posible a sí mismos, percibir sus carencias, acudir rápidamente a su llamado y ofrecerles un cuidado físico óptimo. (15)

Riemen (1986) en un estudio fenomenológico definió la atención como la interacción entre una enfermera y su cliente. Encontró que para las pacientes mujeres consideraron los siguientes aspectos como los más relevantes: la escucha, la consideración de la singularidad del paciente, la receptividad y el apoyo en los asuntos del paciente, la asistencia permanente, la capacidad para manifestar actitudes y desplegar conductas que hagan sentir al paciente valorado como un ser humano y no como un objeto inanimado o una cosa para mostrar, la asistencia voluntaria al paciente sin ser llamado, el interés sincero por brindar comodidad y relax, el uso de una voz gentil y suave, la capacidad para provocar la sensación de seguridad, la capacidad para generar en el paciente la voluntad de cooperar en su recuperación. Para los pacientes masculinos los puntos importantes son la asistencia constante que lo haga sentir como persona, el retorno voluntario al paciente sin ser llamado, capacidad para generar en el paciente sensaciones de comodidad, relax y seguridad; el interés por la comodidad y las necesidades del paciente antes de ir a las rutinas y una actitud siempre amable, suave, agradable y cortés.

Brown grabó la opinión de pacientes hospitalizados sobre lo que siente mientras se está al cuidado de una enfermera y pudo identificar 8 temas de cuidado: sentimiento de seguridad y confianza del paciente, la información constante, la competencia profesional, la asistencia en las molestias, las charlas durante un tiempo más largo que el requerido, la asistencia con autonomía, el reconocer cualidades y necesidades individuales y el mantener al paciente en constante vigilancia. (21)

Mayer (1986) reseñó las percepciones que los pacientes de cáncer y sus familias tenían a propósito de la atención ofrecida por las enfermeras y las tareas privilegiadas fueron el manejo de equipo y el suministro de inyecciones, el saludo con agrado, instar al paciente a que llame cada vez que tenga problemas, dar prioridad al paciente y la anticipación de que las primeras experiencias son más duras. Además caracterizó las percepciones de 10 conductas consideradas más útiles para el cuidado: ser honesto, dar explicaciones claras, mantener informados a los miembros de la familia, tratar siempre de dar comodidad al paciente, mostrar interés en responder a las preguntas, dar el cuidado necesario en caso de emergencia, asegurar al paciente que los servicios de enfermería estarán disponibles 24 horas al día, 7 días de la semana; contestar honesta y abiertamente a las preguntas de los familiares, dejar que los pacientes hagan por sí mismos lo más que puedan, enseñar a la familia la manera correcta de mantener cómo al paciente. (21)

Wolf realizó un estudio para precisar palabras y frases registras por las enfermeras y que se consideraban como representativas en el cuidado. El estudio estableció la validez del inventario de conductas frente al cuidado por medio de la conexión de times relativos tanto a la literatura de

enfermería como a la literatura general sobre el cuidado desde el punto de vista social, psicológico y filosófico. Los participantes situaron en primer lugar las siguientes palabras y frases: escuchar atentamente, comodidad, honestidad, paciencia, responsabilidad, dar información para la toma de decisiones, tacto, sensibilidad, respeto, llamar al paciente por su nombre e individualidad. (21)

Actualmente la enfermería considera el cuidado como el foco y la expresión esencial de su práctica, pero todavía realiza tareas relacionadas con la prestación del cuidado directo, actividades administrativas, demandas del mercado, relaciones oferta-demanda y satisfacción del cliente.

