

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION



PERCEPCION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN
LA SALA DE PRIMER CONTACTO

Por:

LIC. MA. DE LOS ANGELES MARROQUIN CARDONA

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
con Énfasis en Administración de Servicios

AGOSTO, 2014

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
PRESS
CHICAGO, ILLINOIS 60607
U.S.A.
© 2004
0-226-17776-6
HARVARD UNIVERSITY
PRESS
37 AVENUE OF THE LIBRARIES
CAMBRIDGE, MASSACHUSETTS 02138
U.S.A.
© 2004
0-674-01911-1
HARVARD UNIVERSITY
PRESS
37 AVENUE OF THE LIBRARIES
CAMBRIDGE, MASSACHUSETTS 02138
U.S.A.
© 2004
0-674-01911-1

TM
Z6675
.N7
FEB
2004
.M376

0-226-17776-6



1020149960

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION



PERCEPCION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN
LA SALA DE PRIMER CONTACTO

Por:

LIC. MA. DE LOS ANGELES MARROQUIN CARDONA

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
con Enfoque en Administración de Servicios

AGOSTO, 2004

983532

TH
Z 6675

.N7

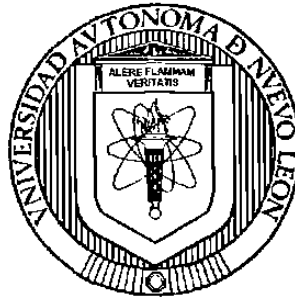
FEn
2004

.M376



FONDO
TESIS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN
LA SALA DE PRIMER CONTACTO

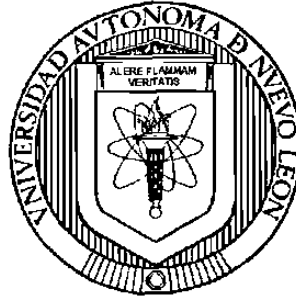
Por

LIC. MA. DE LOS ANGELES MARROQUIN CARDONA

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con Énfasis en Administración de Servicios

AGOSTO, 2004

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN
LA SALA DE PRIMER CONTACTO

Por

LIC. MA. DE LOS ANGELES MARROQUIN CARDONA

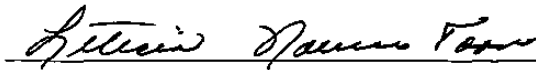
Director de Tesis
MCE. LETICIA NAVARRO TORRES

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con Énfasis en Administración de Servicios

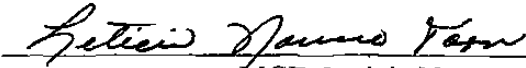
AGOSTO, 2004

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN
LA SALA DE PRIMER CONTACTO

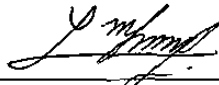
Aprobación de Tesis



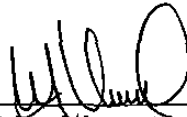
MCE. Leticia Navarro Torres
Director de Tesis




MCE. Leticia Navarro Torres
Presidente



ME. Ma. Guadalupe Moreno Monsiváis
Secretario



MSP. Maria Magdalena Alonso Castillo
Vocal



MSP. Maria Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

A mi asesora de tesis MCE Leticia Navarro Torres por su paciencia, conocimientos, amistad y gran ayuda para la realización de este trabajo.

A la MSP. María Magdalena Alonso Castillo, por compartir su experiencia y conocimientos y por el apoyo brindado.

A la ME. Ma. Guadalupe Moreno Monsiváis por su contribución, conocimientos y ayuda para la realización de este trabajo.

A la PhD Marta Lenise do Prado por su gran ayuda para descubrir otro punto de vista de la investigación.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por permitimos ser parte de su comunidad escolar.

A la Dra. Patricia Pérez Jefe de Educación Médica por su apoyo incondicional.

Al Personal del Centro de Documentación de la Facultad de Medicina Julio Cesar, Leticia y Ma. Dolores por su apoyo incondicional en la búsqueda de artículos.

Al personal de urgencias donde se llevo a cabo el estudio por permitirme y no interferir con mi trabajo.

Dedicatoria

A Dios por brindarme su amor y fortaleza en cada momento de mi vida y permitirme concluir una meta que hoy he alcanzado.

A mis padres Jacinto y Ma. de los Angeles, hermanos Mary, Gilberto, Enrique, José, Jacinto, Antonio, Juan y Alicia por su amor y comprensión y haberme tolerado tantos años de ausencia en la convivencia familiar.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción.	1
Marco de Referencia	3
Estudios Relacionados	3
Supuestos	5
Definición de Términos	5
Capítulo II	
Metodología	
Diseño del Estudio	6
Escenario	6
Población, Muestreo y Muestra	7
Técnica de Colecta de Datos	8
Análisis de Datos	9
Consideraciones Éticas	10
Capítulo III	
Resultados	12
Características Demográficas	12
Categoría	13
Categoría Percepción de la Calidad de Atención	13
Subcategoría Tiempo de Espera	13
Subcategoría Entorno	14
Subcategoría Trato	14
Subcategoría Competencia Profesional	15
Subcategoría Necesidad de Información	16

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Subcategoría Necesidad de Recursos Humanos	17
Subcategoría Percepción del Dolor	17
Capítulo IV	
Discusión	19
Conclusiones	20
Recomendaciones	20
Referencias	22
Apéndices	
A Datos Demográficos y Entrevista Semiestructurada	25
B Consentimiento Informado	26
C Codificación de Datos Textuales en Códigos Vivos y Teóricos	27

Lista de Tablas

Tabla	Página
1 Subcategoría: Tiempo de Espera	28
2 Subcategoría: Entorno	29
3 Subcategoría: Trato	30
4 Subcategoría: Competencia Profesional	31
5 Subcategoría: Necesidad de Información	32
6 Subcategoría: Necesidad de Recursos Humanos	33
7 Subcategoría: Percepción del Dolor	34

RESUMEN

Lic. Ma. de los Angeles Marroquín Cardona
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Agosto, 2004

