

Original

Personalización enfermera y calidad percibida del cuidado en el ámbito hospitalario

M.^a del Rosario García Juárez^{a,*}, Sergio R. López Alonso^b, M.^a José Orozco Cózar^c, Raimundo Caro Quesada^d, Gádor Ramos Osquet^e, M.^a José Márquez Borrego^c, M.^a Dolores Cano Antelo^f y Carmen Serrano Pedrero^f

^a Hospital Universitario Puerto Real, Servicio Andaluz de Salud, Cádiz, España

^b Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias, Distrito Sanitario de Málaga, Servicio Andaluz de Salud, Málaga, España

^c Hospital Universitario Puerta del Mar, Servicio Andaluz de Salud, Cádiz, España

^d Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Servicio Andaluz de Salud, Sevilla, España

^e Hospital Torrecárdenas, Servicio Andaluz de Salud, Almería, España

^f Hospital Riotinto, Servicio Andaluz de Salud, Huelva, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 26 de diciembre de 2010

Aceptado el 7 de abril de 2011

On-line el 30 de julio de 2011

Palabras clave:

Calidad percibida
Enfermería primaria
Personalización del cuidado
Enfermera referente
Satisfacción del paciente

Keywords:

Perceived quality
primary nursing
personalization of care
primary nurse
patient satisfaction

R E S U M E N

Objetivo: Determinar si hay relación entre el modelo organizativo «Enfermería Primaria» y la calidad de los cuidados percibida por el paciente.

Método: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, que incluyó a los pacientes dados de alta, durante 12 meses, en cuatro unidades organizadas según el modelo de asignación «Enfermería Primaria». El grado de aplicación del modelo se evaluó mediante el Índice de Personalización del Cuidado, y la calidad percibida por los pacientes con el cuestionario LOPSS12 de satisfacción con los cuidados enfermeros. Se realizó un análisis bivariado mediante ANOVA y *t* de student, y un análisis multivariado mediante regresión lineal con las variables que habían mostrado asociación ($p < 0,05$).

Resultados: Se incluyeron 817 pacientes, 447 de dos unidades médicas y 370 de dos unidades quirúrgicas. Tras un análisis preliminar realizado a los 6 meses de iniciado el estudio se eliminaron cuatro ítems del cuestionario LOPSS 12 y se analizaron por separado cada uno de los ítems restantes. Tanto la implantación del modelo como la satisfacción alcanzaron valores más altos en las unidades quirúrgicas. Los análisis bivariado y multivariado demostraron una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre la implantación del modelo y los ítems del cuestionario, a excepción de uno de ellos.

Conclusiones: La organización de las unidades de hospitalización con el modelo de asignación «Enfermería Primaria», que reconoce la figura de la enfermera referente y permite personalizar los cuidados, se asocia a una mayor calidad percibida de los cuidados enfermeros.

© 2010 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Personalized nursing care and perceived quality of care in hospitals

A B S T R A C T

Objective: To determine whether there is an association between the Primary Nursing Model and perceived quality of care.

Method: An observational, descriptive, cross-sectional study in four hospital wards with Primary Nursing organization. Over a 12-month period, all the patients discharged from each ward were included in this study. The degree of development of Primary Nursing was measured by using the Personalization of Nursing Care Index and the perceived quality of care was measured with the LOPSS-12. Bivariate statistical analysis was carried out through ANOVA and Student's *t*-tests. Multivariate linear regression analysis was then applied to correlated variables ($p < 0.05$).

Results: 817 patients were included, 447 from two medical wards and 370 from two surgical wards. After a preliminary data analysis performed 6 months after the start of the study, four items were removed from the LOPSS-12 and each of the remaining items were analyzed separately. Scores for both patient satisfaction and the introduction of the Primary Nursing Model were higher in the surgical wards. Bivariate and multivariate regression analyses showed a statistically significant ($p < 0.05$) association between implantation of the model and all except one of the items included in the questionnaire.

Conclusions: The introduction of the Primary Nursing Model in hospital wards allows the presence of a primary nurse for each patient and consequently improves the nurse-patient relationship, increasing perceived quality of care among patients.

© 2010 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: charogarciajuarez@gmail.com (M.^ad.R. García Juárez).

Introducción

La provisión de cuidados a las personas hospitalizadas se realiza mediante sistemas llamados modelos de asignación¹. Estos modelos definen las funciones que deben realizar las enfermeras en las unidades de hospitalización y el tipo de relación que se establece entre estos profesionales y el paciente. Sus fines son proporcionar cuidados de forma coste-efectiva, determinando la responsabilidad de los cuidados del paciente y la distribución del trabajo enfermero, siendo su fin último la gestión del cuidado en la unidad de hospitalización².

En los últimos años, la personalización del cuidado ha sido una importante estrategia del sistema sanitario público andaluz. En concreto, en el año 2004, la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados eligió el modelo de asignación «Enfermería Primaria» para garantizar esta personalización en el ámbito hospitalario³. Este modelo ha sido calificado por algunos autores como una filosofía del cuidado, y por otros como una estructura organizativa^{4,5}, pero todos han coincidido en afirmar que permite la expresión de un cuidado humanizado. De esta forma, en los hospitales andaluces, personalizar los cuidados se traduce en la existencia de una enfermera referente del paciente durante todo su proceso³.

Según este modelo de asignación, la responsabilidad de la toma de decisiones sobre los cuidados de un paciente recae en una única enfermera, su enfermera referente, que debe diseñar el plan de cuidados con el/la paciente/familia y en colaboración con el médico responsable, y realizar la mayor parte de los cuidados al paciente, así como la planificación del alta y la comunicación del plan de cuidados al equipo de enfermería, convirtiéndose dentro de este equipo de enfermería en la interlocutora principal en materia de cuidados^{5,6}. Además, tendrá como objetivo establecer con el paciente una relación terapéutica que le permita conocer la repercusión que tiene la enfermedad en su vida. Esto posibilitará que pueda ayudarle a desarrollar una respuesta adecuada o una adaptación a su nuevo estado de salud, y ser reconocida por el paciente como un profesional experto capaz de responder a sus demandas de cuidados⁷⁻⁹.

A pesar de las bondades teóricas que a priori pudieran presuponerse de este modelo de asignación, no hay una clara evidencia de que redunde en una mejora de la calidad de los cuidados². Diversos estudios realizados en este sentido no encuentran hallazgos sólidos que defiendan esta hipótesis¹⁰⁻¹².

Los primeros estudios llevados a cabo presentaban problemas metodológicos que impedían la generalización de los resultados¹³, lo cual se superó en parte con la realización de estudios multicéntricos, pero sigue habiendo dificultades para hallar una asociación entre el modelo utilizado y la calidad del cuidado¹⁰. Los resultados positivos más sólidos se refieren a su repercusión sobre la satisfacción laboral¹²⁻¹⁴.

Las limitaciones identificadas en estos estudios son varias: similitudes existentes en la práctica entre éste y otros modelos de asignación^{3,15,16}, el hecho incuestionable de que la aplicación de este modelo depende del profesional^{17,18} y la dificultad para medir la aplicación del modelo de asignación y su grado de implantación¹⁹.

Todo lo expuesto avala la pertinencia de llevar a cabo estudios que permitan encontrar una asociación entre la mejora de la calidad y la aplicación del modelo de asignación. Esto se refuerza aún más por tratarse de un sistema organizativo que comporta modificaciones importantes tanto del rol profesional enfermero, con una asunción de responsabilidades mayor, como de las relaciones multidisciplinarias del equipo asistencial.

En este estudio, el objetivo se centró en describir la calidad percibida, medida en términos de satisfacción con los cuidados enfermeros, y en determinar si el desarrollo de este modelo

organizativo, que facilita la personalización, se asocia a una percepción de mayor calidad en los cuidados.

Método

Diseño del estudio

Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, realizado durante los años 2007 y 2008.

Ámbito de estudio

El estudio se desarrolló en cuatro unidades de diferentes hospitales del Servicio Andaluz de Salud, seleccionados mediante una técnica de muestreo de conveniencia según criterios previamente establecidos:

- Criterios para hospitales: ubicados en distintas provincias, representación de las diferentes categorías de hospitales, aceptación de la Dirección de Enfermería.
- Criterios para las unidades: organización funcional de los cuidados basada en el modelo de asignación «Enfermería Primaria», y aceptación y colaboración por parte de la supervisora y, al menos, otra enfermera relacionada con la unidad.

Los hospitales y unidades seleccionados fueron la Unidad de Medicina Interna 1.^a sección del Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz), la Unidad de Neurología y Rehabilitación del Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla), la Unidad de Neurocirugía del Hospital Torrecárdenas (Almería) y la Unidad de Traumatología y Urología del Hospital de Riotinto (Huelva). En estas unidades, y durante 12 meses consecutivos, se incluyeron todos los pacientes que eran dados de alta a domicilio, mayores de 18 años y que sabían leer y escribir. Se excluyeron los que habían estado ingresados en la unidad durante el año previo al estudio y los que durante el ingreso hubiesen sido trasladados de unidad.

En caso de que los pacientes presentaran deterioro cognitivo (Pfeiffer <http://www.index-f.com/tesela/ts4/ts6831.php>²⁰ menor o igual a 3) se pidió la colaboración al cuidador principal, considerándolo como la persona con relación familiar o de amistad del paciente, no remunerada, que hubiese permanecido más tiempo acompañándolo durante su estancia hospitalaria y que colaborara en sus cuidados.

El número de participantes estimado inicialmente con los datos del año previo fue entre 950 y 1150.

La decisión de ampliar la recogida de datos a 12 meses estuvo motivada por la intención de recoger diferencias debidas a la variabilidad de profesionales de enfermería en el periodo vacacional y las fluctuaciones estacionales de la presión asistencial.

Variables estudiadas

- Índice de Personalización del Cuidado (IPC) (ver **Anexo 1**): se trata de un cuestionario con respuesta dicotómica (sí o no) estructurado en tres bloques de preguntas, siete dirigidas al paciente o cuidador familiar, dos dirigidas al médico responsable del paciente y tres a contestar por el investigador colaborador. Los ítems corresponden a las funciones descriptoras del modelo de asignación. Nos da una puntuación que varía entre 0 y 12, en la cual el valor más alto corresponde al mayor grado de personalización alcanzado con el paciente. Fue validado en una fase anterior del estudio²¹.
- Satisfacción con los cuidados recibidos, para lo que se eligió inicialmente el cuestionario LOPSS 12 (*La Monica-Oberst Patient Satisfaction*) modificado (ver **Anexo 2**): se trata de una escala compuesta de 12 ítems con respuesta tipo Likert en un rango de 1

a 7. Presenta sentencias negativas o positivas con las cuales el paciente debe especificar su grado de acuerdo, y el valor 1 corresponde siempre al mayor grado de satisfacción²². El cuestionario fue validado para su uso por escrito²³, pero en este estudio se utilizó mediante llamada telefónica y se redujo la escala de respuesta a 1 a 5 para facilitar la respuesta.

- Nivel de autonomía del paciente al ingreso (Cuestionario Barthel modificado por Granger et al), validado por Baztán et al²⁴ en 1993.
- Experiencia de la enfermera referente en la aplicación del modelo: variable ordinal que agrupó a las enfermeras según el número de pacientes para quienes eran referentes en 1 año.
- Intervención de la enfermera gestora de casos.
- Estancia en el hospital medida en días desde el ingreso hasta el alta.
- Variables sociodemográficas clásicas: edad y sexo del paciente o de la persona que contesta el IPC, estado civil y nivel de estudios.

Recogida de datos

Los investigadores recibieron un entrenamiento para la recogida de datos de forma simultánea durante el transcurso de una reunión previa al inicio del proyecto, en la cual se les facilitó una guía por escrito con la hoja de volcado de datos y la metodología a seguir:

- Se solicitaba la participación y la firma del consentimiento informado (documentos aprobados por las comisiones de investigación y ética de los centros) al paciente o su cuidador el día del alta, por un investigador no implicado en los cuidados del paciente a quien entregaba el IPC.
- Tras el alta hospitalaria se solicitaba al médico responsable del paciente que contestara la parte correspondiente del IPC, y se completaban los ítems referentes a la historia clínica.
- Entre 7 y 14 días tras el alta se realizaba una llamada telefónica para cumplimentar el cuestionario LOPSS. Esta llamada la realizaba siempre la misma investigadora, que no pertenecía al equipo de enfermería de ningún centro. Repetía la llamada tres veces antes de dar como perdida esta variable.

Después de 6 meses de recogida de datos se efectuó un análisis preliminar, motivado tanto por la observación de un alto número de no respuestas (> 20%) en los ítems 2, 3, 6 y 9 del cuestionario LOPSS como por la afirmación, por parte de la investigadora que realizaba la llamada, de la dificultad expresada por los pacientes en la comprensión de esos ítems. Se realizó un análisis factorial, en el cual los ítems referidos presentaron un valor de comunalidad inferior a 0,5, y por ello se tomó la decisión de suprimirlos en las siguientes entrevistas, tal como recomiendan Nunnally y Brace, y analizar los ocho ítems restantes individualmente y no como cuestionario^{25,26}.

En las unidades quirúrgicas no se obtuvieron datos referentes a la colaboración médico-enfermera (ítems 8 y 9 del IPC) ante la ausencia de la figura del médico responsable del paciente, y por consiguiente los datos se analizaron agrupados en dos muestras: pacientes médicos y pacientes quirúrgicos.

Se realizó un análisis descriptivo con cálculo de frecuencia para las variables sociodemográficas cualitativas, y resumen numérico con medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas; análisis bivariado con *t* de Student, ANOVA o regresión lineal simple, según el caso, entre las variables estudiadas, y análisis de regresión lineal multivariada entre el IPC (y variables sociodemográficas y de control) y los diferentes ítems extraídos del LOPSS. Se utilizó el programa estadístico SPSS 17.

Resultados

El número de posibles personas a incluir en el estudio resultó de 985, 548 de las unidades médicas y 437 de las quirúrgicas, y de ellas finalmente se incluyeron 817: 447 y 370, respectivamente. Las pérdidas se debieron principalmente a rechazo del paciente a participar (19), alta no programada en ausencia de personal investigador (132), ausencia de cuidador familiar en el momento del alta en pacientes con deterioro cognitivo (9) y no poseer teléfono en domicilio (5). Además, se rechazó un paciente por ser familiar de una investigadora y dos por no hablar español.

De las 817 personas incluidas en el estudio, respondieron a la entrevista telefónica 610: 325 de las unidades médicas (72,7%) y 285 de las quirúrgicas (77%). Los motivos de las pérdidas fueron por teléfono erróneo (2,8%), no responder a la llamada (19,2%), no desear responder (1,9%), no poder contestar (2,8%) e ingresado de nuevo (1,22%).

La similitud en los perfiles poblacionales de incluidos y pérdidas, tanto en unidades médicas como quirúrgicas, puede verse en la **tabla 1**.

El 74,3% de los participantes de las unidades médicas eran pacientes y el 25,7% cuidadores. En las unidades quirúrgicas, los porcentajes fueron similares: 72,1% pacientes y 27,9% cuidadores.

Más del 50% de los participantes tenía un nivel de estudios básico. Y en relación al grado de autonomía de los pacientes, la media del nivel de autocuidados se situó en 32,39, con una desviación típica de 18,63, mientras que respecto al nivel de movilidad estos valores fueron 28,33 y 17,3, respectivamente, en las unidades médicas; valores que, como se observa en la **tabla 1**, son claramente inferiores a los hallados en las unidades quirúrgicas: 42,70 (15,0) y 33,9 (16,7), respectivamente.

En cuanto al grado de implantación del modelo de asignación, las medias (y las desviaciones típicas) del IPC fueron de 7,97 (3,11) en las unidades médicas y de 9,18 (1,4) en las quirúrgicas. En las unidades médicas, los valores del IPC iban de 0 a 13, es decir, la población estudiada incluía desde pacientes sin enfermera referente (en concreto 19 casos) hasta otros en quienes se obtuvo el valor máximo. Sin embargo, en las unidades quirúrgicas el 75% de los pacientes presentaban un IPC superior a 9.

La enfermera gestora de casos intervino en un 10,8% de los pacientes en las unidades médicas; porcentaje ligeramente inferior al de las unidades quirúrgicas, donde fue del 12,8%.

Un 51,4% de las enfermeras de las unidades médicas fueron clasificadas en el nivel II de experiencia respecto al modelo (referentes de 10-20 pacientes/año), y un 31,8% se agruparon en el nivel I (referentes de menos de 10 pacientes/año), mientras que en las unidades quirúrgicas el mayor porcentaje correspondía al nivel III de experiencia, con un 43,9%.

La estancia media en las unidades médicas fue de 14,91 (17,64) días, y en las quirúrgicas de 13,06 (11,25) días.

En la **tabla 2** se muestra el descriptivo de los ocho ítems del cuestionario LOPSS que fueron analizados como variables individualmente. En dicha tabla se observa que la media y la desviación típica de todos fueron inferiores en las unidades quirúrgicas. La mayor diferencia aparece en el ítem «Me comprendían cuando les contaba mis problemas», seguido de «Podía compartir con ellas mis sentimientos» y «Me ayudaron a comprender mi enfermedad».

Los análisis bivariados realizados utilizando como variables el IPC frente a cada uno de los ítems de satisfacción recogidos mostraron una asociación entre la personalización y la satisfacción que, aunque estadísticamente significativa ($p < 0,05$), no era fuerte (los valores del coeficiente de determinación R^2 no superaron el 0,4 en ninguno de los ítems).

En las **tablas 3 y 4** se muestran los modelos de regresión lineal multivariada construidos a partir del análisis bivariado previo. La asociación fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en todos

Tabla 1
Características sociodemográficas y de control por tipo de unidad

	Unidades médicas			Unidades quirúrgicas		
	Participantes	Pérdidas LOPSS		Participantes	Pérdidas LOPSS	
		Media (DE) o N (%)	Media (DE) o N (%)		p	Media (DE) o N (%)
<i>Paciente/cuidador (%)</i>	74,3/25,7%			72,1/27,9%		
<i>Sexo paciente (hombre)</i>	55,7%	61,8%	0,14 ^a	45,2%	40,7%	0,45 ^a
<i>Sexo cuidador (hombre)</i>	30,4%			45%		
<i>Edad paciente, años</i>	60,7 (17,3)	62,28 (16,25)	0,25 ^b	60,8 (19,9)	60,22 (18,4)	0,80 ^b
<i>Edad cuidador, años</i>	57,5 (16,2)			56,0 (17,0)		
<i>Estado civil</i>			0,73 ^a			0,48 ^a
Soltero	16,8%	14,5%		17,7%	17,9%	
Casado	64,6%	65,5%		70,3%	64,2%	
Viudo o separado	18,6%	20,0%		13,0%	17,9%	
<i>Nivel de estudios</i>			0,92 ^a			0,31 ^a
Leer y escribir	17,5%	18,3%		24,9%	23,5%	
Básico	50,7%	52,4%		51,1%	51,4%	
Bachillerato	17,5%	16,5%		15,6%	11,1%	
Universidad	14,3%	12,8%		8,4%	14,5%	
<i>Ocupación laboral (Regidor³³)</i>			0,05 ^a			0,42 ^a
De I a III	18,4%	12,7%		16,5%	23,1%	
De IV a V, y estudiantes	23,0%	24,3%		43,9%	40,7%	
Amas de casa	31,4%	26,5%		26,7%	26,4%	
Jubilados	27,2%	36,5%		12,9%	8,8%	
<i>Autocuidados AVD (Barthel, modificado por Granger)</i>	32,39 (18,63)	29,10 (19,2)	0,11 ^b	42,70 (15,0)	42,33 (14,9)	0,84 ^b
<i>Movilidad AVD (Barthel, modificado por Granger)</i>	28,33 (17,3)	24,87 (17,7)	0,07 ^b	33,9 (16,7)	32,30 (17,1)	0,42 ^b
<i>Autonomía AVD (Barthel, modificado por Granger)</i>	60,72 (34,9)	54,0 (36,1)	0,08 ^b	75,6 (28,6)	74,6 (30,6)	0,76 ^b
<i>IPC</i>	7,97 (3,11)	7,86(2,9)	0,69 ^a	9,18(1,4)	9,14(1,6)	0,70 ^a
<i>Intervención de enfermera gestora de casos</i>	10,8%	12,8%	0,56 ^a	12,8%	14,1%	0,48 ^a
<i>Experiencia de enfermera referente</i>			0,33 ^a			0,52 ^a
Menos de 10 pacientes/año	31,8%	40,4%		27,3%	33,0%	
Entre 10 y 20 pacientes/año	51,4%	41,4%		28,8%	24,2%	
Más de 20 pacientes/año	16,8%	18,2%		43,9%	42,9%	
Perdidos						
<i>Estancia hospitalaria</i>	14,91(17,64)	12,59(7,66)	0,18 ^b	13,06 (11,25)	12,43 (10,49)	0,63 ^b

AVD: actividades de la vida diaria; DE: desviación estándar; IPC: Índice de Personalización de Cuidados; LOPSS: cuestionario La Monica-Oberst Patient Satisfaction.

^a Test de ji al cuadrado.

^b Test t de Student.

los casos, excepto en la afirmación «En ocasiones eran algo lentas en contestar a mis llamadas» (unidades médicas). También se muestran aquellas variables sociodemográficas y de control que mostraban asociación con los diferentes ítems en el análisis bivariado previo.

