



UNIVERSITAT DE BARCELONA



i) EU d'Infermeria

**“Efectos de la intervención enfermera
en el pase de visita en la satisfacción
del paciente hospitalizado “.**

Manuela Flores Rufián.

Tutor/a: Eulàlia Juvé.

Curs acadèmic 2011-2012.

INDICE:

Resumen y palabras clave	2
Abstract and keywords	2
Introducción	3
Objetivos e hipótesis	5
Metodología	5
Consideraciones éticas	8
Limitaciones del estudio	9
Aplicabilidad	9
Cronograma	10
Bibliografía	11
Anexos	13

RESUMEN

Los objetivos del presente estudio son conocer el efecto que puede tener la participación de la enfermera en el pase de visita sobre los resultados de satisfacción del paciente y determinar que variables sociodemográficas y clínicas podrían influir en la mejora de la satisfacción.

Material y métodos: Ensayo clínico aleatorizado (simple ciego) con dos grupos. Realizado en las unidades de hospitalización de agudos de los siguientes centros sanitarios: CSAP (Consorti Sanitari de l'Alt Penedès) Vilafranca, CSA (Consorti Sanitari de l'Anoia) Igualada, CSG (Consorti Sanitari Garraf) Sant Pere de Ribes. Muestreo no probabilístico consecutivo con posterior aleatorización de los participantes: unos a un grupo experimental y otros a un grupo control. La variable principal de estudio es la evaluación del efecto de la participación de la enfermera en el pase de visita sobre la satisfacción del paciente. Se comparan dos alternativas: una intervención estructurada (grupo experimental: presencia de enfermera en el pase de visita) con la situación habitual (grupo control: no presencia de enfermera en el pase de visita). La variable principal de resultado, el grado de satisfacción, será evaluada mediante un cuestionario *ad hoc* y el índice de Charlson. Se realizara un análisis estadístico univariado, bivariado y multivariado.

Palabras clave: satisfacción, pase de visita, comunicación, equipo, interdisciplinar.

ABSTRACT

The objectives of the present study are to know the effect that the participation of a nurse during clinical rounds might have on patient's satisfaction results and to investigate clinical and sociodemographic variables that could influence on the amelioration of patient's satisfaction.

Material and methods: Randomized clinical trial (simple blind) with two groups. It will be done at the acute hospitalization units of the following health centers: CSAP (Consorti Sanitari de l'Alt Penedès) Vilafranca, CSA (Consorti Sanitari de l'Anoia) Igualada, CSG (Consorti Sanitari Garraf) Sant Pere de Ribes. Consecutive non-probabilistic sampling with posterior randomization of

participants by means of allocation of a case-number. The main study variable is the evaluation of the effect of nurse participation in clinical rounds on patient's satisfaction. Two alternatives will be compared: a structured intervention (experimental group: presence of a nurse during clinical rounds) with usual care (control group: nurse not present during clinical rounds). The effectiveness of the intervention will be measured by means of a questionnaire *ad hoc* and the Charlson index. An inferential descriptive statistical analysis will be done.

Keywords: satisfaction, clinical round, communication, team, interdisciplinary.

INTRODUCCION:

En los últimos años ha habido un cambio sociocultural en la población, observándose un aumento en sus conocimientos sanitarios. Este cambio ha generado diferentes demandas por parte de los pacientes, exigiendo a los profesionales y a instituciones sanitarias mejoras asistenciales que ayuden a aumentar su nivel de satisfacción, valorándose en este proceso cada vez más la opinión de pacientes y la calidad de los cuidados prestados (1,2). Diferentes autores constatan que la satisfacción influye en el proceso terapéutico (3).

Las organizaciones sanitarias han potenciado como prioridad de los profesionales de la salud promover la seguridad de los pacientes, entendida esta como una dimensión de la calidad asistencial que busca reducir y prevenir los riesgos asociados a la asistencia sanitaria (4).

Desde otra perspectiva, los modelos a seguir de calidad total recogen la satisfacción de los clientes como indicador de calidad, como es el "Modelo Europeo para la Gestión de la Calidad Total", propuesto por la **European Foundation for Quality Management** (EFQM). Se ha querido, de este modo, proporcionar una guía para la determinación de la gestión de la calidad en consonancia con el creciente consenso en torno a las características exigibles para un sistema de organización basado en la calidad total(5).