Título del Estudio: PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA
SALA DE PRIMER CONTACTO

Número de Páginas: 34

Candidato para obtener el Grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería
con Énfasis en Administración de
Servicios

Área de Estudio: Administración de Servicios

Propósito y Método de Estudio: El propósito del estudio fue describir la percepción de la calidad de la atención del paciente, mediante la metodología cualitativa por medio de una entrevista semiestructurada a 30 participantes que estaban recibiendo atención en la sala de primer contacto en el servicio de urgencias. Los participantes se seleccionaron por conveniencia. Las entrevistas se grabaron y transcribieron literalmente, los datos obtenidos se analizaron a través de la teoría fundamentada línea por línea formando códigos abiertos, los cuáles se renombraron y surgieron los códigos axiales, estos se agruparon en categorías, las cuáles al revisar en un segundo momento surgió una categoría con ocho subcategorías. Los principales aspectos que se indagaron fueron con las siguientes preguntas: a) ¿Cómo percibió la atención que acaba de recibir?, b) ¿Quiénes son las personas que lo acaban de asistir?, c) ¿Qué le parece la información que ha recibido?, d) ¿Qué le parece el tiempo para ser atendido?, e) ¿Cuénteme, cómo se siente aquí en urgencias?

Contribuciones y conclusiones: Del total de participantes 10 fueron hombres y 20 mujeres, la edad promedio del grupo fue 37 años, con un intervalo de 23 a 78 años de edad; el 47% de los participantes se dedicaban al hogar, el 33% eran empleados y el 20% restante estaban pensionados. El estudio permitió conocer los componentes importantes de la calidad de atención desde la percepción de quienes recibieron atención en urgencias. Los participantes mostraron insatisfacción en algún momento de su estancia hospitalaria. La categoría encontrada fue percepción de la calidad de atención y siete subcategorías: a) tiempo de espera, b) entorno, c) trato, d) competencia profesional, e) necesidad de información, f) necesidad de recursos humanos y g) percepción del dolor.

En un futuro se podrían realizar acciones tendientes a mejorar la calidad de atención que proporciona enfermería utilizando estas categorías como componentes del cuidado.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: 

Capítulo I

Introducción

Impulsar la atención de salud, implica un proceso en el cual los gestores de una organización movilizan una serie de recursos humanos y del entorno con la intención de favorecer el cuidado de la persona que vive experiencias relacionadas con la alteración de la salud y percibe de manera constante la interacción con el proveedor del cuidado en el sistema hospitalario. La atención debe ofrecerse en un marco de garantía de calidad competitiva, que satisfaga las necesidades de los clientes, ya que estos se han convertido en el principal centro e impulso para elevar la calidad de los servicios sanitarios, por lo que su grado de satisfacción es el indicador fundamental de la calidad asistencial (Díaz, 2002).

La importancia de la calidad del cuidado dentro de los departamentos de urgencias esta recibiendo gran atención. Esto debido a que la mayoría de los departamentos de urgencias tienen el censo más alto de internamientos en los hospitales y es el lugar donde se lleva a cabo la primera impresión de la calidad que se forma el usuario tanto del personal como de la institución de salud (Hall, 1996).

La medición de la calidad de atención en un servicio de urgencias es compleja, por las múltiples variables que la determinan. Existen estudios que mencionan la puntualidad del servicio, la oportunidad de atención, la amabilidad del personal, atención de asistentes, limpieza del lugar, infraestructura, presentación del personal, trato humano, capacidad técnica e información como variables que determinan la calidad de atención desde la percepción del paciente (Peña, 2002, Jiménez et al., 2003).

El personal de enfermería representa la mayor proporción de profesionales comprometidos con el cuidado directo del paciente (McCance, 2003). En los servicios de urgencias por lo general las enfermeras son las que establecen el primer contacto con los pacientes y la relación que se establece en este momento puede ser decisiva para la satisfacción del paciente con la institución de salud (Raper, 1996).

La revisión de la literatura reveló que existe diversidad de estudios bajo el método cuantitativo que explora el fenómeno de calidad, sin embargo, un problema que existe con relación a estos estudios, es que los resultados pacientes tienden a expresar altos niveles de satisfacción con la mayoría de los instrumentos de satisfacción utilizados. Esto es ocasionado por efectos normativos en la elaboración de dichos instrumentos, así como los métodos utilizados en la recolección de datos, los cuales tienden a sesgar en sentido positivo su opinión con respecto a la atención recibida. Diversos autores recomiendan que el fenómeno de satisfacción debe ser visto bajo un enfoque cualitativo ya que permite considerar dimensiones de la satisfacción del paciente que no pueden ser abordados bajo otros métodos (Aharony & Strasser, 1993).

Durante la experiencia personal del autor del estudio, se ha observado que el papel de la enfermera en el departamento de urgencias es de gran responsabilidad, y se tiene el supuesto de que en el trabajo cotidiano se está haciendo las cosas con calidad y que la mayoría de los pacientes están satisfechos con el servicio que se proporciona. Sin embargo, los pacientes realizan comentarios en sentido contrario, observándose incongruencias entre lo que perciben las enfermeras y los pacientes.

Estas observaciones motivaron a proponer la presente investigación que tuvo como propósito describir la percepción del paciente respecto a la calidad de atención recibida en la sala de primer contacto en el departamento de urgencias en una institución de seguridad social. Para lo cual se utilizó una aproximación cualitativa que permitió profundizar sobre este fenómeno en un ambiente natural.

Marco de Referencia

La calidad de atención médica es un factor estratégico clave; la Organización Mundial de la Salud la define como el logro de un alto nivel de excelencia profesional y de satisfacción del paciente, la existencia de mínimos riesgos y el uso eficiente de los recursos (Gilmore & Morales, 1996)

Las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención en salud, publicadas en los ámbitos nacionales e internacionales durante los últimos 15 años, se han venido justificando en el modelo desarrollado por Donabedian (1980). Donde el autor reconoce que la calidad de atención presenta dos dimensiones. La dimensión técnica, que se refiere a la aplicación de conocimientos para resolver los problemas de salud, y la dimensión interpersonal que es la interacción que se da entre los profesionales y el paciente al momento de proporcionar la atención. Ambas dimensiones son inseparables y ocurren de manera simultánea cada vez que una persona entra en contacto con los servicios de salud. También menciona que el personal de salud define la calidad de atención de distinta manera a los pacientes, para el personal de salud la calidad de atención se refiere a proporcionar un diagnóstico y tratamiento adecuado al paciente, sin embargo los pacientes hospitalizados se enfocan más a los aspectos interpersonales de la atención.