El concepto de cuidado no ha sido definitivo ni exhaustivamente explorado, las principales conceptualizaciones de cuidado son:

1. Un rasgo esencial del ser humano teniendo en cuenta el cuidado como parte de la naturaleza humana y necesario para la supervivencia. Para entender esto es necesario considerar las personas como cuidadores de sí mismos.
2. Un imperativo moral considerando la enfermería como cuidado. Mayeroff afirma que el compromiso es esencial en el cuidado, las obligaciones que se derivan forman parte del cuidado, por tanto las obligaciones morales nacen del compromiso. El valor del cuidado está en permitir a la enfermera identificar las acciones apropiadas. El cuidado busca realzar la condición humana.
3. Un afecto ya que el cuidar ha sido descrito por algunos autores como una emoción, como un sentimiento de compasión y empatía por el paciente, quien motiva a la enfermera a suministrarle cuidado.
4. Una interacción interpersonal teniendo en cuenta que el cuidado es una oportunidad de dar y recibir ayuda.
5. Una interacción terapéutica considerando al paciente con necesidades que la enfermera puede satisfacer; el cuidado como interacción terapéutica genera un cambio positivo, para lo cual la enfermera necesita competencias y habilidades para ofrecer cuidado. (6)

Mayeroff afirma que el cuidado debe tener ingredientes como conocimiento y conocer; ritmo cambiante, es decir, tener en cuenta que las personas tienen momentos buenos y malos, es reconocer lo más importante del otro en un momento determinado; paciencia; honestidad; confianza; humildad; esperanza de un mejor futuro y coraje; considera estos aspectos como ingredientes del cuidado útiles para ayudar a las enfermeras a desarrollar una conciencia siempre presente del ser como persona cuidadora. Entender el significado de vivir el cuidado en la propia vida es una base importante para practicar la enfermería como cuidado. (14)

Muchas enfermeras han sido entrenadas para pasar de alto su forma de cuidar y no prestar atención a esto, muchas veces las enfermeras necesitan de alguna sensibilización o entrenamiento que las sensibilice para redescubrir y retomar las posibilidades del ser como persona cuidadora, posibilidades específicas de la enfermería como disciplina y profesión.

El compromiso de la enfermera que practica la enfermería como cuidado es nutrir a las personas que viven y crecen como cuidadoras lo cual implica que la enfermera conozca como cuidadoras en el momento. La teoría de enfermería como cuidado llama a que la enfermera busque en lo profundo de una base de conocimiento bien desarrollado que haya sido estructurada utilizando todos los patrones de conocimiento disponibles, fundamentados en la obligación inherente al compromiso de conocer a las personas como cuidadoras. El cuidado que es la enfermería no puede ser expresado como una instancia impersonal, de bienestar sino que debe ser expresado en forma de conocimiento, es decir, el cuidado de enfermería debe ser una experiencia vivida, comunicada, intencionalmente y en presencia de una conexión persona a persona, en un sentido de unidad entre el ser y el otro ser.

Esto manifiesta la importancia de realizar investigaciones orientadas a conocer el pensamiento, la percepción o el sentir del paciente con respecto al cuidado de enfermería, como punto de encuentro para establecer una interacción real entre enfermera-paciente y como centro de atención para el cuidado; esto teniendo en cuenta que la percepción de los comportamientos de cuidado influyen en la satisfacción del paciente.

Patricia Larson dice que “para determinar el efecto del cuidado las enfermeras necesitan enfocarse al que lo recibe: el paciente”. En el mundo práctico de la enfermería esto se logra midiendo la satisfacción del paciente con el cuidado que ellos experimentan principalmente por parte de las enfermeras durante su hospitalización, en este caso, aquellos pacientes que presentan enfermedades crónicas de origen cardiovascular, razón por la cual requieren de hospitalizaciones frecuentes, y en algunos casos, prolongadas.

El estudio de este aspecto brinda a las enfermeras la oportunidad de examinar cuidadosamente el efecto que tiene su práctica en el paciente. La medida de la satisfacción del paciente en relación con su experiencia con el cuidado de enfermería requiere productos medibles que incorporen las dimensiones esenciales del cuidado.

Estudios realizados se han enfocado en la percepción de las enfermeras de lo que constituye el cuidado para el paciente, las percepciones de los pacientes acerca de lo que es importante para que se sientan cuidados y la comparación de las percepciones de pacientes y enfermeras de lo que constituye un comportamiento de cuidado importante de la enfermera.