La colaboración efectiva y el trabajo en equipo son esenciales en la prestación de una atención hospitalaria segura y eficaz. Estudios previos ponen de manifiesto las deficiencias en la comunicación de los diferentes miembros del equipo asistencial, incluso con el propio paciente (6).

Múltiples trabajos demuestran las ventajas de una relación fluida enfermera–médico, entre las que se encuentran la mayor satisfacción de los pacientes y familiares e incluso una mejoría en el pronóstico de los pacientes(7). El fracaso de enfermeras y médicos en interactuar de forma coordinada y positiva produce ambientes de trabajo insanos y puede repercutir en el propio paciente. Coeling y Wilcox (8) describen 4 estilos bien diferenciados de interacción entre enfermeras y médicos: rectificación (implicando indiferencia y descalificación); “agresión “con ataques a la estima personal; afirmación, reconocimiento y aceptación abierta y colaboración, caracterizada por una búsqueda de la comprensión, negociación de los intereses y discusión cara a cara (9,10).

Teniendo en cuenta que la relación enfermera-médico influye en la satisfacción del paciente, la opinión de éste como consecuencia de estos cambios ha pasado a ser vista como un resultado de la asistencia sanitaria que merece la pena valorar para incrementar la calidad de la prestación y para mejorar los tratamientos aplicados(11).

Este proyecto se centra en abordar el concepto de satisfacción del paciente desde la perspectiva de su utilidad como una medida de resultado de la actividad asistencial (“health outcome”)(12,13). El enfoque que se presenta se centra en los resultados obtenidos con la participación activa de la enfermera en el pase de visita interdisciplinar(14), dejando de lado aspectos como hostelería o restauración, que siendo importantes, no son objeto de este estudio(15).

En la búsqueda bibliográfica realizada sobre la satisfacción del paciente hay una literatura extensa. En los últimos 10 años el número de publicaciones aparecidas en revistas indexadas en Medline sobre esta cuestión se ha multiplicado por quince (16). Sin embargo no es tan frecuente encontrar estudios sobre satisfacción del paciente con los resultados asistenciales alcanzados o sobre el proceso terapéutico y menos aún trabajos centrados en el papel de la enfermera como eje conductor en la mejora de la comunicación entre profesionales de la salud y paciente.

Los primeros en afirmar que la satisfacción del paciente es, ante todo, “una medida de resultado de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente“, fueron Koos(17) y Donabedian(18-20). Como tal medida de resultado

ha sido analizada desde diferentes perspectivas, observándose un paulatino cambio en su concepción(21).

El presente estudio tiene como objetivo evaluar el grado de satisfacción del paciente durante su hospitalización, en relación a la presencia de enfermera o no, en los países de visita.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

□ Objetivo General :

“Evaluar el grado de satisfacción de los usuarios cuando el pase de visita se realiza con o sin la participación de la enfermera”

□ Objetivos Específicos :

Evaluar si existen diferencias de el grado de satisfacción por razón de variables sociodemograficas-clínicas:

- Evaluar si existen diferencias por razón de género y edad.
- Evaluar si existen diferencias a causa de la presencia de comorbilidades.
- Determinar si existen diferencias relacionadas con el motivo de ingreso.

Hipótesis: “El pase de visita interdisciplinar (PVI) con la participación de enfermera mejora en un 10% la satisfacción de los usuarios respecto al pase de visita sin participación de la enfermera”.

METODOLOGÍA

Diseño: Estudio experimental de tipo ensayo clínico aleatorio simple ciego, con dos grupos, uno experimental que recibe PVI y un grupo control que sigue recibiendo la visita médica habitual.

Ámbito de estudio:

Estudio multicéntrico en el cual participaran:

CSAP(Consorti Sanitari de l'Alt Penedes) Vilafranca .CSA (Consorti Sanitaria de l'Anoia) Igualada.CSG (Consorti Sanitari Garraf) Sant Pere de Ribes .