Estudios Relacionados

A continuación se presentan diversos estudios relacionados con las percepciones del paciente acerca de la calidad de atención del cuidado.

Redmond y Sorrell (1998) realizaron un estudio cualitativo fenomenológico con el propósito de describir la experiencia vivida de satisfacción con el cuidado de enfermería en 20 participantes después del alta de emergencias de dos hospitales rurales. Del análisis de datos surgieron tres temas: a) vigilancia constante, b) atención cuidadosa

y c) el hospital: hogar y desamparo. Las historias de este estudio sugirieron que las enfermeras pueden servir como enlaces de comunicación y de restauración de la salud cuando los pacientes están demasiado agotados y como enlaces de seguridad para los pacientes ayudándolos a lograr la calidad de su cuidado de su salud.

Watson, Marshall y Fosbinder (1999) llevaron a cabo un estudio fenomenológico con el propósito de describir las percepciones de calidad de personas mayores con el cuidado en el departamento de emergencias. Se entrevistaron a 13 personas mayores. Del análisis de datos surgieron los temas: a) Necesidad de información, b) observaciones de tiempo de espera, c) percepciones de competencia profesional y servicio afectuoso, d) preocupaciones sobre el ambiente y facilidad de diseño hospitalario y e) tolerancia personal. Estas percepciones ofrecieron información con respecto al cuidado y necesidades de las personas mayores en los departamentos de emergencia.

McCance (2003) reportó los hallazgos de un estudio cualitativo fenomenológico con aproximación a la hermenéutica, donde exploró la experiencia de calidad cuidado del paciente proporcionado por enfermeras en unidades médicas y quirúrgicas en un hospital general. Utilizó el método de narración, entrevistó a 24 pacientes en sus casas poco después del alta hospitalaria. Del análisis de datos se formaron tres categorías que comprendieron la experiencia del cuidado con enfermería: a) atributos de la enfermera, b) resultados de la organización y c) atributos del paciente.

Tasso, Behar-Horestin, Aumiller y Glamble (2002) realizaron un estudio cualitativo con el propósito de investigar la satisfacción del paciente utilizando la entrevista profunda y la observación para evaluar las percepciones del paciente con la calidad de cuidado proporcionado en unidades médico quirúrgicas. Del análisis de datos surgieron tres categorías: a) cuidado técnico, b) cuidado interpersonal y c) cuidado agradable. La mayoría de los pacientes estuvieron satisfechos con el tratamiento y calidad de cuidado.

Casado (2002) realizó un estudio cualitativo para descubrir como perciben los pacientes los cuidados de enfermería y la satisfacción. Utilizó el muestreo intencional teórico, al analizar los datos las percepciones de cuidado se relacionaron con solicitar a la enfermera cariño y simpatía, información, trato e identificación de los cuidados de enfermería.

Supuestos

A continuación se enuncia el supuesto sobre el tema investigado del que parte la autora del estudio:

La calidad de atención esta determinada por distintos atributos técnicos e interpersonales.

Definición de Términos

Calidad de la atención es la percepción del paciente acerca de la atención que proporciona el personal de enfermería durante la estancia hospitalaria, incluye aspectos técnicos e interpersonales.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe el diseño del estudio, escenario, población, muestreo y muestra, la técnica de colección de datos, el análisis de los datos y las consideraciones éticas.

Diseño del Estudio

Para este estudio se planteó una metodología cualitativa, exploratoria a través del método de la Teoría Fundamentada que permite la descripción de los fenómenos sociales como en este caso (Glaser & Strauss, 1967).

Escenario

El estudio se realizó en el departamento de urgencias en el área de primer contacto de un Hospital General de Zona de seguido nivel de seguridad social del área metropolitana.

El departamento de urgencias esta conformado por una sala de observación adultos, una sala de observación de pediatría, cinco consultorios (dos de pediatría y tres de adultos) y un área de primer contacto.

El área de primer contacto comprende un consultorio, que cuenta con una camilla de exploración, una mesa de trabajo de enfermería, un carro de curaciones, una mesa pauster, una tarja con lavabo, una mesa con material de consumo y medicamentos que en su mayoría son analgésicos, un anaquel para soluciones y ropa, un electrocardiograma, toma de pared de oxígeno, toma de pared de aspiración, baumanómetro de pared, un estetoscopio, dos termómetros, una silla para paciente y dos bancos. Adicional a este consultorio se encuentra un pasillo con catorce sillas, tres camillas de piso y varios tripies, se cuenta con un baño para pacientes adultos y uno para pediatría que es utilizado por ambos sexos.

El personal adscrito a esta área es una enfermera general y un auxiliar de enfermería en cada turno, el número de pacientes diarios en promedio es de 60 pacientes, de los cuales el 60% se queda en el área de primer contacto y el resto pasa a la sala de observación. Los diagnósticos más frecuentes son litiasis renal, hematuria, cefalea, lumbalgia, colecistolitiasis entre otros. Los procedimientos que frecuentemente se realizan son canalizaciones intravenosas, toma de signos vitales, extracción de muestras sanguíneas, toma de electrocardiogramas, instalaciones o cambios de sondas vesicales, instalación de uroclísis, realización de curaciones, aplicación de inyectables, aplicación de soluciones, administración de medicamentos, aplicación de enemas evacuantes, envío de pacientes a estudios de gabinete (radiografías, ecografías), solicitud de dietas indicadas y pasar a los pacientes que van a la sala de observación con pulsera, con cambio de ropa de paciente, canalizados y muestras de laboratorio ya extraídas. El síntoma característico en la sala de primer contacto es el dolor en la mayoría de los pacientes.

