

INTRODUCCIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DEL TRATAMIENTO SUSTITUIVO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: DIÁLISIS Y TRASPLANTE, ANÁLISIS DE EXPECTATIVAS

Sandra Cabrera Azaña, Nieves Villena Bueno, José Antonio González Castillo, Juan José Mansilla Francisco

Hospital Regional Carlos Haya. Málaga

Introducción:

Tras la publicación por la Consejería de Salud del Proceso Asistencial Integrado del Tratamiento Sustitutivo de la Insuficiencia Renal Crónica: Diálisis y Trasplante Renal nos encontramos en pleno procedimiento de adecuación de nuestros servicios a los estándares de calidad que se exigen.

El desarrollo del documento se realizó entre febrero del 2002 y junio del 2004 con el fin de homogeneizar la atención a los pacientes afectados de esta patología. En su diseño se implica a todas las especialidades y niveles asistenciales que intervienen a lo largo de la historia natural de la enfermedad estableciendo los requisitos de calidad y los criterios de control a los que deben ajustarse.

En su primera fase todos los diseños de Procesos Asistenciales parten de un análisis de las expectativas de sus destinatarios. En ella se plantean los primeros objetivos en base a las necesidades de todos los grupos de profesionales y de usuarios y sirven como primer control de calidad de su nivel de implantación.

La intención del presente estudio es evaluar en un corte transversal el nivel de satisfacción actual de pacientes, familiares y enfermeros respecto a las expectativas que para estos mismos grupos se exponen en el Proceso.

Históricamente las razones para la realización de encuestas de satisfacción en el ámbito sanitario son:

- Desarrollar los métodos para obtener información estandarizada de la percepción de los usuarios respecto al servicio que se presta.
- Incorporar a la cultura de la organización el concepto de que los usuarios están legitimados para evaluar los servicios sanitarios.
- Sensibilizar a los profesionales sobre la opinión de los pacientes.

En nuestro caso proponemos un acercamiento a los estándares de calidad a través del cumplimiento de las expectativas de los destinatarios del proceso.

Objetivos:

Los objetivos de este estudio, el cual se presenta en su fase piloto (análisis de expectativas de enfermeros, pacientes y familiares destinatarios del Proceso Integrado en nivel asistencial de diálisis hospitalaria externa de enfermos crónicos), son:

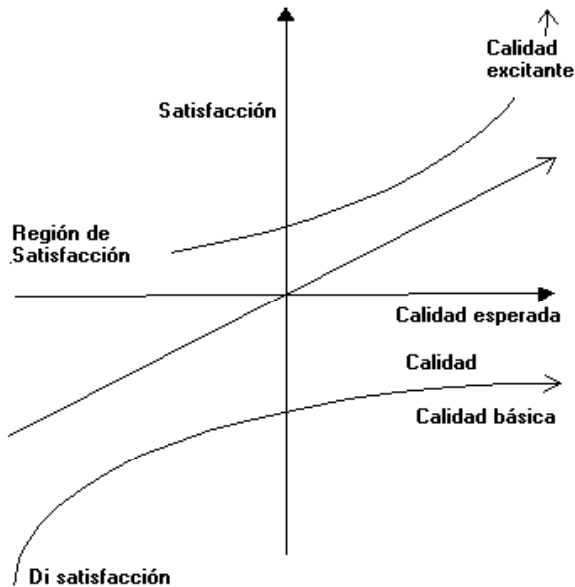
- Diseño de un cuestionario para encuesta de satisfacción basada en el cumplimiento de expectativas.
- Análisis de corte transversal de la satisfacción de usuarios / profesionales del Servicio de Nefrología del Hospital Carlos Haya de Málaga y Centros periféricos de diálisis concertados de la provincia de Málaga, basado en el cumplimiento de expectativas.
- Clasificar las expectativas de acuerdo al modelo Kano.

Método:

• MODELO KANO. Este modelo es una técnica que permite clasificar las demandas en Apasionantes, Funcionales o Básicas mediante el uso de preguntas emparejadas. Así, una demanda Básica es aquella que resulta tan fundamental que en ocasiones el usuario no llega a nombrarlas; estas demandas son las que imprescindiblemente debe tener un Servicio. En el caso de tratarse de una demanda Funcional, lo que subyace es que cuando se ofrece una mejora en este aspecto, el usuario reconoce que se realiza un esfuerzo para implementar la calidad del Servicio más allá de sus aspectos básicos. Y finalmente las demandas Apasionantes son las que decididamente diferencian el Servicio de la media para bien del usuario. El diagrama que nos permite clasificar las demandas en cada uno de los tipos es el siguiente:

		¿Qué ocurre si el producto no satisface la demanda?		
		A	B	C
A=Demanda Apasionante F=Demanda Funcional B=Demanda Básica		Lo veo normal	Me desagrada	Me desagrada mucho
¿Qué ocurre si el producto satisface la demanda?				
1	Me gusta mucho	A	A·F	F
2	Me gusta	A·F	F·B	B
3	Lo veo normal	λ	B	B