Las unidades de hospitalización de agudos de estos tres centros será donde se desarrolle el estudio. Todos son hospitales comarcales que pertenecen a la XHUP (red sanitaria de utilización pública de Catalunya) y suman un total de

436 camas de hospitalización. La población total de referencia es de 358.571 habitantes.

Sujetos de estudio:

Criterios de inclusión : Todos los pacientes ingresados en unidades de agudos, mayores de 18 años, conscientes y orientados más del 80 % del tiempo total del ingreso y con capacidad de comprensión del idioma.

Criterios de exclusión: Pacientes que presenten analfabetización o muy bajo nivel cultural y pacientes con comorbilidades mentales o procesos degenerativos.

Muestreo: Muestreo no probabilístico consecutivo.

Procedimiento de asignación a grupo intervención o control: Se elabora un listado con el número de participantes necesarios para el estudio, a cada uno se le asigna un número de caso y a partir de este listado se procede a la aleatorización de ambos grupos de pacientes. Esta aleatorización se lleva a cabo siguiendo una lista de números aleatorios generados por ordenador. El investigador principal asigna a los pacientes a cada uno de los grupos, según número de caso y aleatorización. Grupo 1: aplicación de PVI según técnica estándar (grupo experimental) y Grupo 2: no aplicación de PVI (grupo control). En ambos casos los participantes recibirán el resto de intervenciones habituales de enfermería así como intervenciones de otros profesionales implicados en su proceso asistencial.

Tamaño de la muestra:

Se desea evaluar una nueva metodología de trabajo, para lo que se diseña un ensayo clínico. Se realiza una prueba piloto para evaluar el nivel de satisfacción previo del que partimos, y consideramos que esta metodología será eficaz si consigue incrementar un 10% los resultados con respecto al grupo control. El cálculo del tamaño muestral con una potencia del 90%, un nivel de confianza del 95% y para una diferencia entre los grupos del 10% es de 266 pacientes por grupo. Calculamos un 10% para las pérdidas por posibles exitus o desarrollos de cuadros confusionales, finalmente serán 295 por rama, total 590 sujetos de estudio.

Variables:

Variable independiente: Presencia o no de la enfermera en el pase de visita.

Variable dependiente: Grado de satisfacción de los usuarios.

Cuestionario de satisfacción preparado *ad hoc*, autoadministrado, que realiza el paciente durante el ingreso hospitalario. Este cuestionario tiene un total de 14 preguntas relacionadas con distintos aspectos del ingreso (incluyendo el diagnóstico de ingreso) y se interesa por el trato recibido, por diferentes profesionales que intervienen en el proceso, etc. (anexo 1)

La puntuación es una escala tipo likert donde la máxima puntuación (muy satisfecho) es de 5 y la mínima de 1 (muy poco satisfecho). Se realizará una prueba piloto del mismo a una muestra reducida de pacientes para detectar posibles problemas de comprensión, respuesta, codificación, funcionamiento de categoría de respuestas, etc.

Variables de estudio: Se recogerán las siguientes variables:

- Edad expresada en años (variable cuantitativa continua)
- Sexo: hombre / mujer (variable cualitativa dicotómica)
- Comorbilidades mediante índice de Charlson (variable cuantitativa discreta).
- Diagnóstico de ingreso (cualitativa politómica).

Con otro cuestionario tipo escala (Índice de Charlson, anexo 2) se valora el índice de comorbilidad de los participantes. Éste es el índice de comorbilidad estudiado más extensamente y engloba 19 situaciones clínicas ponderadas del 1-6 con resultados totales que varían de 0 a 37. El índice de comorbilidad es una herramienta de investigación que se usa habitualmente para estratificar pacientes en grupos con riesgo similar.

RECOGIDA DE DATOS:

Tras solicitar la autorización de los participantes y la firma del consentimiento informado se realizaran los 2 cuestionarios a todos los participantes del estudio que cumplan los criterios de inclusión. El grado de satisfacción se medirá en el momento del alta. El índice de Charlson, se cumplimentará en el momento del ingreso por parte del médico responsable del paciente, junto con la entrevista de ingreso para poder conocer cuál es el estado del paciente (en este momento también recogemos el motivo de ingreso). Esta última la realizará la enfermera referente del paciente.