Población, Muestreo y Muestra

La población de interés estuvo constituida por participantes que estuvieran recibiendo atención en la sala de primer contacto con los siguientes criterios de inclusión: mayores de 18 años de edad, que contaron con cuatro o más horas de estancia hospitalaria, de ambos sexos, ubicados en lugar, tiempo y espacio, que no tuvieran problemas de comunicación y que por su demanda de atención desearán participar en la entrevista.

El muestreo fue por conveniencia dado que estuvo determinado por 30 participantes que aceptaron la entrevista. La adecuación del tamaño de la muestra fue basada en el concepto de saturación, la cual se describe como colección de datos hasta no obtener nueva información (Morse, 2003).

Técnica de Colección de Datos

La fuente de los datos fueron las situaciones naturales donde se encontraba el participante, siendo el investigador autor del estudio el principal instrumento de recolección de datos.

La recolección de datos finales se realizó por tres meses, el investigador permaneció un máximo de siete horas diarias en el área de primer contacto para observar la interacción del personal y los participantes. Al elegir a un participante se le solicitaba su autorización para realizar la entrevista, basada en una guía de entrevista semiestructurada (Apéndice A), a los participantes que aceptaron participar en el estudio se les pidió firmar el consentimiento informado (Apéndice B), el cual menciona el propósito del estudio, el anonimato, la participación voluntaria y el derecho de retirarse cuando lo desee, sin que por ello se afectara la atención que recibe en la institución de salud.

Una vez identificados los participantes en la sala de primer contacto, se abordaron gradualmente cuidando los aspectos éticos y de comodidad del paciente utilizando la entrevista semiestructurada y la observación no participante. Donde la observación no participante facilitó la entrada al escenario y verificó el diálogo de las entrevistas entre lo que el participante dijo y lo que realmente tuvo lugar en la práctica las cuales se anotaron como *notas de campo*.

La entrevista semiestructurada dio libertad al investigador de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre el tema deseado y motivó al participante a hablar sobre sus percepciones con la atención recibida durante el tiempo que permaneció ingresado en la sala de primer contacto.

Las entrevistas se realizaron al momento de estar siendo atendido por el personal de enfermería, fueron grabadas en audio casete y transcritas literalmente por la autora

del estudio inmediatamente después de realizarlas sin que pasaran más de 24 horas, a cada participante se le identificó con una clave.

Después de transcribir cada entrevista el investigador leyó las notas de campo y al mismo tiempo escuchaba las grabaciones. Este proceso ayudó a identificar cualquier error en la transcripción. Este procedimiento se realizó en cada una de las entrevistas.

Análisis de Datos

El análisis de los datos se realizó en forma simultánea a la recolección de la información. Para hacerlo se siguió lo recomendado por el método de comparación de la teoría fundamentada. Para garantizar la validez se tuvieron en cuenta los criterios de credibilidad y veracidad, es decir, se partió del principio de que las categorías emergieron de forma natural, o sea que estuvieron apoyadas en los datos dados por los participantes a través de las entrevistas y llegaron a la saturación; el procedimiento que permitió la validación fue el muestreo teórico.

Las entrevistas se codificaron línea por línea (Glaser, 1978), primero se escribió en el margen derecho la palabra tal como lo expresa el paciente (código vivo), de acuerdo al tema se subrayaron por colores para distinguirlos. Se agruparon todos los códigos vivos similares y se asignaron a un nuevo código que los representó. Una vez producidos los nuevos códigos se volvieron a leer cada entrevista a fin de verificar que el código realmente correspondiera al texto de la entrevista (Apéndice C).

El análisis de los códigos se llevó a cabo a través la codificación abierta y la codificación axial (Strauss & Corbin, 1998), donde la codificación abierta consistió en examinar línea por línea las transcripciones para generar los códigos iniciales vivos y el proceso de volver a revisar datos y establecer una relación entre categorías y subcategorías fue la codificación axial o teórica.

Consideraciones Éticas

Las consideraciones éticas que a continuación se enuncian se derivan del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Seres Humanos, (Secretaría de Salud, 1987). Los datos de los participantes fueron usados por la autora solamente para fines de la investigación. Se contó con el dictamen de las Comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y de la institución participante.

De acuerdo al Título Segundo, Capítulo I: La investigación se realizó respetando los derechos humanos de los participantes como es la confiabilidad de sus respuestas y la libertad de participación. En la entrevista no se solicitó el nombre ni la dirección, a fin de asegurar la confidencialidad y la libre decisión de participar o no.

Artículo 14, Fracción VII: Se contó con el dictamen de la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, con el fin de proteger los derechos éticos de las personas.

Artículo 17, Fracción I: Se consideró una investigación sin riesgo, ya que no se utilizaron intervenciones y sólo se realizó una entrevista para conocer la percepción con la asistencia recibida en la sala de primer contacto en el departamento de urgencias.

Artículo 20: El consentimiento informado fue por escrito.

Artículo 21, Fracción VII: Se hizo saber que tenía la libertad de retirarse en cualquier momento que lo deseara y dejar de participar sin que ello representara represalias en la atención que estaba recibiendo o en cualquier situación en la que solicitara atención en la institución de salud.

Fracción VIII: Para proteger el anonimato del participante se mencionó que el consentimiento no llevara nombre sólo la firma y a la entrevista se le pondría una clave numérica (P1, P2,..). El participante tuvo la seguridad de que no se identificó y se

mantuvo la confidencialidad de la información proporcionada, por lo cual las cintas de audio se destruirán a los tres meses posteriores a finalizar el estudio.

Los aspectos éticos en la investigación cualitativa suelen ser menos visibles y más sutiles que en la investigación cuantitativa. Esto es por las características de los métodos y técnicas cualitativas que suelen ser de formas más cercanas con los participantes y de gran compromiso. Las cuestiones éticas de estos estudios recaen directamente en el investigador ya que ésta se aplica directamente durante el desarrollo de la investigación (Morse, 2003).