Los estudios sobre satisfacción del paciente se realizan por muchas razones y con variedad en la aproximación. Unos estudios miden la percepción de los pacientes sobre todos los servicios, mientras que otros solo se refieren a un aspecto de la experiencia de cuidado de la salud del paciente, pero la mayoría incluyen la satisfacción del paciente con su cuidado de enfermería. (9)

Los estudios que se han encargado de la satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería han tratado estilos de enfermería, congruencia o incongruencia con el cuidado anticipado, acuerdo con las enfermeras que brindan el cuidado y la calidad que se percibe del cuidado (Courts, 1988; Fwerrans, 1988; Hinshaw & Atwood, 1982; La Monica, Oberst, Madea & Wolf, 1986; Oberst, 1984; Risser, 1975; Ventura, Fox, Corley & Mercurio, 1982). Sin embargo estos estudios tienen una perspectiva más amplia y obtienen no solo las percepciones de los pacientes sobre el cuidado de enfermería sino que miden otros aspectos del cuidado de su salud tales como las interacciones con los médicos y la calidad de otros servicios. Muchos estudios de enfermería se han generado desde una perspectiva clínica. El estudio La Monica y col (1986) indicó que los items de su instrumento se derivaron empíricamente. Otros estudios han utilizado el cuestionario de satisfacción del paciente de Risser (Risser, 1975) como medida básica de la satisfacción del paciente. Este instrumento fue diseñado para medir la satisfacción del paciente con enfermeras de primeros auxilios y el cuidado de enfermería en un sistema de pacientes externos con base en las dimensiones de posibilidades técnico-profesionales, confianza y relaciones educativas. La preocupación de Risser fue que las subescalas técnico-profesional, relación de confianza y relación educativa fueron concordantes o similares. En esta observación estuvieron de acuerdo otros estudios en los que se utilizó también el instrumento de Risser. (9)

Larson midió la satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería, utilizando un instrumento de medición de satisfacción empíricamente derivado, Cuestionario de Satisfacción del Cuidado (CARE/SATISFACCIÓN). Los resultados del estudio apoyan la confiabilidad y validez del cuestionario del CARE/SAT. Este instrumento desarrollado y perfeccionado en una serie de estudios de investigación, ofrece una medida de satisfacción del paciente basada en la premisa teórica del cuidado del nivel comportamental de la práctica de Enfermería. Por otra parte encontró que los pacientes próximos a ser dados de alta pudieron responder el instrumento en forma objetiva. Este estudio consta de 4 fases. (9)

La fase I se enfocó a identificar los comportamientos de enfermería que denotan el cuidado para las enfermeras y para los pacientes; se identificaron 69 comportamientos los cuales fueron sometidos luego a dos paneles uno compuesto por enfermeras y otro por pacientes quedando reducidos a 50 comportamientos los cuales fueron categorizados en 6 aspectos del cuidado: accesibilidad, anticipación, confort, relación de confianza, explica y facilita y monitorea y hace seguimiento.

En la fase II, utilizando los comportamientos de cuidado identificados y perfeccionados en la fase I, se creó el instrumento de medición del Cuidado (CARE/Q), diseñado para medir las percepciones de comportamientos importantes en el cuidado de enfermería.

La fase III consistió en la comprobación original del CARE-Q en pacientes de cáncer y las enfermeras responsables de su cuidado. Esta fase estuvo seguida de una serie de estudios de réplica por parte de distintos autores. El resultado de estos estudios indicó que había diferencias en la clasificación por importancia entre los prestadores del cuidado y los receptores de los mismos.

Aunque todos los ítems del CARE-Q representan el campo comportamental del cuidado y las categorizaciones teóricas son representaciones razonables de las dimensiones principales del comportamiento del cuidado de enfermería, cabía la posibilidad de que hubiera duplicación de los comportamientos. Desde el punto de vista clínico, era un reto para los pacientes y las enfermeras responder 50 ítems, por lo cual fue reducido a 29 ítems.

En la fase IV se rebautizó el instrumento como Cuestionario de Satisfacción del Cuidado (CARE/SATISFACCIÓN).

Los pacientes dan respuesta a cada ítem del CARE/SAT marcando con una X sobre la línea de 100 centímetros, adyacente a la formulación del ítem, para indicar en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo en que experimentan esa acción específica o actitud de enfermería durante su permanencia en el hospital. En esta prueba, los pacientes gastaron por lo general menos de 45 minutos para completar el cuestionario. Para el resultado del CARE/SAT se suman las respuestas individuales (0: máximo desacuerdo a 10: máximo acuerdo).

Los resultados del estudio apoyan la confiabilidad y validez del Cuestionario Care/Sat. Este instrumento ofrece una medida de la satisfacción del paciente basada en la premisa teórica del cuidado a nivel comportamental de la práctica de enfermería. (9)

García y col en la universidad de Alicante realizaron un estudio descriptivo de la satisfacción del paciente con la hospitalización y los cuidados de enfermería, y de validación de diversas escalas de satisfacción. Las variables medidas han sido dos escalas de satisfacción general, una de satisfacción específica con los cuidados de enfermería y un conjunto de variables entre las que se incluyen expectativas, estados de ánimo y salud, etc. Los grados de satisfacción encontrados oscilaron entre moderados y altos. Las escalas de satisfacción son aceptablemente fiables y la validez es razonablemente buena con relación a lo usual entre este tipo de escalas. (2)

Fornell explica que en general más del 80% de los usuarios, clientes y pacientes se encuentran satisfechos y considera que se debe a las relaciones flexibles entre la oferta y la demanda en las sociedades de mercado libre.

Williams y Calnan en una muestra comunitaria británica encontraron que un 95% de los encuestados está satisfecho con la atención recibida en el hospital.

Meterko y Col, con más de 1400 personas recién salidas de diferentes hospitales americanos obtuvieron una media de 72.5 sobre un arco escalar entre 1 y 100, para todos los sujetos y todas las escalas.

Cleary y col con una muestra de 6455 pacientes de 62 hospitales de USA encontraron que el 80% refirió que el cuidado recibido fue excelente o muy bueno. Pound y col, en pacientes con accidente cerebro vascular, obtuvieron un resultado del 76% de satisfacción con la atención recibida.

Los determinantes más importantes de la satisfacción del paciente son los aspectos técnicos e interpersonales de los cuidados que los profesionales de salud prestan. La mayoría de los cuestionarios de satisfacción cubren ítems al respecto, ya sean cuestionarios sumativos o no sumativos, pero cuando el objetivo es estudiar específicamente la satisfacción con la actitud profesional, la literatura muestra estudios centrados en su mayoría en el profesional de medicina. Es importante resaltar que estudios recientes vuelven a indicar que la satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería es el mejor predictor de la satisfacción con la hospitalización. (2)

Además de los instrumentos de Larson (Care-Q y Care/Satisfacción) existen otros instrumentos como son:

La CAS (Escala de atribución de cuidados) elaborada por Nyberg. Fue elaborada con base en los atributos de cuidados destacados en la literatura. Se califica utilizando una escala de Likert para medir el acuerdo o desacuerdo con cada ítem sobre una escala de 1 a 5, siendo 1 el comportamiento más común en la práctica. Cuenta con 4 sets: una escala ideal, una escala real, una escala de cuidados para el supervisor y una escala de 5 años. El participante se le enseñó a completar cada escala con base en los atributos percibido como ideales, los efectivamente utilizados en la práctica, la percepción de comportamientos de cuidados por el supervisor y donde el cuidado se pudiera dar en 5 años.

CAT (Herramienta de Comprobación de Cuidados) desarrollada por Duffy con base en la teoría de Watson. Consta de 100 ítems que describen actividades de enfermería que se presentan en un hospital, 20 de las cuales están expresadas negativamente. Las respuestas se registran en una escala de Likert entre 1 (nunca) y 5 (siempre) con base en la frecuencia que cada participante pensaba que se presentaba.

CBI (Inventario de Comportamientos de cuidados) fue desarrollado por Wolf con base en los comportamientos de cuidados que se derivan de la literatura.

Andrews y col (10) revisaron estas 5 herramientas, diseñadas para definir lo que los pacientes y las enfermeras entienden por comportamientos de cuidados y comparan los resultados de las 5 utilizando la muestra correspondiente de 26 enfermeras registradas. El estudio contempló: la escala de Larson Care-Q, el cuestionario Care/satisfacción de Larson; la CAS de Nyberg; el CAT de Duffy y el CBI de Wolf.