En el caso que nos ocupa es de especial interés este modelo, pues mediante esta clasificación se obtendrá una panorámica en función de cómo verá el usuario el funcionamiento del Servicio en el momento de implantación del Proceso Asistencial. Cuando se clasifica el cumplimiento de las expectativas según su clasificación previa por el modelo Kano la calidad se distribuye según el siguiente tipo de curva:



Planteada la **fase de expectativas** de todos los protagonistas en el proceso, proponemos comparar el grado de satisfacción de éstas para usuarios, familiares y enfermeros de las distintas áreas de atención al paciente renal con una escala de análogo visual (anclajes en 0 y 100 para “nada satisfecho” y “completamente satisfecho”) y otra tipo Likert de acuerdo-desacuerdo de 5 puntos.

Una vez obtenida esta medida en el momento inicial de implantación del proceso (F0), podríamos comparar la impresión de calidad del trabajador/usuario a lo largo del tiempo, generando una gráfica diacrónica (F1,F2...) que podría orientarnos en la necesidad de refuerzo en áreas de mejora potencial.

Una vez conocidas las expectativas intragrupos sería interesante comparar los puntos de vista intergrupos (enfermeros-familiares-pacientes) para conocer el grado de coherencia en la finalidad de resultados. Los aspectos más discordantes podrían ser susceptibles de plantear como objetivos de mejora de cada una de las Unidades, basados en evidencia y ajustados a estándares exigidos por los Servicios Centrales.

La identificación de expectativas en el Proceso se realizó por el método de los grupos focales a nivel de Comunidad Autónoma y los cuestionarios se han desarrollado a partir de éstas. La hipótesis de estudio para la construcción de éstos son:

Desarrollo del cuestionario:

- El cuestionario será adecuado para valorar expectativas
- Será breve y adecuado para su utilización en la práctica de gestión

Factibilidad:

- Será contestado en su totalidad por más del 80% de los pacientes
- El tiempo de administración será inferior a 10 minutos.

Validez:

- Los encuestados con expectativas no cubiertas tendrán peores puntuaciones que aquellos con expectativas cubiertas
- Existirá correlación entre las escalas de Likert y de análogos visuales.

Fiabilidad:

- La correlación intraclase para expectativas definidas como Básicas, Funcionales y Excelentes según el modelo Kano serán estables y superiores a 0,7
- La consistencia interna para expectativas definidas como Básicas, Funcionales y Excelentes según el modelo Kano serán estables y con $\alpha > 0,7$

Sensibilidad al cambio:

- El cuestionario es capaz de detectar cambios en el estado de las expectativas cumplidas en mayor o menor medida a lo largo del tiempo.

Resultados:

Se diseñaron tres cuestionarios para la recogida de datos, específicos para los distintos grupos y áreas del proceso y podía ser autocompletado o guiado por el entrevistador según la necesidad del entrevistado. En concreto la primera fase se ha centrado en la diálisis hospitalaria de pacientes crónicos, familiares cuidadores y el equipo de enfermería que la atiende. En el momento del corte transversal se dializaban en esta área 98 pacientes. La plantilla de enfermeros era de 17 personas.

El cuestionario fue contestado por 72 pacientes (73,4%) y el 100% de los enfermeros. 13 familiares cuidadores directos accedieron a realizar la encuesta.

La distribución por edad y sexo queda como sigue:

	Edad (media \pm DS)	Sexo
Pacientes	57,75 \pm 17,1	Mujer: 55,6 %
Familiares	56,69 \pm 16	Mujer: 69,2 %
Enfermeros	40 \pm 9,7	Mujer: 76,2 %

Las expectativas planteadas en el Proceso nos guiaron a plantear un cuestionario de 13 ítem para pacientes y familiares y otro de 5 para los enfermeros, que medían las siguientes dimensiones:

Pacientes / Familiares

P1/ F1	Personal agradable
P2/ F2	Comida
P3/ F3	Intimidad
P4/ F4	Comodidad
P5/ F5	Higiene
P6/ F6	Amabilidad facultativos
P7/ F7	Accesibilidad facultativos
P8/ F8	Distracción
P9/ F9	Ruido
P10/ F10	Atención del personal
P11/ F11	Tiempo para pruebas diagnósticas
P12/ F12	Transporte
P13/ F13	Cualificación del personal en tiempo vacacional

Enfermeros

E1	Accesibilidad de la formación
E2	Coordinación entre profesionales
E3	Protocolización de intervenciones
E4	Comunicación Hospital-periféricos
E5	Comunicación médico-enfermera

Cada dimensión en cada grupo se valoraba de dos distintas posibilidades; mediante una escala Likert se valoraba el acuerdo desacuerdo con una aseveración y con una escala de análogo visual 0 – 10 se valoraba el grado de satisfacción alcanzado. En las instrucciones de cumplimentación se hizo hincapié en el hecho de reservar las dos últimas puntuaciones de la escala analógica para expectativas satisfechas por encima de lo esperado. Los resultados obtenidos se expresan en la siguiente tabla.