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se describen los resultados de las percepciones de los participantes sobre la calidad de atención en la sala de primer contacto en el servicio de urgencias, en donde se exploró la experiencia de los pacientes con respecto a la atención recibida. Se realizaron entrevistas de persona a persona en 30 participantes que se encontraban en dicho servicio, los hallazgos ayudaron a describir distintas categorías relacionadas con la atención brindada por el servicio. Los principales aspectos indagados estuvieron en función de las siguientes preguntas: a) ¿Cómo percibió la atención que acaba de recibir?, b) ¿Quiénes son las personas que lo acaban de asistir?, c) ¿Qué le parece la información que ha recibido?, d) ¿Qué le parece el tiempo para ser atendido?, e) ¿Cuénteme, cómo se siente aquí en urgencias?

Primero se presentan las características sociodemográficas de los entrevistados, enseguida el análisis de los datos organizados por categorías y subcategorías.

Características Demográficas

Al inicio de la entrevista se solicitaron datos demográficos del participante por medio de preguntas, solicitándole la edad, ocupación, motivo de consulta y experiencias previas en el servicio de urgencias. La información se saturó con 30 participantes de los cuales 10 fueron hombres y 20 mujeres, la edad promedio del grupo fue 37 años, con un intervalo de 23 a 78 años de edad. Los entrevistados se dedicaban al hogar en un 47%, empleados un 33% y el 20% restante fueron pensionados. De los entrevistados el 60% tenía experiencia previa con el servicio y el 40% restantes no habían necesitado el servicio de urgencias de ese hospital. El síntoma de mayor demanda de atención fue el dolor en 22 participantes.

Categoría

Con base al análisis de la información se identificó una categoría con subcategorías que emergieron de la información proporcionada por el participante, apoyadas mediante la grabación de las entrevistas y las notas de campo. Para hacer una mejor explicación del proceso se citan algunos de los ejemplos de códigos vivos más repetitivos que mencionaron los participantes en cada subcategoría.

Categoría Percepción de la Calidad de Atención

Dentro de esta categoría se identificaron varias subcategorías que incluyeron: tiempo de espera, entorno, trato, competencia profesional, necesidad de información, necesidad de recursos humanos y percepción del dolor.

Subcategoría Tiempo de Espera

El tiempo de espera fue un factor crítico identificado por todos los informantes, siempre fue notorio que era prolongado. Con base al análisis de los datos cabe destacar las siguientes manifestaciones de los participantes.

Pues ya tengo buen rato, fíjese que llegue desde las cuatro de la tarde y ya son las 8:30 de la noche, ...me supongo que todavía no llegan los exámenes... creo que tengo mucho tiempo aquí.

El tiempo que uno espera para que lo atiendan es horrible, tengo cinco horas aquí, ... todavía no me hacen el dichoso estudio, los exámenes todavía no llegan, ... ya no vi al doctor que me atendió.

Creo que es demasiado tiempo, ...yo tengo familia que atender, tengo que estar aquí esperando, ...y aguantar la espera por el dolor que traigo

La codificación de los datos de esta subcategoría de tiempo de espera arrojó los siguientes códigos vivos (Tabla 1).

Subcategoría Entorno

En el entorno los participantes hicieron mención sobre la preocupación que tenían sobre el estado físico de las instalaciones, así como el ir y venir de las personas en el servicio, comentando lo siguiente:

Yo veo que mientras entran y salen las enfermeras al cambiar el turno desatienden al paciente mientras se enrolan en el trabajo... les preguntamos algo, ... dicen me permite, espérese no tengo los resultados.

Creo que esto no debería de llamarse urgencias sino... pasillo incómodo yo creo que las personas encargadas no han estado enfermos... sentado varias horas en esta sillas.....no saben lo incómodo que es.

El lugar donde están las enfermeras debería de estar más grande y limpio se ve muy sucio y desordenado...las cosas se ven deterioradas... las sábanas están muy sucias y ahí nos acuestan.

La codificación de los datos de esta subcategoría de entorno arrojó los siguientes códigos vivos (Tabla 2).

Subcategoría Trato

Con relación al trato, los participantes mencionaron sentimientos negativos como son los siguientes:

Aquí si uno empieza a exigir le va más mal y entonces si lo dejan al último o le cierran la puerta... siempre es así.

Debería tener el personal calidad humana para tratar a los demás, mira a la gente... como la tienen tirada en el suelo, en esas camillas... eso va en contra de la dignidad de la persona.

Pobre hombre, lo tiran como un animalito y qué hace el pobre... a de decir que mientras lo atiendan...pero si uno no viene a pedir limosna ni favores viene a solicitar atención de urgencias.

La enfermera que me tocó no me habló no dijo nada...hizo las cosas muy mecánicas y nunca me dirigió la palabra en todo el rato que estuve ahí internada.

La codificación de los datos de esta subcategoría de trato arrojó los siguientes códigos vivos (Tabla 3).

Subcategoría Competencia Profesional

El total de los participantes mencionaron que la enfermera (o) fue quien les sacó los exámenes de laboratorio, los canalizó, les administró el suero y medicamento, pero para ellos son cosas que indica el médico y la enfermera sólo las ejecuta, realizando los siguientes comentarios:

Ya le pregunte a la enfermera... me dice que hasta que me vea el doctor, ya le dije que me pusiera para el dolor mientras estoy aquí sentada o qué las enfermeras no saben, el doctor es el que sabe que ponerme.

Los médicos nada más te consultan y nos pasan para acá...y hacen responsables a las enfermeras, pero ellas no saben, solo hacen lo que les dice el doctor.

Los enfermeros son las que ayudan al doctor, el doctor les dice lo que ellos hagan, como a mí, el doctor dijo que me iban a sacar unos exámenes y me paso para acá con ellos.

La codificación de los datos de esta subcategoría competencia profesional esta conformada por los siguientes códigos vivos (Tabla 4).

Subcategoría Necesidad de Información

Respecto a la información, habitualmente los participantes expresaron que se limito a saber tentativamente un diagnóstico y depender del resultado de los exámenes complementarios de laboratorio, donde el familiar permaneció en la sala de espera en ocasiones sin recibir información. En la mayoría de los participantes la falta de información generó angustia e insatisfacción. Las declaraciones incluyeron

No me han dado información, hasta que lleguen los exámenes, quienes me preocupan son mi esposa y mi hija, que están afuera y no saben nada de mí, yo quisiera que alguien les dijera que estoy bien aquí.

No me han dicho nada de lo que tengo, estoy esperando los exámenes, me dijeron que se tardaban mucho, pero mi mamá esta afuera con mi hijo y no saben como estoy.

No me han dado información, estoy esperando que lleguen los exámenes de laboratorio, hasta que lleguen me vuelve a checar el doctor y me dice que es lo que tengo, yo quiero que le informen a mi esposo como estoy para que no se preocupe.

La codificación de los datos de esta subcategoría necesidad de información esta conformada por los siguientes códigos vivos (Tabla 5).

Subcategoría Necesidad de Recursos Humanos

En esta área clave la enfermera esta centrada en las tareas que tiene que realizar, pero no en las personas que tiene que cuidar, los participantes lo percibieron e interpretaron como sobrecarga de trabajo por falta de personal, mencionando

Aquí hay mucho trabajo, deberían de poner más personal, en lugar de ser una canalizadora que sean dos o tres, porque un solo canalizador no se dan abasto.

Lo que pasa aquí en urgencias es que hay mucha gente...muchos más urgentes que otros... los enfermeros tienen mucho trabajo aquí y falta gente que atienda para que esto se agilice.

Las enfermeras no me pueden llevar a tomar el ECO están muy ocupadas y no pueden dejar aquí por que se les atrasa todo, siempre es así en la tarde, deberían de mandar ayuda, porque hay más médicos que enfermeros.

La codificación de los datos de esta subcategoría de necesidad de recursos humanos esta conformada por los siguientes códigos vivos (Tabla 6).

Subcategoría Percepción del Dolor

El dolor fue un síntoma que expresó una necesidad del paciente y fue el detonador de temor, angustia y sensación de gravedad en urgencias, los comentarios manifestados fueron los siguientes:

No creo que sea tan importante que me digan su nombre, yo lo que quiero es que me quiten este dolor que traigo.

Es demasiado el tiempo que tengo aquí...no me dan nada para el dolor, nada más me dicen que no me pueden poner nada por si es apendicitis, esto ni parece urgencias.

Estoy aquí sentada esperando los resultados de los exámenes, me pusieron un suero pero yo lo que traigo es mucho dolor y no me ponen nada, cuando trae uno dolor el tiempo se te hace más largo.

La codificación de los datos de esta subcategoría sobre percepción del dolor esta conformada por los siguientes códigos vivos (Tabla 7).

Capítulo IV

Discusión

El presente estudio tuvo como propósito describir la calidad de la atención proporcionada en la sala de primer contacto. Los resultados fueron consistentes con los hallazgos encontrados por otros investigadores (Donabedian, 1980., Perucca, 2001) quienes han reportado que el juicio de los pacientes sobre la calidad de atención se basa en el tipo de respuesta emitida por los proveedores de la salud hacia las necesidades de los pacientes. En el presente estudio la categoría y subcategorías descritas por los participantes son consistentes con temas o categorías encontradas por otros autores (Watson, et al. 1999; Redmon & Sorrell, 1998; McCance, 2003), lo cual demuestra que son elementos importantes que deben ser considerados en el cuidado de enfermería para lograr la calidad desde el punto de vista de quien recibe la atención.

Respecto al tiempo de espera, los hallazgos del presente estudio mostraron similitud con DelGidice (2000) quién reportó que los pacientes que tienen que esperar para ser atendidos, sienten que no se les respeta o que no son importantes para el proveedor. Esta es una de las principales demandas que la Encuestas Nacional de Satisfacción con los Servicio de Salud del año 2000 a documentado que el tiempo de espera en un servicio de urgencias es un factor que altera los principios de calidad ya que representa la diferencia entre la vida y la muerte.

Los resultados de este estudio sobre las subcategorías: necesidad de información, competencia profesional, entorno y trato, concuerdan con lo reportado por Watson et al. donde se menciona que el paciente en urgencias quiere ser informado sobre su condición y los procesos que se realizan, al igual es apoyado con lo señalado por Irurita, (1998) quien menciona que la información proporcionada por el equipo de salud, la competencia y la falta de recursos de humanos, son aspectos importantes relacionados con la evaluación de la calidad de atención.

Contrariamente a lo reportado por Casados (2002) donde describe como perciben los pacientes los cuidados de enfermería y la satisfacción los hallazgos en este estudio fueron contrarios, ya que se encontró que los participantes expresaron percepciones negativas respecto a la calidad de atención recibida, probablemente esto se debe a que el método cualitativo permite expresar con más profundidad las emociones, sentimientos y percepciones de la calidad de atención recibida.

Conclusiones

Con el fin de conocer el proceso social de recibir atención de salud en la sala de primer contacto en el servicio de urgencias desde la percepción del participante, utilizando la teoría fundamentada se obtuvieron un número importante de significados para comprender los hallazgos del estudio; los resultados ayudaron a identificar la categoría percepción de calidad de atención y las subcategorías tiempo de espera, entorno, trato, competencia profesional, necesidad de información, necesidad de recursos humanos y percepción del dolor

Durante las entrevistas, los participantes identificaron sus percepciones sobre la calidad de atención, siendo en su mayoría experiencias negativas con algún factor que determinan la calidad de atención.

Se puede concluir que el uso de la teoría fundamentada respecto a la calidad de atención permitió visualizar formas más sutiles en que las intervenciones de enfermería pueden ayudar a mejorar la calidad.

Recomendaciones

Se sugiere continuar abordando la temática de la calidad del paciente en área hospitalaria desde el enfoque cualitativo, con la finalidad profundizar en el factor tiempo de espera y de contacto del paciente con el personal de salud.

Realizar un estudio en el cual se pueda apreciar tanto la percepción de calidad del usuario y del proveedor bajo el enfoque cualitativo.