Se recolectó información sobre el tiempo transcurrido, las características demográficas y cómo fueron comparados los resultados con una investigación anterior que utilizaba los mismos instrumentos. El Care-Q de Larson dio resultados semejantes a los ya descritos por la literatura, los problemas incluyeron un formato de oportunidad forzada, dificultad con las instrucciones y mayor tiempo para completarse. El cuestionario Care/Sat resultó difícil de analizar, contenía ítems de expresión negativa, pero requirió menor tiempo para ser contestada. Por esta razón para efectos de esta investigación, este Cuestionario Care/Sat fue modificado; la modificación consistió en enunciar en forma positiva todos aquellos ítems que en el instrumento original estaban enuncados en forma negativa. La CAS de Nyberg fue diseñada para uso de las enfermeras y sería difícil utilizarlo con pacientes. El CAT de Duffy contenía ítems expresados en forma negativa. El CBI de Wolf mostró resultados parecidos a los descritos en la literatura, tenía lenguaje consistente, se requería de corto tiempo para completarlo, las instrucciones fueron de fácil comprensión y los resultados fáciles de analizar. La conclusión de este estudio fue que la Care-Q de Larson y la CBI de Wolf son herramientas valiosas para determinar las percepciones del cuidado de los pacientes y de las enfermeras. (10)

Jakobsson-L y col realizaron un estudio sobre las necesidades de cuidado satisfechas y por satisfacer en hombres con cáncer de próstata. Se entrevistaron hombres con cáncer de próstata acerca de sus experiencias de necesidades satisfechas y por satisfacer por parte de los profesionales de la salud. Se midió también su percepción de la calidad de vida y el sentido de coherencia. El análisis reveló a los pacientes como receptores activos o pasivos del cuidado. Los receptores pasivos expresaron explícita e implícitamente las necesidades insatisfechas, expresaron su satisfacción con el cuidado de enfermería, al mismo tiempo que se contradecían refiriéndose a sus necesidades como sin importancia. Los receptores activos hablaron con el equipo acerca de sus necesidades y no hablaron de necesidades insatisfechas. Esto sugiere que las enfermeras necesitan darse cuenta y tener oídos sensibles a los matices de las manifestaciones e investigar activamente las necesidades de los pacientes. Las áreas más importantes fueron brindar soluciones a los problemas físicos, incluida la información y la búsqueda por aumentar la confianza en el equipo y en su disponibilidad.

Owens y Batchelor estudiaron sobre las experiencias de los pacientes ancianos del servicio de enfermería del Distrito y su satisfacción. Los resultados reportaron que la capacidad de los usuarios o su voluntad de evaluar los servicios de cuidado de la salud no puede tenerse como garantizada; los pacientes pueden tener pocas expectativas sobre las cuales basar la evaluación del cuidado que

reciben; el sentido de dependencia que tienen los pacientes de los proveedores del servicio puede causar impacto sobre las expresiones de satisfacción y finalmente, hay que tener en cuenta la distinta naturaleza de las relaciones que surgen entre los pacientes y los prestadores del servicio.

Hall-DS estudió las interacciones entre enfermeras y pacientes en cuanto a ventiladores; se encontraron correlaciones significativas entre la percepción de la enfermera del grado de respuesta del paciente y el número de interacciones positivas y negativas con el paciente, y entre el tiempo en que las enfermeras cuidaban del paciente y el número de reacciones positivas de la enfermera.

Concluyeron que las percepciones de la enfermera sobre la capacidad de respuesta del paciente y la cantidad de tiempo en que las enfermeras cuidaban del paciente, influirían en las interacciones enfermera-paciente. Los modelos de interacción sugieren que las enfermeras gastan más tiempo dando información a los pacientes que las enfermeras consideran importante, más que midiendo o respondiendo a las necesidades del paciente.

Simpson y col estudiaron las percepciones de los pacientes acerca de factores ambientales que perturban el sueño después de una cirugía del corazón. Los pacientes atribuyen la perturbación del sueño a factores específicos después de una operación cardíaca. Los factores que producen la alteración varían entre los pacientes. Las enfermeras pueden modificar muchos de los factores perturbadores del sueño para promover un ambiente que facilite mejorar el sueño y de esta forma mejorando el paso de la fase crítica de recuperación de cirugía cardíaca.

Fareed-A realizó un estudio titulado "La experiencia de la confianza establecida: perspectivas de los pacientes". Se propuso examinar la confianza establecida desde la perspectiva de los pacientes de unas instalaciones médicas y quirúrgicas de la unidad de un hospital general local. Los resultados comprenden temas emergentes que incluyen la percepción del ambiente, el "estar con", la recepción de información y el conocimiento de los hechos, las aptitudes interpersonales, el "estar ahí", las habilidades de comunicación, la relación de confianza, el ser cuidado, la confirmación del optimismo y el trato humano de las enfermeras.

Wilde-B y col realizaron un estudio sobre la calidad del cuidado desde la perspectiva del anciano: importancia subjetiva y realidad percibida. Los resultados demuestran que las características personales, tales como la edad, el sexo y la salud auto clasificada, tuvieron un efecto limitado en los reportes de lo que se observó como altamente importantes características del cuidado, lo mismo que sobre los puntajes de las reales condiciones del cuidado. El bienestar psicológico resultó fuertemente relacionado con los puntajes de la realidad percibida: un bienestar favorable variaba al tiempo con los puntajes favorables y viceversa.

III MARCO DE DISEÑO:

1. Definición del Método: Se trata de un estudio descriptivo transversal con abordaje cuantitativo; descriptivo porque describe un evento específico que es el grado de satisfacción con el cuidado de enfermería y transversal porque se realiza en un momento determinado del tiempo (Agosto del año 2001) en una institución de salud, que para éste caso es el hospital Universitario de San Ignacio.

El estudio es descriptivo basado en fuentes de información indirecta como archivos estadísticos de la población usuaria y las historias clínicas. Para éste estudio se utiliza un formato de recolección de datos de fuente secundaria: edad, sexo y escolaridad (ver Anexo).

Además hay una parte cualitativa para captar las propiedades no cuantificables de la percepción del cuidado, mediante la aplicación de la escala Satisfacción del cuidado (CARE/SAT) que utiliza métodos cuantitativos (Ver Anexo).

2. POBLACIÓN Y MUESTRA:

a. Población de referencia: Son los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina Interna del Hospital Universitario de San Ignacio, durante el período comprendido entre Agosto y Septiembre del año 2001.

b. Muestra: La muestra será seleccionada al azar con base en un listado de ingreso diario hasta completar un total de 30 pacientes, con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 40 años hospitalizados en el servicio de Medicina Interna.
- Pacientes sin alteración de la conciencia y que no estén bajo efectos de sedación.
- Pacientes que tengan más de dos días de hospitalización
- Pacientes con enfermedades crónicas de origen cardiovascular tales como: enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, miocardiopatías, pericarditis, endocarditis, valvulopatías, tromboflebitis.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con alteración del estado de conciencia (Glasgow menor de 15/15)
- Pacientes bajo efectos de sedación
- Pacientes que voluntariamente deciden no participar en el estudio
- Pacientes que se encuentren en ventilación mecánica.
- Pacientes con trastornos del lenguaje.
- Pacientes a quienes su estado de salud les impide concentrarse

ASPECTOS ETICOS DEL ESTUDIO

En este trabajo se tiene en cuenta los principios éticos pertinentes al estudio, se hizo principal énfasis respecto a la autonomía, privacidad y beneficencia. Para ello se hizo lo siguiente:

- Solicitar aprobación por parte de los directivos de la institución, con el compromiso de retroalimentarla con los resultados.
- Los pacientes que participaron en su totalidad lo hicieron en forma voluntaria; se les dio la explicación previa acerca de los fines del estudio.
- Se respetó la decisión de los pacientes que no quisieron participar; se les advirtió que esto no afectaría su atención.
- La información obtenida fue utilizada únicamente para el estudio.
- Los nombres de los participantes y la información obtenida, fueron manejados en forma confidencial.
- El costo beneficio que se analizó fue presentado a las personas e instituciones implicadas.
- Se dio el criterio correspondiente a los autores de los estudios citados.
- La escala Care/Satisfacción se utilizó con previo consentimiento y autorización escrita de su autora y con el compromiso explícito de retroalimentar su investigación en el área con los resultados del presente estudio.

IV. MARCO DE ANALISIS: Se presentan los puntos de la satisfacción de los pacientes describiendo los aspectos más relevantes por categorías y sus implicaciones para el servicio.

V. CONCLUSIONES: Presentan el grado de satisfacción de los pacientes en relación con el cuidado de enfermería recibido durante su hospitalización en el servicio de medicina interna del hospital universitario de San Ignacio.

BIBLIOGRAFIA

1. BOYKIN, A. y SHOENHOFER. Implicaciones para la práctica y la administración de servicios de enfermería. Enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica. Capítulo 4 ALN, N.Y. 1993. Traducción Beatriz Sánchez.

2.2. CABRERO, Julio. Satisfacción del paciente hospitalizado y recién dado de alta. Enfermería Clínica. Vol. 5. 1999

3. COLLIERE, Marie-Francoise. Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. Rol de Enfermería. Vol 22 . No. 1. 1999.

4.4. CHACON, Consuelo y col. El estado del arte del cuidado de enfermería. Santafé de Bogotá. 2000.

- 5.5.FAREED, A. La experiencia de la confianza establecida: perspectivas de los pacientes. *Journal Advances Nursing*. 1996.
- 6.6.GRUPO DE CUIDADO. Dimensiones del Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 1998.
- 7.7.HALL, DS. Interacciones entre enfermeras y pacientes en cuanto a ventiladores. *Am-J-Critical Care*. 1996.
8. JAKOBSSON, L. Necesidades de cuidado satisfechas y por satisfacer en hombres con cáncer de próstata. *Eur-J-Cáncer-Care-England*. 1997.
9. LARSON, Patricia. Satisfacción del paciente con el cuidado de las enfermeras durante la hospitalización. *Western Journal of Nursing Research*. 1993.
10. LYNN W., Andrews. Comportamientos en el cuidado de enfermería: comparación de cinco herramientas para definir las percepciones.
11. LYNN, Mary y col. ¿Qué conocen las enfermeras de lo que piensan sus pacientes que es importante en el cuidado de Enfermería? *Journal of Nursing Care Quality*. Vol 13. No. 5 1999.
12. MARQUES, Susana. Cuidar con cuidado. *Enfermería Clínica*. Vol. 5. Número 6. 1999.
- 13.MARTINS, Alda. GOMEZ, Consuelo. El Cuidado en la historia de la enfermería.
14. MUNHALL, Patricia. La estructura esencial de la interacción de cuidado: haciendo fenomenología. *Nursing Research: A qualitative perspective*. Traducción Beatriz Sánchez. 1986.
15. NEWMAN, Margaret. El núcleo de la disciplina de enfermería. *Advances in Nursing Science*. 14, 1, 1-5. Traducción María Mercedes de Villalobos. 1991.
16. OWENS, DJ. Satisfacción de pacientes y ancianos. *Soc. Science Med*. 1996.
17. PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA. I Encuentro de Conceptualización en Enfermería. Santafé de Bogotá. 1993.
18. SANCHEZ, Beatriz. ¿Qué filosofía respalda nuestro cuidado?. Grupo de Cuidado Universidad Nacional de Colombia.
19. SHIBER, Stella y LARSON, Elaine. Evaluando la calidad del cuidado: estructura, proceso y resultado. Vol. 5 No. 3. 1991.
20. WILDE,B. Calidad del cuidado desde la perspectiva del anciano: importancia subjetiva y realidad percibida. *Aging-Milano*. 1995.
21. WOLF, Zane Robinson. Dimensiones del cuidado que ofrecen los enfermeros

- www.americanheart.org/

Acerca de las autoras:

Claudia Ariza Olarte
Enfermera Especialista en Cardiología. Profesora Facultad de Enfermería Pontificia Universidad Javeriana