También se diseñará una hoja de registro específica para recoger todos los datos referentes a estas puntuaciones (base de datos). La recogida de datos se

realizará durante el tiempo necesario hasta alcanzar el tamaño muestral establecido.

Se compararán los datos obtenidos por los participantes que hayan recibido la intervención con los datos de los participantes del grupo control.

ANÁLISIS DE DATOS:

El análisis de los datos será realizado por un estadístico que no sabrá, en el momento del análisis, si los datos pertenecen a sujetos del grupo control o del grupo experimental. Univariado: para las variables cuantitativas medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (desviación estándar y rango). Para las cualitativas valores absolutos y porcentajes.

Bivariado: para las variables cuantitativas la t de Student y para las cualitativas la chi cuadrado (test de Fisher).

Para la determinación de las variables que influyen en el nivel de satisfacción se realizará un análisis multivariado (regresión logística), agrupando a los pacientes en 2 grupos (satisfechos y insatisfechos).

El nivel de significación se establece en $p < 0,05$.

El análisis estadístico se realizará con el programa SPSS 17.

CONSIDERACIONES ETICAS

Se pondrá en conocimiento de cada Institución la realización del estudio y se solicitará la autorización del mismo, tanto a cada Dirección como cada Comité Ético. El proyecto se presentará para su evaluación al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de referencia, en este caso al de Hospital Universitario de Bellvitge.

Antes de incluir a los sujetos en el estudio se les informará verbalmente de los objetivos de estudio y sobre en qué consistirá su actuación en el mismo, así como del carácter voluntario de su participación. Además, se entregará un documento de consentimiento informado (anexo 3), en el que se reforzará por escrito la información dada verbalmente y se hará hincapié en la confidencialidad de los datos y el tratamiento agregado de los mismos.

El investigador se adhiere a la normativa reguladora en materia de estudios con seres humanos, además de respetar todos los principios de la bioética.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Imposibilidad de poder realizar el estudio con la técnica de doble ciego, ya que el equipo investigador conocerá qué sujetos forman parte del grupo control y del experimental. Para reducir en lo posible este sesgo, para el análisis de datos se contara con un evaluador ciego.

Aunque la unidad de hospitalización y el tipo de patología sean las mismas se recogerán datos de pacientes sometidos a diferente intervenciones quirúrgicas o pacientes que no son sometidos a estas, por lo que puede haber diferencias en el grado de satisfacción de los pacientes que van a ser sometidos a intervenciones más complejas o cuyas consecuencias puedan resultar más traumáticas.

Al tratarse de una intervención enfermera con la presencia de otro profesional en el grupo experimental, no se podrá valorar el efecto de forma aislada. Aún así en la encuesta de satisfacción se valora a ambos profesionales por separado.

Otro sesgo puede ser la “deseabilidad social”, que es el que se produce cuando los sujetos responden en función de lo que se considera socialmente aceptable.

Los diferentes participantes del pase de visita multidisciplinar pueden hacer que este se desarrolle con más o menos éxito. Para disminuir este sesgo se reunirá antes a todo el personal implicado en la intervención para consensuar unas pautas de actuación comunes.

APLICABILIDAD

La realización de este proyecto permitirá conocer si la intervención de la enfermera en le pase de visita aumenta la satisfacción de los usuarios, lo que podría contribuir a:

- Según demuestran algunos estudios realizados el aumento de la satisfacción ayuda a mejorar otros aspectos relacionados de forma indirecta, como una mejor y más pronta recuperación.
- Establecer de manera protocolizada intervenciones de enfermería que ayudan a disminuir la variabilidad en la atención, con las ventajas que ello supone.

- Así mismo se plantean líneas de investigación futuras sobre cómo influyen estas acciones de enfermería en la satisfacción de los profesionales y en la optimización de recursos.

CRONOGRAMA

Primera etapa: fase de recopilación de la literatura existente, preparación de los registros, solicitud de permisos y reuniones informativas (dos meses).

- Revisión crítica de la literatura existente. Comprobar actualizaciones.
- Reunión con la Dirección del centro para informar de los objetivos del estudio y de su forma de desarrollo.
- Elaboración de la hoja de registro. Coordinar y homogeneizar los criterios de la recogida de datos.
- Realización de una prueba del registro piloto para ver la idoneidad del mismo.
- Construcción de la base de datos.