Referencias

- Aharony, L. & Strasser, S. (1993). Patient satisfaction: What we know about and what we still need to explore. *Medical Care Review*, 50(1),49-79.
- Casado, A.M. (2002). Estudio Cualitativo para conocer la satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería en el Hospital General Universitario de Alicante. Rescatado: 12 mayo 2003 de: <http://www.scele.enfe.ua.es>
- DelGuidice, M.(2000). A rapid response reaps rewards: Prompt attention to call is the key to patient satisfaction at this hospital. *Strategies for Healthcare Excellence*, 7-10.
- Díaz, R. (2002). Satisfacción del paciente, principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Revista de Calidad Asistencial*,17(1),22-29.
- Donabedian, M. (1980). The definition of quality assesement. Exploration in quality assesement and monitoring. Vol. 1. *An Abord, MI: Health Administration Press*.
- Gilmore, M., & Morales, N. (1996). Manual de gerencia de la calidad. Washington, DC: OPS-OMS; p. 1-18
- Glaser, B.C. (1978). *Theoretical Sensitivity*. São Fransisco: Sociology Press.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded theory*. New York, Aldine de Gruyter.
- Hall, M.F. (1996). Keys to patient satisfaction in the emergency department: Result of a multiple facility study. *Hospital & Health Service Administration*, 41(4), 515-532.
- Irurita, V.F. (1998). Factors affecting the quality of nursing care: the patients perspective. *International Journal of nursing practice*, 5;86-94.

- Jiménez, V. M., Ortega, V.C., Cruz, A.G., Cruz, C.M., Quintero, B.M. & Mendoza, R.V. (2003). Satisfacción del usuario como indicador de calidad. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 11(2),58-65.
- McCance, T.V.(2003). Caring in Nursing Practice: The development of a Conceptual Framework. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 17(2),101-116.
- Morse, J. M. (2003). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. (1ª edición en español) Colombia: Universidad de Antioquia.
- Peña, V.R. (2002). Calidad en medicina de urgencias, una necesidad de nuestros días *Revista Mexicana de Medicina de Urgencias*, 1(1),31-36.
- Perucca, R. (2001). Consumers with options. *Nursing Management*, 32(9):20-24.
- Raper, J. (1996). A cognitive approach to patient satisfaction with emergency department nursing care. *Journal of Nursing Care Quality*, 10(4),48-58.
- Redmond, G. & Sorrell, J. (1998). Studying patient satisfaction: patient voices of quality. *Outcome Management for Nursing Practice*, 3(2): 67-72.
- Secretaría de Salud (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación de Salud*, México.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Thousand Oaks, Sage.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Second Edition. procedures and techniques. Thousand Oaks, Sage.
- Tasso, K., Behar-Horestein L., Aumiller, A. & Gamble, K. (2002). Assessing patient satisfaction and quality of care through observation and interview. *Hospital Topics*, 80(3),4-16.
- Watson, W., Marshall, E., & Fosbinder, D.(1999). Elderly patient's perceptions of care in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 25(2),88-92.

Apéndices

Apéndice A

Datos Demográficos

Edad _____

Ocupación _____

Motivo de consulta _____

¿Es la primera vez que viene aquí a urgencias? _____

Entrevista Semiestructurada

1. ¿Cómo percibió la atención que acaba de recibir?
2. ¿Quiénes son las personas que lo acaban de asistir?
3. ¿Qué le parece la información que ha recibido?
4. ¿Qué le parece el tiempo para ser atendido?
5. ¿Cuénteme como se siente aquí en urgencias?

Apéndice B

Consentimiento Informado

Percepciones de la calidad de atención en sala de primer contacto

Acepto participar en forma voluntaria y anónima en el estudio: Percepciones de la calidad de atención en sala de primer contacto, donde se me aplicará una entrevista por medio de preguntas que me realizará la Lic. Ma. de los Angeles Marroquín Cardona responsable de este estudio como parte de su programa de maestría en enfermería.

Mi participación consiste en mencionar unas preguntas relacionadas con mi percepción acerca de la atención que estoy recibiendo en el servicio de urgencias desde mi llegada a solicitar atención médica.

Sé que lo que responda ayudará a conocer la forma en que estoy siendo atendido (a), y que esta información puede ser utilizada para mejorar el servicio de urgencias.

Se me informo que la entrevista será grabada para no distorsionar (alterar) mis respuestas y que Angeles realizará anotaciones de mis comentarios pero esta información será manejada confidencialmente por lo que no se vera afectada la atención que estoy recibiendo en urgencias.

Se me explicó que no corro ningún riesgo, que la información que proporcione será manejada confidencialmente por lo que no se vera afectada la atención que estoy recibiendo en urgencias.

Firma del entrevistado

Firma del entrevistador

Fecha: _____

Apéndice C

Codificación de Datos Textuales en Códigos Vivos y Teóricos

Dato	Código vivo	Código teórico
<p>La enfermera estaba sonriente me dio tres piquetes para encontrarme la vena, dice que están muy difíciles pero yo creo se reía de nervios y me dijo que tenia que esperar cono cuatro horas para los resultados, aun me duele mucho.</p>	<p>La enfermera estaba sonriente</p> <p>Me dio tres piquetes para encontrarme la vena</p> <p>Creo que se reía de nervios.</p> <p>Dijo que tenia que esperar como cuatro horas</p> <p>Me duele mucho</p>	<p>Percepción de trato</p> <p>Competencia de enfermería</p> <p>Competencia de enfermería.</p> <p>Percepción de tiempo de espera</p> <p>Percepción de dolor</p>