En las tablas 3 y 4 se encuentran los valores del coeficiente de regresión, de signo negativo, que aplicados a la ecuación de regresión lineal resultarían en una disminución entre 0,10 y 0,26 puntos en la puntuación de cada ítem, por cada punto que aumentase el IPC en las unidades médicas, y entre 0,13 y 0,29 en las unidades quirúrgicas. Debemos tener en cuenta que a menor puntuación, mayor satisfacción. La mayor disminución sería en los ítems «Daban con-

sejos útiles», «Podía compartir con ellas mis sentimientos» y «Me comprendían cuando les contaba mis problemas» en las unidades médicas. Las variables sociodemográficas y de control no producían grandes variaciones en la satisfacción, aunque muestran una asociación estadísticamente significativa, a excepción del nivel de autocuidados y de movilidad al ingreso.

Discusión

Los resultados de este estudio inducen a pensar en la existencia de una asociación entre el grado de personalización y la satisfacción

Tabla 2
Descriptivo de los ítems del cuestionario LOPSS

Ítems del LOPSS	Unidades médicas		Unidades quirúrgicas	
	Media	(DE)	Media	(DE)
Me ayudaron a comprender mi enfermedad	1,94	(1,318)	1,50	(0,860)
Deberían ser más amables	1,69	(1,007)	1,43	(0,774)
Tuvieron poca paciencia	1,39	(0,760)	1,35	(0,703)
Daban consejos útiles	1,82	(1,204)	1,52	(0,981)
Podía compartir con ellas mis sentimientos	2,22	(1,241)	1,74	(1,034)
Me comprendían cuando les contaba mis problemas	2,17	(1,173)	1,07	(1,096)
Deberían realizar su trabajo más a conciencia	1,78	(1,061)	1,62	(0,913)
En ocasiones eran algo lentas en contestar a mis llamadas	1,67	(1,199)	1,51	(0,854)

LOPSS: cuestionario La Monica-Oberst Patient Satisfaction; DE: desviación estándar.

Tabla 3
Modelos de regresión lineal en las unidades médicas

Unidades médicas	Ítem 1 LOPSS Ayuda a comprender	Ítem 4 LOPSS Más amables	Ítem 5 LOPSS Poca paciencia	Ítem 7 LOPSS Consejos útiles	Ítem 8 LOPSS Compartir mis sentimientos	Ítem 10 LOPSS Comprendían mis problemas	Ítem 11 LOPSS Trabajo a conciencia
Constante	3,31	2,30	1,83	3,05	3,41	3,17	2,35
Beta estandarizada							
<i>IPC</i>	-0,18 ^a	-0,13 ^a	-0,16 ^a	-0,29 ^a	-0,26 ^a	-0,22 ^a	-0,15 ^a
<i>Nivel de estudios</i>						-0,20 ^a	
Universitario frente a leer y escribir	-0,20 ^a				-0,27 ^a	-0,12	
Universitario frente a básico	-0,20 ^a				-0,12	-0,15*	
Universitario frente a bachillerato	-0,11				-0,11		
<i>Estado civil</i>				-0,16 ^a			
Soltero frente a separado/viudo				-0,17 ^a			
Casado frente a separado/viudo							
<i>Experiencia enfermera referente</i>	-0,14 ^a						-0,11
<10 frente a 10-20 pacientes/año	-0,19 ^a						-0,14 ^a
<10 frente a >20 pacientes/año							
<i>Autocuidados en la vida diaria</i>		-0,15 ^a					
<i>Movilidad en la vida diaria</i>			-0,11 ^a				

LOPSS: cuestionario La Monica-Oberst Patient Satisfaction; IPC: Índice de Personalización de Cuidados.

^a Estadísticamente significativo: $p < 0,05$.

Tabla 4
Modelos de regresión lineal en las unidades quirúrgicas

Unidades quirúrgicas	Ítem 1 LOPSS Ayuda a comprender	Ítem 4 LOPSS Más amables	Ítem 5 LOPSS Poca paciencia	Ítem 7 LOPSS Consejos útiles	Ítem 8 LOPSS Compartir mis sentimientos	Ítem 10 LOPSS Comprendían mis problemas	Ítem 11 LOPSS Trabajo a conciencia	Ítem 12 LOPSS Algo lentas
Constante	2,48	2,35	2,36	3,01	3,77	2,80	2,34	2,58
Beta estandarizada								
<i>IPC</i>	-0,12 ^a	-0,10 ^a	-0,18 ^a	-0,13 ^a	-0,26 ^a	-0,16 ^a	-0,25 ^a	-0,17 ^a
<i>Sexo del encuestado</i>						0,14 ^a		
<i>Ocupación laboral</i>								
I-III frente a jubilado	-0,06							
IV-V y estudiante frente a jubilado	-0,09							
Ama de casa frente a jubilado	-0,27 ^a							
<i>Experiencia enfermera referente</i>								
<10 frente a 10-20 pacientes/año			-0,05				-0,01	
<10 frente a >20 pacientes/año			-0,18 ^a				-0,16 ^a	
<i>Intervención enfermera gestora de casos</i>				0,16 ^a	0,16 ^a			
<i>Estancia hospitalaria</i>				-0,13 ^a	-0,18 ^a			

LOPSS: cuestionario La Monica-Oberst Patient Satisfaction; IPC: Índice de Personalización de Cuidados.

^a Estadísticamente significativo: $p < 0,05$.

del paciente en estas unidades en que las enfermeras están organizadas y ponen en práctica el modelo de asignación «Enfermería Primaria». La percepción de calidad en los cuidados sería tanto mayor cuanto más desarrolle el modelo de personalización la enfermera. Los pacientes perciben cualidades en las enfermeras no sólo como amabilidad o paciencia, sino también otras más propias del rol profesional, como la accesibilidad («En ocasiones eran algo lentas en contestar a mis llamadas»), la utilidad del asesoramiento («Daban consejos útiles») o la capacidad para empatizar («Podía compartir con ellas mis sentimientos» o «Me comprendían cuando les contaba mis problemas»). Al igual que en otros estudios llevados a cabo con la escala LOPSS, los ítems mejor valorados por los pacientes dependientes son los referidos a la amabilidad y la paciencia²⁷.

En las unidades médicas, la autonomía de los pacientes al ingreso era menor, lo cual se corresponde con los estudios sobre el perfil poblacional de las unidades de medicina interna y neurología^{28,29}. Aunque en las dos poblaciones estudiadas la media de esta variable se sitúa en valores que indican dependencia moderada, su distribución muestra un mayor grado de dependencia en las unidades médicas.

Las unidades estudiadas tenían similares planes funcionales, pero el grado de personalización alcanzado fue mayor en las quirúrgicas, y ello invita al estudio de los factores que motivan estas diferencias.

Los ítems mejor valorados se corresponden con expresiones de confianza del paciente en su enfermera. Entre los componentes de la confianza en los sistemas de salud identificados por Mechanic y Meyer se encuentran la competencia técnica, la responsabilidad, la transmisión de información y la capacidad de prestación de cuidados³⁰; características todas ellas definidas dentro del modelo de asignación «Enfermería Primaria». Esto reforzaría la hipótesis de una asociación entre la personalización y el establecimiento de una relación terapéutica con el paciente que permita a éste expresar sus temores y opiniones, y aceptar mejor las repercusiones de la enfermedad y las recomendaciones sanitarias, es decir, una mayor calidad de la atención prestada^{12,30}.

Las principales limitaciones de este estudio son el no haber incluido datos de los pacientes que fallecían durante su estancia hospitalaria (decisión motivada por el respeto al duelo), la imposibilidad de obtener datos referentes a la relación enfermera-médico en las unidades quirúrgicas, la supresión de los cuatro ítems de la encuesta telefónica que exploran aspectos importantes de la calidad del cuidado, y por último el porcentaje de pérdidas en la obtención de la escala de satisfacción, aunque no es mayor que en otros estudios llevados a cabo con encuesta telefónica y sí mucho menor que en estudios efectuados con encuestas contestadas por correo postal^{27,31,32}.

En conclusión, aunque el diseño del estudio no permite afirmar una relación de causalidad entre la personalización y la satisfacción del paciente, sí vemos una asociación entre ambas variables que permitiría plantear un estudio más robusto que permitiese comprobar esta hipótesis de causalidad necesaria para avalar un argumento sólido en pos de motivar el cambio organizativo hacia este modelo de asignación, que además ha demostrado su relación con una mayor satisfacción profesional^{11,14}. De igual forma, sería necesario explorar otras repercusiones de este modelo al amparo de proyectos con diseños que permitan hallar relaciones causales entre la figura de la enfermera referente y determinados resultados en salud sensibles a la práctica enfermera.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La organización de los cuidados basada en modelos de asignación centrados en el paciente ha demostrado resultados positivos en cuanto a satisfacción de los profesionales en estudios anteriores, aunque éstos han sido realizados en otros países y contaban con una limitación importante consistente en que no existía una clara delimitación de la implantación de un modelo concreto de organización.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

En este estudio se ha podido medir el grado de implantación del modelo organizativo, lo que supera la principal limitación de estudios anteriores y nos permite afirmar que existe una asociación positiva entre la organización de los cuidados basada en un modelo concreto centrado en el paciente y la percepción de calidad de los cuidados enfermeros. Estos resultados permiten argumentar la pertinencia de un estudio con un diseño más robusto que haga posible comprobar la hipótesis de causalidad entre estas variables, así como el desarrollo de estudios para establecer su repercusión sobre resultados de salud sensibles a la práctica enfermera. A su vez, y en lo que respecta a la repercusión sobre políticas de salud, estos resultados avalan una reorganización de los cuidados hospitalarios hacia este modelo de asignación.

Contribuciones de autoría

La concepción y el diseño del estudio corresponden a M.R. García y S.R. López. La recogida de datos la realizaron M.J. Orozco, M.J. Márquez, R. Caro, G. Ramos, D. Cano y C. Serrano. El análisis y la interpretación de los datos fueron realizados por M.R. García y S.R. López. La redacción del artículo corrió a cargo de M.R. García, y su revisión crítica la realizó S.R. López. La aprobación de la versión final la efectuaron todos los autores.

Financiación

Este estudio ha sido financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, PI 0400/2006 y PI 0288/2007.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A Trinidad Martín Contreras, Ana Moreno Verdugo, Patricia Ramos López, Juana Fernández Corchero, Sara Guerra González y M. Ángel Mingorance Aguado, por su contribución en la obtención de los datos. A J. Antonio Girón González por su asesoramiento en el diseño, la realización y el análisis de datos. A todos los facultativos de la Unidad de Medicina Interna 1.^a sección del H.U. Puerta del Mar y de la Unidad de Neurología de los HH.UU. Virgen del Rocío, así como a los pacientes ingresados en todas las unidades de estudio por su participación. A J. Jesús Cobacho de Alba por su inestimable ayuda en la redacción del manuscrito.

Anexo 1. Índice de Personalización de Cuidados (IPC)*Cuestionario para el paciente*

Durante su estancia en nuestra unidad, a usted se le debe haber asignado una enfermera que ha sido la responsable de organizar sus cuidados. Por favor, indique con una X la respuesta que mejor represente su experiencia en las siguientes situaciones de su estancia en la unidad:

- La enfermera responsable de la organización de sus cuidados ha sido:
-

- 1) ¿Esta enfermera se presentó como la responsable de sus cuidados?
Sí No
- 2) ¿Le dijo su nombre? Sí No
- 3) ¿Esta enfermera le hizo una entrevista para conocer los aspectos relacionados con el cuidado de su salud? Sí No
- 4) ¿Esta enfermera le ha preguntado por sus dudas y preocupaciones?
Sí No
- 5) ¿Esta enfermera le pidió su opinión sobre algunos aspectos de su cuidado? (Ejemplos: costumbres en el aseo, horario de medicación habitual? Sí No
- 6) Antes del alta, ¿esta enfermera le ha ofrecido información sobre los cuidados que debe tener en casa? Sí No
- 7) ¿Las enfermeras de todos los turnos le han cuidado de la misma forma? (Ejemplos: cuándo levantarse, cuándo cambiar de posición, dieta, horario de curas, etc.) Sí No

Cuestionario para el médico referente

Por favor, indique con una X la respuesta que mejor represente su experiencia en las siguientes situaciones del paciente indicado:

Durante la estancia en el hospital de D/D^a _____, la enfermera referente ha sido _____

8) ¿Esta enfermera y usted han hablado sobre el plan de asistencia a dicho paciente? Sí No

9) ¿Han hablado usted y la enfermera de las necesidades que tendrá el paciente en casa? Sí No

A rellenar por el investigador

10) ¿Existe registro de valoración enfermera firmada por su enfermera referente?

Sí No

11) ¿Existe registro de plan de cuidados firmado por su enfermera referente?

Sí No

12) ¿Se ha realizado un informe de continuidad de cuidados al alta?

Sí No

Anexo 2. Cuestionario LOPSS de satisfacción con los cuidados enfermeros

Instrucciones: Voy a leer una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que están ingresadas en el hospital. Después debe indicarme su grado de acuerdo con dicha afirmación. A la hora de responder, piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

Las/os enfermeras/os que le atendieron en el hospital,

1) Me ayudaron a comprender mi enfermedad

Totalmente de acuerdo	1
Bastante de acuerdo	2
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	4
Totalmente en desacuerdo	5

2) Parecían más interesadas en terminar las tareas que en escuchar mis preocupaciones

Totalmente de acuerdo	5
Bastante de acuerdo	4
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	2
Totalmente en desacuerdo	1

3) Daban la impresión de que ocuparse de mí era lo primero

Totalmente de acuerdo	1
Bastante de acuerdo	2
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	4
Totalmente en desacuerdo	5

4) Deberían ser más amables

Totalmente de acuerdo	5
Bastante de acuerdo	4
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	2
Totalmente en desacuerdo	1

5) Tuvieron poca paciencia

Totalmente de acuerdo	5
Bastante de acuerdo	4
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	2
Totalmente en desacuerdo	1

6) Pocas veces consideraron mis opiniones y preferencias con respecto a los planes de mi cuidado

Totalmente de acuerdo	5
Bastante de acuerdo	4
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	2
Totalmente en desacuerdo	1

7) Daban consejos útiles

Totalmente de acuerdo	1
Bastante de acuerdo	2
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	4
Totalmente en desacuerdo	5

8) Podía compartir con ellas mis sentimientos

Totalmente de acuerdo	1
Bastante de acuerdo	2
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	4
Totalmente en desacuerdo	5

9) Tenía la sensación de que no podía hacerles preguntas libremente

Totalmente de acuerdo	5
Bastante de acuerdo	4
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	2
Totalmente en desacuerdo	1

10) Me comprendían cuando les contaba mis problemas

Totalmente de acuerdo	1
Bastante de acuerdo	2
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	4
Totalmente en desacuerdo	5

11) Deberían realizar su trabajo más a conciencia

Totalmente de acuerdo	5
Bastante de acuerdo	4
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	2
Totalmente en desacuerdo	1

12) En ocasiones eran algo lentas en contestar a mis llamadas

Totalmente de acuerdo	5
Bastante de acuerdo	4
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	2
Totalmente en desacuerdo	1

TOTAL**Bibliografía**

- Marriner-Tomey A. Guía de gestión y dirección de enfermería. 8ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009, 536 p.
- Neisner J, Raymond B. Nurse staffing and care delivery models: a review of the evidence. Oakland: Kaiser Permanente; 2002.
- López Alonso SR, Gala Fernández B, García Juárez R, et al. Personalización del cuidado en las unidades de hospitalización del Servicio Andaluz de Salud. *Tesela [Rev Tesela]* [edición electrónica]. 2007 [Consultado el 10/1/2010.] Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts2/ts6571.php>.
- Pontin D. Primary nursing: a mode of care or a philosophy of nursing? *J Adv Nurs.* 1999;29:584-9.
- Binnie A, Titchen A. Freedom to practise. The development of patient-centred nursing. Oxford: Butterworth Heinemann; 2001, 251 p.
- García Juárez R, Fuentes Cebada L, Cabeza de Vaca Pedrosa MJ, et al. La asignación primaria, una forma de gestionar los cuidados en atención especializada. *Revista de Administración Sanitaria.* 2004;2:751-62.
- García Juárez MR. Estrategias del cuidado como mejora de la calidad: buscando evidencias. En: Libro de ponencias de las 21 Jornadas Nacionales de Supervisión de Enfermería/Enfermeras Gestoras. Bilbao, España, 2010. ANDE.
- Martínez Haro M, Llorest Pizcueta A. Asignación primaria en oncología-ginecología, un nuevo modelo de asignación de cuidados. *Garnata.* 2009;20:21-3.
- Fernández Salazar S, Ramos Morcillo AJ. Personalización de los cuidados en el bloque quirúrgico: caso clínico. *Evidentia [edición electrónica].* 2009. [Consultado el 18/1/2010.] Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n28/ev7021.php>.
- Tiedeman M, Lookinland S. Traditional models of care delivery. What have we learned? *J Nurs Adm.* 2004;34:291-7.
- Adams A, Bond S, Hale CA. Nursing organizational practice and its relationship with other features of ward organization and job satisfaction. *J Adv Nurs.* 1998;27:1212-22.
- Sellick KJ, Russell S, Beckmann JL. Primary nursing: an evaluation of its effects on patient perception of care and staff satisfaction. *Int J Nurs Stud.* 2003;40:541-5.
- López Alonso SR. Revisión crítica sobre modelos de práctica enfermera y sus resultados. *Index Enferm.* 2004;XIII:32-6.
- Allen DE, Vitale-Nolen RA. Patient care delivery model improves nurse job satisfaction. *J Contin Educ Nurs.* 2005;36:277-82.
- Alba Fernández CM, Blanca Gutiérrez JJ, Caraballo Núñez MA, et al. La enfermera responsable: una forma muy personal de cuidar. *Tesela [Rev Tesela]* [edición electrónica]. 2007. [Consultado el 27/6/2010.] Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts1/ts6353.php>.
- Lázaro Muñoz MP. ¿Qué piensan nuestros pacientes sobre la figura de la enfermera referente? Ética de los Cuidados [edición electrónica]. 2009. [Consultado el 27/6/2010.] Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n3/et6812.php>.
- Sorroche Navarro C, Fernández Campos L, Cambil Martínez ML. Personalización de cuidados en una unidad de oncología Infantil. *Garnata.* 2009;20:49-52.
- López Alonso SR, Hueso Montoro C, Rodríguez Gómez S, et al. La Investigación Acción Participativa. Un enfoque para personalizar los cuidados. *Rev Enferm.* 2010;33:178-85.
- López Alonso SR, García Juárez MR, Orozco Cózar MJ, et al. Diseño de un índice de personalización de cuidados para la gestión enfermera en el hospital. *Evidentia [edición electrónica].* 2007. [Consultado el 10/1/2010.] Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts4/ts6831.php>.
- Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onís Vilches MC, et al. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc).* 2001;117:129-34.
- López-Alonso SR, García-Juárez MR, Orozco-Cózar MJ, et al. Validez y fiabilidad del Índice de Personalización de Cuidados en una unidad médica hospitalaria. *Rev Calid Asist.* 2011;26:54-61.
- Cabrero J, Richart M, Reig A. Evaluación de la satisfacción del paciente hospitalizado. Empleo de una matriz multirrasgo-multimétodo reducida. *Análisis y Modificación de Conducta.* 1993;19:405-18.
- Cabrero J, Cartagena E, Richart M. Adaptación de una escala para medir la satisfacción del paciente con los cuidados. Alicante: Diputación Provincial de Alicante; 1992.
- Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, et al. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1993;28:32-40.
- Nunnally JC, Bernstein IJ. Teoría psicométrica. 3ª ed. México: McGraw-Hill/Interamericana de México; 1995, 834 p.
- Brace N, Kemp R, Snelgar R. SPSS for psychologists. A guide to data analysis using SPSS for Windows. 2nd ed. New York: Palgrave MacMillan; 2003, 399 p.
- Pujiula-Marsó J, Suñer-Soler R, Puigdemont-Guinart, et al. La satisfacción de los pacientes ingresados como indicador de la calidad asistencial. *Enferm Clin.* 2006;16:19-26.
- Azevêdo da Costa F, Araujo da Silva DL, da Rocha VM. Condición funcional de los pacientes tras un accidente vascular encefálico. *Rev Neurol.* 2006;42:591-5.
- Mañás MD, Marchán E, Conde C, et al. Deterioro de la capacidad funcional en pacientes ancianos ingresados en un servicio de medicina interna. *An Med Intern.* 2005;2:34-6.
- Muñoz-Ronda FJ, Rodríguez-Salvador MM, Martínez-Díaz JD, et al. Nuevas formas de aproximación al concepto de confianza en la relación enfermera-paciente. *Tempus Vitalis.* 2009;9:31-5.
- Casas Anguita J, Repullo Labrador JR, Donado Campos J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (II). *Atención Primaria.* 2003;31:592-600.
- Huaside Alfaro A, Jiménez Calvo J, Sarmiento Gómez C, et al. Nuestra experiencia a cinco años y medio de TVT. *Actas Urol Esp.* 2006;30:181-5.
- Regidor E. La clasificación de la clase social de Goldthorpe: marco de referencia para la propuesta de medición de la clase social del grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. *Rev Esp Salud Pública.* 2001;75:13-22.