Segunda etapa: Realización de prueba piloto. (1 mes)

Tercera etapa: Fase de recogida de los datos (4 meses)

- Selección de los sujetos de estudio según los criterios de inclusión.
- Recogida de datos.

Cuarta etapa: Fase de análisis de los datos. (3 meses)

- Inclusión de los datos recogidos en la base de datos para su posterior análisis estadístico.
- Explotación estadística de los datos recogidos.
- Elaboración de los resultados preliminares de investigación.
- Elaboración de conclusiones preliminares

Quinta etapa: Fase de divulgación de los resultados. (2 meses)

- Elaboración de la versión definitiva del estudio.
- Elaboración detallada del informe.
- Redacción del artículo científico en español y en inglés para su publicación en revistas científicas.
- Difusión de los resultados en diferentes medios y en diferentes ámbitos (profesional, científico).

BIBLIOGRAFIA:

- (1) Mira JJ, Tomas O, Virtudes-Perez M, Nebot C, Rodriguez-Marin J. Predictors of patient satisfaction in surgery. *Surgery* 2009 May;145(5):536-541.
- (2) Mira JJ, Tirado S, Perez V, Vitaller J. Factors determining patients' choice of hospital. *Gac Sanit* 2004 May-Jun;18(3):205-212.
- (3) Narasimhan M, Eisen LA, Mahoney CD, Acerra FL, Rosen MJ. Improving nurse-physician communication and satisfaction in the intensive care unit with a daily goals worksheet. *Am J Crit Care* 2006 Mar;15(2):217-222.
- (4) O'Leary KJ, Wayne DB, Haviley C, Slade ME, Lee J, Williams MV. Improving teamwork: impact of structured interdisciplinary rounds on a medical teaching unit. *J Gen Intern Med* 2010 Aug;25(8):826-832.
- (5) Weiler T, Hoffmann R, Strehlau-Schwoll H. Quality management and certification. Optimizing hospital procedures. *Unfallchirurg* 2003 Aug;106(8):692-697.
- (6) Tjia J, Mazor KM, Field T, Meterko V, Spenard A, Gurwitz JH. Nurse-physician communication in the long-term care setting: perceived barriers and impact on patient safety. *J Patient Saf* 2009 Sep;5(3):145-152.
- (7) Vazirani S, Hays RD, Shapiro MF, Cowan M. Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physicians and nurses. *Am J Crit Care* 2005 Jan;14(1):71-77.
- (8) Coeling HV, Wilcox JR. Steps to collaboration. *Nurs Adm Q* 1994 Summer;18(4):44-55.
- (9) Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2009 Jul 8;(3)(3):CD000072.
- (10) Brestovacki B, Milutinovic D, Cigic T, Grujic V, Simin D. Conflict styles observed in doctors and nurses in health care organization. *Med Pregl* 2011 May-Jun;64(5-6):262-266.
- (11) Bujak JS, Bartholomew K. Transforming physician-nurse communication. Deteriorating relationships must be reversed for the benefit of patients, staff and the organization. *Healthc Exec* 2011 Jul-Aug;26(4):56, 58-9.
- (12) Hulka BS, Zyzanski SJ, Cassel JC, Thompson SJ. Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. *Med Care* 1970 Sep-Oct;8(5):429-436.
- (13) Hulka BS, Zyzanski SJ. Validation of a patient satisfaction scale: theory, methods and practice. *Med Care* 1982 Jun;20(6):649-653.

- (14) Castledine G, Grainger M, Close A. Clinical rounds. Clinical nursing rounds part 3: patient comfort rounds. Br J Nurs 2005 09/22;14(17):928-930.
- (15) Burns K. Nurse-physician rounds: a collaborative approach to improving communication, efficiencies, and perception of care. Medsurg Nurs 2011 Jul-Aug;20(4):194-199.
- (16) Mira JJ, Sitges E, Perez-Jover V, Rodriguez-Marin J. Therapeutic compliance, health status, clinical improvement, coping with disease and patient satisfaction. Rev Calid Asist 2009 Sep-Oct;24(5):234.
- (17) Koos E. The Health of regionville. 1954.
- (18) Donabedian A. Evaluation the quqlity of medical care . 1966;44(Milbank Memorial Fund Quart):166-202.
- (19) Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med 1990 Nov;114(11):1115-1118.
- (20) Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. QRB Qual Rev Bull 1992 Nov;18(11):356-360.
- (21) Linder-Pelz SU. Toward a theory of patient satisfaction. Soc Sci Med 1982;16(5):577-582.