Tabla 1

Subcategoría: Tiempo de Espera

Códigos Vivos

- No me quejo, siempre hay que esperar aquí más de cinco horas
 - Se supone que es urgencias y deben de recibir a uno rápido para que pase con el doctor
 - El tiempo que uno espera aquí es horrible
 - Ni modo tengo que esperar
 - Para mí cuatro horas es mucho tiempo
 - El tiempo de espera es muy largo
 - Que ganas con enojarte cuando se tardan, como quiera te tienes que esperar
 - Es mas lo que uno esta aquí sentado, que lo que se tarda el doctor en verte
 - Tengo que esperar también para que me hagan el estudio
 - El tiempo de espera hoy fue de seis horas, la vez pasada fue de 12 horas
 - En el seguro siempre se tardan para todo
 - Aquí dura uno esperando al urólogo casi 12 horas para que venga a verte, si bien te va
-

Tabla 2

Subcategoría: Entorno

Códigos Vivos

- Se ve muy sucio y desordenado
 - Las instalaciones están muy sucias
 - Que sucio se ve aquí, se supone que es un hospital
 - Se ve sucio donde trabajan las enfermeras
 - Hay mucha gente aquí en el pasillo
 - Aquí en el pasillo uno nada más esta estorbando
 - Las camillas que están en el suelo no se ven bien para los pacientes
 - Me imaginaba que urgencias era otra cosa más grande y ordenado
 - Quisiera estar acostado en otro lugar y no estorbar
 - El baño huele mal
 - Me da una impresión de una desorganización aquí en urgencias
 - Las sillas son muy incómodas y no puedes extender las piernas por que estorbas
-

Tabla 3

Subcategoría: Trato

Códigos Vivos

- Lo que quiero es que me atiendan bien
 - El personal de aquí esta peor, no me hacen caso
 - La enfermera no hizo caso cuando le dije que iba a batallar para encontrarme la vena de la mano izquierda y me maltrato mucho
 - Me están atendiendo, ellos no tienen la culpa de no tener otro lugar donde ponerte, te ponen donde pueden, conque no te traten mal, todo aguanto
 - Yo no los molesto para que no me traten mal
 - El vigilante saco a mi hija cuando quería verme
 - La enfermera cerro la puerta y no quiso que entrara a preguntarle
 - Uno se acostumbra en el seguro a que lo traten mal, pero no tenemos a donde ir
 - Deberían ser más amables con los pacientes
-

Tabla 4

Subcategoría: Competencia Profesional

Códigos Vivos

- Las enfermeras no se lavan las manos
 - En laboratorio son lentos para trabajar.
 - Son muy rutinarios
 - Toman los exámenes y los dejan que se junten y los llevan mucho tiempo después
 - Yo pensé que me iban a sacar un electro por la taquicardia que dijo el doctor que traigo
 - Ayer vine y me dijeron que era gastritis y hoy dicen que es de la vesícula, que se pongan de acuerdo
 - Considero que aquí la atención esta muy mal
 - Son muy autómatas están rutinizados
 - Cuando cambian de turno desatienden a los pacientes
 - Las enfermeras no saben, ellas nada más hacen lo que el doctor les dice
 - Nadie se hace responsable de uno, el doctor nos pasa para acá y los enfermeros nada mas dicen que los exámenes no han llegado
 - La enfermera no sabe picar las venas, no me la encontró y jurguniaba la aguja mucho hasta que vino otra
-

Tabla 5

Subcategoría: Necesidad de Información

Códigos Vivos

- No me han dado información hasta que lleguen los laboratorios
 - No me dijo nada sólo que esperara
 - En verdad no me han dicho nada
 - Nada más dicen que no me pueden poner nada y no dicen por qué
 - Todavía no se lo que tengo
 - Yo quisiera que alguien le dijera a mi familiar que estoy bien
 - El doctor nada mas me dijo que ahí la llevo
 - No se que es este medicamento que me están pasando
 - Aquí no dan información
 - Es angustiante cuando no te dicen que tienes
 - La enfermera dice que ella no da informes
-

Tabla 6

Subcategoría: Necesidad de Recursos Humanos

Códigos Vivos

- Solo dejan un médico urólogo los fines de semana
 - Deberían contratar más médicos urólogos
 - Las enfermeras tienen *mucho trabajo* y no pueden dejar solo aquí
 - Deberían de poner más enfermeras aquí
 - Yo si fuera encargada pondría más enfermeras cuando se llena
 - Ay mucho trabajo deberían mandar mas enfermeras
-

Tabla 7

Subcategoría: Percepción del Dolor

Códigos Vivos

- Me atendieron rápido por el dolor que traía tan fuerte.
 - No es tan importante que se presenten, lo que uno quiere es que te atiendan y te quiten el dolor.
 - Con el dolor que traigo no me importa si se presentan los de aquí, lo que quiero saber es el nombre del urólogo.
 - Mientras me pongan para el dolor, lo demás no importa.
 - El tiempo de espera se hace más largo cuando tienes dolor.
 - Yo soy muy desesperado cuando traigo dolor, por eso me quiero ir de aquí.
 - Ya es el segundo suero que me ponen y no se me quita el dolor.
-

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Ma. de los Angeles Marroquín Cardona

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería con
Énfasis en Administración de Servicios

Tesis: PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA SALA DE
PRIMER CONTACTO

Campo de estudio: Administración de Servicios

Biografía: Nacida en Monterrey, Nuevo León el 28 de Noviembre de 1964; hija del Sr. Jacinto Marroquín García, y la Sra. Ma. de los Angeles Cardona Sánchez.

Educación: Egresada de la Universidad Autónoma de Nuevo León con el grado de Licenciatura en Enfermería en 2001, Postécnico en Terapia Intensiva en el Instituto Mexicano del Seguro Social en 1992, Postécnico en Administración de Servicios de Enfermería por el Instituto de Enseñanza Técnica y Administrativa en 1990, Postécnico en Pediatría por el Instituto de Enseñanza Técnica y Administrativa en 1991, Diplomado de Investigación Educativa en Enfermería en 2001 por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Experiencia profesional: Enfermera Intensivista del Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona Número 33, Monterrey Nuevo León de 1985 a la fecha. Docente de diferentes Diplomados en los Servicios de Urgencias, Coordinadora de los Cursos de ACLS (Apoyo Cardiovascular Vital Avanzado) en el Instituto Mexicano del Seguro Social

E-mail: marroquinangeles@hotmail.com