Pacientes	Likert (mediana; moda; %)	Análogo visual (media \pm DS)
P1	2; 2. Bastante ac. 62,5%	7,9 \pm 0,9
P2	2,5;4. Bast ac. 38,9. Poco 40,3	6 \pm 2,1
P3	2; 2. Bastante ac. 58,7%	6,6 \pm 2,1
P4	2; 2. Bastante ac. 47,2%	6,3 \pm 2
P5	2; 2. Bastante ac. 76,4%	7,5 \pm 0,8
P6	2; 2. Bastante ac. 70,8%	7 ,3 \pm 1,3
P7	2; 2. Bastante ac. 68,1%	7,5 \pm 1
P8	4; 4. Poco acuerdo 52,8%	4,4 \pm 1,8
P9	2; 2. Bastante ac. 75%	6,8 \pm 1,4
P10	2;1. Bast ac. 48,5% Muy ac 46%	8,4 \pm 1,5
P11	2; 2. Bastante ac. 52,8%	7,4 \pm 1,9
P12	4; 4. Poco acuerdo 38,9%	4,9 \pm 2,2
P13	2; 2. Bastante ac. 42,9%	6,9 \pm 1,7

Familiares	Likert (mediana; moda; %)	Análogo visual (media ± DS)
F1	1; 1. Muy acuerdo: 92,3%	9,4 ± 0,8
F2	2; 2. Bastante ac: 76,9%	6,9 ± 1,8
F3	2; 2. Bastante ac: 61,5%	6,9 ± 0,2
F4	2; 2. Bastante ac: 61,5%	5,7 ± 1,3
F5	2; 2. Bastante ac: 90%	7,7 ± 0,4
F6	2; 2. Bastante ac: 61,5%	7,4 ± 0,7
F7	2; 2. Bastante ac: 86,4%	6,6 ± 0,5
F8	3; 3. Poco ac: 84,6%	5,9 ± 0,2
F9	2; 2. Bastante ac: 53,8%	7,1 ± 1,1
F10	1; 1. Muy acuerdo: 92,3%	9,5 ± 0,6
F11	1; 1. Muy acuerdo: 61,5%	8,7 ± 0,7
F12	3; 2. Bastante ac: 46,2%	4,9 ± 3,4
F13	2; 2. Bastante ac: 61,5%	7,8 ± 1,4

Enfermeras	Likert (mediana; moda; %)	Análogo visual (media ± DS)
E1	2; 2. Bastante ac: 57,1%	6,4 ± 1,3
E2	2; 2. Bastante ac: 61,9%	6 ± 1,6
E3	2; 2. Bastante ac: 47,6%	5,8 ± 1,2
E4	4; 4. Muy poco ac: 61,9%	4,1 ± 1,8
E5	2; 2. Bastante ac: 52,4%	5,9 ± 2,1

Las correlaciones entre las escalas de medida (Likert-análogo visual) fueron significativas para todas las variables tomadas de forma pareada, con coeficientes de Spearman que oscilaron entre 0,326 y 0,621, lo que da idea de una importante fuerza en la asociación.

Los datos obtenidos indican claras opciones de mejora en P2, P8/F8, P12 y E4, existiendo una disparidad de criterio entre familiares pacientes en dimensiones que tienen que ver con la comida o el transporte. No obstante las puntuaciones obtenidas en gran parte de las dimensiones otorgan un importante conjunto de puntos fuertes donde apoyar la mejora del sistema.

Para evitar tratar las expectativas de forma lineal decidimos valorarlas según el modelo Kano, solicitando a los entrevistados que clasificasen cada ítem dentro de las tres posibles opciones. Más del 80% de cada uno de los grupos que componían la muestra clasificaron TODAS las expectativas medidas como de tipo básico.

Conclusiones:

El análisis de las expectativas de los diversos destinatarios del Proceso Asistencial Integrado permite orientar los esfuerzos de mejora de la calidad hacia aquellos puntos demostrados como débiles desde la propia perspectiva del usuario.

La aplicación del modelo Kano nos ha permitido observar que las expectativas que hemos importado desde el Proceso son básicas, por tanto no están

midiendo calidad añadida sino aspectos en los que es impensable no ofrecer el máximo posible. Una vez estas expectativas básicas queden cubiertas el Servicio de Nefrología deberá utilizar técnicas de investigación cualitativa para hallar expectativas funcionales propias de la población a la que atiende con las que elevar el estándar de los servicios prestados. Este tipo de evidencias puede ser un apoyo donde planificar futuros objetivos.