Anexo 1.

Cuestionario sobre satisfacción.

Su opinion es para nosotros un punto de referencia para intentar mejorar nuestros Servicios, con la intencion de favorecer todo lo que pueda contribuir a crear unas condiciones mejores durante su estancia y poder ofrecer un servicio de máxima calidad.

Le agradecemos que nos ayude a mejorar nuestros indicadores de calidad , rellenando este cuestionario sobre la satisfaccion percibida por usted con respecto al trato, informacion y actuaciones por parte del personal sanitario. Muchas gracias.

La Direccion.

Marque con una la respuesta .

Fecha :
Unidad :
Centro sanitario :

1. Sexo : Hombre
Mujer

2. Edad:

3. Nivel de estudios :

Sin estudios
Primarios
Secundarios (bachillerato , FP...)
Superiores

4. Lo conocen por su nombre ?

Siempre
Casi siempre
Normalmente
A veces
Nunca

5. En general esta satisfecho con el trato humano recibido en el hospital por parte de los siguientes profesionales :

	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Normal	Poco satisfecho	Nada satisfecho
Médicos					
Enfermeros/as					
Personal auxiliar					
Otros					

6. ¿Ha recibido cada día pase de visita ? Si No

7. ¿Que profesionales estaban presentes en el mismo ?

Medicos
 Enfermeras
 Auxiliares
 Trabajadora social
 Otros

8. Valore el grado de satisfaccion con respecto a el pase de visita .

Muy alto
 Alto
 Medio
 Bajo
 Muy bajo

9. ¿El personal muestra disposicion a escuchar y hacerse cargo de lo que le preocupa de su salud?

Siempre
 Casi siempre
 Normalmente
 A veces
 Nunca

10. ¿Que profesionales muestran más disposición? (puede señalar varias)

Medicos
 Enfermeras
 Auxiliares
 Trabajadora social
 Otros

11. ¿Ha podido preguntar todo lo que ha querido sobre su hospitalización ?

- Siempre
- Casi siempre
- Normalmente
- A veces
- Nunca

12. ¿Normalmente a quien le pregunta con más frecuencia ?

- Medicos
- Enfermeras
- Auxiliares
- Trabajadora social
- Otros

13. ¿Ha entendido toda la información que le han dado sobre su hospitalización ?

- Siempre
- Casi siempre
- Normalmente
- A veces
- Nunca

14. ¿Que profesionales le han facilitado más la comprensión de esa información? (puede señalar varias)

- Medicos
- Enfermeras
- Auxiliares
- Trabajadora social
- Otros

Comentarios :

Índice de comorbilidad de Charlson (versión original)

Infarto de miocardio: debe existir evidencia en la historia clínica de que el paciente fue hospitalizado por ello, o bien evidencias de que existieron cambios en enzimas y/o en ECG	1
Insuficiencia cardiaca: debe existir historia de disnea de esfuerzos y/o signos de insuficiencia cardiaca en la exploración física que respondieron favorablemente al tratamiento con digital, diuréticos o vasodilatadores. Los pacientes que estén tomando estos tratamientos, pero no podamos constatar que hubo mejoría clínica de los síntomas y/o signos, no se incluirán como tales	1
Enfermedad arterial periférica: incluye claudicación intermitente, intervenidos de <i>by-pass</i> arterial periférico, isquemia arterial aguda y aquellos con aneurisma de la aorta (torácica o abdominal) de > 6 cm de diámetro	1
Enfermedad cerebrovascular: pacientes con AVC con mínimas secuelas o AVC transitorio	1
Demencia: pacientes con evidencia en la historia clínica de deterioro cognitivo crónico	1
Enfermedad respiratoria crónica: debe existir evidencia en la historia clínica, en la exploración física y en exploración complementaria de cualquier enfermedad respiratoria crónica, incluyendo EPOC y asma	1
Enfermedad del tejido conectivo: incluye lupus, polimiositis, enf. mixta, polimialgia reumática, arteritis cel. gigantes y artritis reumatoide	1
Úlcera gastroduodenal: incluye a aquellos que han recibido tratamiento por un úlcus y aquellos que tuvieron sangrado por úlceras	1
Hepatopatía crónica leve: sin evidencia de hipertensión portal, incluye pacientes con hepatitis crónica	1
Diabetes: incluye los tratados con insulina o hipoglicemiantes, pero sin complicaciones tardías, no se incluirán los tratados únicamente con dieta	1
Hemiplejía: evidencia de hemiplejía o paraplejía como consecuencia de un AVC u otra condición	2
Insuficiencia renal crónica moderada/severa: incluye pacientes en diálisis, o bien con creatininas > 3 mg/dl objetivadas de forma repetida y mantenida	2
Diabetes con lesión en órganos diana: evidencia de retinopatía, neuropatía o nefropatía, se incluyen también antecedentes de cetoacidosis o descompensación hiperosmolar	2
Tumor o neoplasia sólida: incluye pacientes con cáncer, pero sin metástasis documentadas	2
Leucemia: incluye leucemia mieloide crónica, leucemia linfática crónica, policitemia vera, otras leucemias crónicas y todas las leucemias agudas	2
Linfoma: incluye todos los linfomas, Waldstrom y mieloma	2
Hepatopatía crónica moderada/severa: con evidencia de hipertensión portal (ascitis, varices esofágicas o encefalopatía)	3
Tumor o neoplasia sólida con metástasis	6
Sida definido: no incluye portadores asintomáticos	6

Índice de comorbilidad (suma puntuación total) =

Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión:

Charlson M, Pompei P, Ales KL, McKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis* 1987; 40: 373-83.

Comentarios:

En general, se considera ausencia de comorbilidad: 0-1 puntos, comorbilidad baja: 2 puntos y alta ≥ 3 puntos. Predicción de mortalidad en seguimientos cortos (< 3 años): índice de 0: (12% mortalidad/año); índice 1-2: (26%); índice 3-4: (52%); índice ≥ 5 : (85%). En seguimientos prolongados (> 5 años), la predicción de mortalidad deberá corregirse con el factor edad, tal como se explica en el artículo original (Charlson M, *J Chron Dis* 1987; 40: 373-83). Esta corrección se efectúa añadiendo un punto al índice por cada década existente a partir de los 50 años (p. ej., 50 años = 1 punto, 60 años = 2, 70 años = 3, 80 años = 4, 90 años = 5, etc.). Así, un paciente de 60 años (2 puntos) con una comorbilidad de 1, tendrá un índice de comorbilidad corregido de 3 puntos, o bien, un paciente de 80 años (4 puntos) con una comorbilidad de 2, tendrá un índice de comorbilidad corregido de 6 puntos. Tiene la limitación de que la mortalidad del sida en la actualidad no es la misma que cuando se publicó el índice.

Anexo 3.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Hoja de información.

Estamos realizando un ensayo clínico para evaluar si la intervención enfermera protocolizada mejora los resultados de satisfacción finales del proceso asistencial. Si decide participar en este estudio le entregaremos un cuestionario de valoración sobre la satisfacción.

La participación en el estudio no supone ningún riesgo para su salud y tampoco se verá sometido a ninguna prueba complementaria que no precise por esta participación.

Su participación en el estudio tiene un carácter voluntario, pudiendo retirarse del mismo en cualquier momento, sin que ello altere la calidad de la asistencia que va a recibir ni se produzca perjuicio en su tratamiento.

Los datos obtenidos tendrán carácter confidencial y serán tratados en su conjunto, no de forma individual.

La enfermera que le atiende podrá contestar todas sus dudas y preguntas.

“Efectividad de la participación de la enfermera en el pase de visita, durante el ingreso hospitalario en los centros adscritos a este proyecto”.

Yo

He leído la hoja de información.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con(nombre del investigador).

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta en mis cuidados enfermeros o médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el ensayo.

Fecha:

Firma del participante: