

ORIGINAL

Satisfacción de los pacientes de urgencias con los cuidados enfermeros

Saray Blanco-Abril^{a,*}, Félix Sánchez-Vicario^b, María Asunción Chinchilla-Nevado^a, Elena María Cobrero-Jimenez^a, Mercedes Mediavilla-Durango^a, Ana Rodríguez-Gonzalo^b y Ascensión Cuñado-Barrio^c

^aUnidad de Urgencias, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^bUnidad de Investigación de Enfermería, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^cSubdirección de Enfermería, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

Recibido el 11 de marzo de 2009; aceptado el 4 de agosto de 2009

Disponible en Internet el 29 de enero de 2010

PALABRAS CLAVE

Satisfacción del paciente;
Urgencias;
Cuidados de enfermería;
Competencia profesional;
Información al alta

Resumen

Objetivos: Medir la satisfacción general de los pacientes con los cuidados enfermeros, concretamente la satisfacción con las competencias profesionales y con el grado de información aportado por los enfermeros al alta, durante su estancia en el servicio de urgencias.

Método: Estudio descriptivo y transversal, realizado en el Hospital Universitario Ramón y Cajal. Los sujetos de estudio son aquellos que acuden al servicio de urgencias y cumplen los criterios de inclusión. Semanalmente son atendidas una media de 840 personas, se estimó recoger 200 cuestionarios en una semana. El cuestionario es autoadministrado. Las variables analizadas son clínicas, sociodemográficas, de satisfacción y valoración de solución del problema.

El instrumento utilizado es la Consumer Emergency Care Satisfaction Scale. El análisis estadístico se llevó a cabo con el SPSS 16.0. Las variables categóricas se expresan en frecuencias absolutas y relativas, y las variables continuas como media y desviación estándar. Las variables de comportamiento asimétrico se describen con su mediana, el intervalo intercuartílico y el test no paramétrico de Kruskal-Wallis.

Resultados: Se han encuestado 200 pacientes y se estudiaron 198. Han expresado altos niveles de satisfacción general y satisfacción con la competencia profesional. La dimensión peor valorada es la información al alta. No existe asociación entre la satisfacción con variables sociodemográficas. La satisfacción fue mayor para los pacientes que regresaron a su domicilio frente a los que ingresaron en hospitalización, esto fue más significativo en la dimensión de información al alta.

Conclusiones: Debemos mejorar la información aportada por el personal de enfermería al paciente en el momento del alta.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: saray_blanco@hotmail.com (S. Blanco-Abril).

KEYWORDS

Patient satisfaction;
Emergencies;
Nursing care;
Professional
competence;
Information at
discharge

Patient satisfaction with emergency care nurses**Abstract**

Objective: To measure the overall satisfaction of patients with nursing care during their stay in the emergency unit, evaluating the satisfaction with specific professional skills and the degree of information provided by nurses at discharge.

Method: A descriptive cross-sectional study conducted at the Ramon y Cajal University Hospital. The subjects of study are those patients who come to the emergency unit and met the inclusion criteria. A mean of 840 people were seen weekly, and it was estimated to collect 200 questionnaires over a period of one week. The questionnaire was self-administered. The variables analyzed were: clinical, sociodemographic, satisfaction and problem solving. The instrument used was the Consumer Emergency Care *Satisfaction Scale* (CECSS). The Statistical analysis was performed using SPSS 16.0 software package. Categorical variables are expressed in absolute and relative frequency; and continuous variables are expressed as the mean and the standard deviation. Asymmetric behavioral variables are described by their median, the interquartile interval and the non-parametric test of Kruskal-Wallis.

Results: We surveyed 200 patients and we studied 198 patients who expressed high levels of overall satisfaction and satisfaction with professional competence. The degree of information at discharge is the dimension worst noted. No association was found between patient satisfaction and sociodemographic variables. The satisfaction was higher in patients who returned home than in those who were admitted in the hospital, the dimension of information at discharge being very significant.

Conclusions: We need to improve the information provided by the nursing staff to patients at discharge.

© 2009 Elsevier España, S.L All rights reserved.

¿Qué se conoce?

Los estudios acerca de la valoración de la satisfacción de los pacientes con la atención recibida señalan la información junto a la organización y comodidad de su estancia como variables asociadas con altos niveles de insatisfacción.

¿Qué aporta?

Globalmente, los pacientes consideran que se ha solucionado su problema pero que necesitan más información, sobre todo los que ingresan en planta.

Introducción

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 e instituciones sanitarias mejoras asistenciales que ayuden a aumentar su nivel de satisfacción, valorándose, en este proceso cada vez más, la opinión de los pacientes y la calidad de los cuidados prestados. Diferentes autores constatan, además, que la satisfacción influye en el proceso terapéutico^{1,2}.

En 1985 se publican en España dos estudios sobre la satisfacción de los pacientes del INSALUD y del SAS. En ambos, la satisfacción es alta, la atención de los profesionales es lo mejor valorado y la información médica, las esperas y la hostelería son los menos valorados^{3,4}. Otros estudios más recientes muestran que la satisfacción depende de cómo haya sido atendido el paciente, de las expectativas sobre cómo debería haber sido atendido y del valor dado a cada elemento de la atención sanitaria^{1,5}.

El estudio de Megivern⁶ concluye que aspectos psicosociales tales como habilidades personales, amabilidad y ayuda del personal enfermero aumentan la satisfacción de los pacientes; sin embargo, según Lewis y Woodside⁷, hay una mayor dedicación del personal enfermero a la competencia técnica que a los aspectos psicosociales, influyendo en esto la carga de trabajo del servicio⁸.

Hablar de satisfacción de los usuarios de un sistema sanitario, supone acercarnos al concepto de calidad asistencial, dado que al valorar la satisfacción de los pacientes, estamos evaluando la calidad del servicio prestado y comprobando el éxito de los profesionales a la hora de cumplir con sus expectativas⁹.

Haciendo un poco de historia, ya a finales del siglo XIX, Florence Nightingale redacta los primeros estándares de calidad en enfermería, y es en la década de 1950 y 1960 cuando Donabedian impulsa el control de la calidad asistencial, dotándola de doctrina y metodología, definiéndola como «aquella que proporcione al paciente el máximo y más completo bienestar tras valorar el balance de ganancias y pérdidas del proceso»⁵.

Estudios posteriores constatan que los pacientes asocian la calidad de la atención sanitaria con la accesibilidad, la comodidad y la apariencia de las instalaciones, la disponibilidad de equipamientos, la información que reciben, las posibilidades de elección, la continuidad de cuidados, la empatía y amabilidad en el trato profesional, la competencia y la capacidad de respuesta de los profesionales¹. Muntlin et al enfatizan que los cuidados enfermeros son elementos importantes en la percepción de los pacientes de la calidad del proceso asistencial, influyendo en su satisfacción¹⁰.

En la década de 1990 empieza a evaluarse la atención sanitaria por medio de escalas. La escala general de satisfacción con la hospitalización (SGEM) valora la satisfacción con la atención médica, los cuidados de enfermería y la dimensión ambiental de la hospitalización. El cuestionario de expectativas del paciente recoge información sobre las expectativas cumplidas de los pacientes en la hospitalización global, la información recibida, la dimensión ambiental, y la atención médica y de enfermería. La escala LOPPS 12 estudia la satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería^{9,11}. Pero ninguna de éstas es específica para el servicio de urgencias. Davis en 1998 diseña una escala que mide la satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros en urgencias: Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS)^{12,13}. En el año 2002 Cuñado et al validan la CECSS para la población española, siguiendo los requisitos psicométricos necesarios para la validez y la fiabilidad, con la autorización de la autora Davis¹². La CECSS en su versión original demuestra convergente validez probada con otras dos escalas: SSP y Vass, pudiendo hacer la medición de satisfacción del paciente en el servicio de urgencias de manera precisa¹³.

Este servicio tiene la particularidad de ser el primer contacto con el centro sanitario, y hay variables específicas que afectan a la satisfacción, según refleja el estudio de Bursch, como son los tiempos de espera, la comunicación, la comodidad, la atención al dolor y los acompañantes¹⁴.

Consideramos que la versión modificada de la CECSS puede ser un instrumento útil para medir satisfacción de pacientes y de sus acompañantes en el servicio de urgencias¹⁵. Con la intención de mejorar la atención que día a día prestamos a las personas que acuden a éste y dada la alta presión asistencial de las urgencias hospitalarias en general y de nuestro centro en particular, nos planteamos en este trabajo como objetivo general medir la satisfacción de los pacientes con los cuidados enfermeros en el servicio de urgencias y los siguientes objetivos específicos: medir la satisfacción con las competencias profesionales de los enfermeros y la satisfacción con el grado de información aportada por los enfermeros al alta en dicho servicio.

Método

Se trata de un estudio descriptivo y transversal, realizado en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal del área 4 de la Comunidad de Madrid. Los sujetos de estudio fueron pacientes que acudían al servicio de urgencias y que cumplían los criterios de inclusión (ser mayor de 18 años y permanecer en el área de tratamientos u observación un mínimo de 2 h) y no cumplían los criterios de

exclusión (pacientes con un nivel cognoscitivo deteriorado que dificulte la comunicación verbal). Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia y disponibilidad. En las áreas de tratamientos y observación del servicio de urgencias son atendidos semanalmente una media de 840 personas; en el estudio se obtuvieron 200 cuestionarios. Los pacientes aceptaron participar voluntariamente, dando su consentimiento verbal.

Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas (servicio donde se encontraba el paciente, tiempo de estancia en urgencias y lugar de destino al alta) y la valoración de la solución del problema del paciente a través de una pregunta cerrada, así como posibles comentarios del paciente en relación con la asistencia prestada por medio de una pregunta abierta (anexo I). Para evaluar la satisfacción de los pacientes con los cuidados enfermeros se usó una escala estandarizada, la CECSS, adaptada para la población española por Cuñado et al. La CECSS está compuesta por 19 ítems. El cuestionario analiza dos dimensiones: la competencia profesional, compuesta por 12 ítems (1, 2, 3, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 18 y 19) y la información sobre autocuidado que proporciona la enfermera al alta, compuesta por 3 ítems (4, 6 y 7). Los 4 ítems restantes son de control y de carácter negativo, cuya puntuación no es valorada para el análisis (5, 9, 14 y 17). Cada pregunta tiene 5 opciones de respuesta, expresadas en una escala Likert, donde totalmente de acuerdo corresponde a 5 puntos y totalmente en desacuerdo corresponde a 1 punto (anexo II).

La recogida de datos fue realizada en junio de 2008, en turno de mañana y tarde, por los miembros del equipo investigador, enfermeras del servicio de urgencias, fuera de su horario laboral y con su uniforme de trabajo. No habían participado en la asistencia sanitaria del paciente, explicándoselo así al sujeto investigado.

El cuestionario es autoadministrado y se entregaba al paciente cuando tuviera el alta médica del servicio de urgencias, bien por ingreso o por alta al domicilio. Esto lo realizaba un miembro del equipo investigador, sin previo aviso a la enfermera responsable de su cuidado, para evitar sesgos en el comportamiento que mantuviese con él.

Se realizó un pilotaje de diez cuestionarios entre pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Tras la administración y el posterior análisis, los miembros del equipo investigador acordaron la necesidad de aclarar y unificar aspectos dudosos de las preguntas del cuestionario cuya comprensión resultaba dificultosa para los encuestados. Las aclaraciones acordadas fueron de los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, enunciando las preguntas con términos similares sin cambiar el significado.

Cuando el sujeto investigado tuvo dificultad para la comprensión o cumplimentación del cuestionario, éste fue enunciado por un miembro del equipo investigador previamente entrenado, verbalizando en voz alta y clara cada ítem. En casos precisos se repitió la pregunta literalmente un máximo de 3 veces para garantizar el correcto entendimiento, si aún así no lo comprendía se enunció de nuevo con términos similares acordados por los investigadores en el pilotaje previo.

En pacientes con dificultades para categorizar las respuestas se pudo apoyar en el cuidador informal, siempre

que hubiera estado presente en todo el proceso de atención sanitaria.

La autora del cuestionario original recomienda calcular las puntuaciones en cada dimensión mediante el cálculo de la media de los ítems que se relaciona con cada una de ellas. El total de la escala tiene un intervalo de puntuación que oscila entre 15 y 75 puntos, considerando satisfacción a partir de 45 puntos. La puntuación para las dimensiones «Competencia profesional» e «Información al alta», evaluadas por separado, considera satisfacción a partir de 39 y 9 puntos, respectivamente.

El análisis fue realizado por dos miembros del equipo investigador, utilizando el programa SPSS, versión 16.0. Las variables categóricas se expresan en frecuencias absolutas y relativas. Las variables continuas se expresan como media y desviación estándar y el test de la *t* de Student para la comparación de grupos.

En el caso de las variables de comportamiento asimétrico se describen con su mediana y el recorrido intercuartílico (Q3-Q1) y el test no paramétrico de Kruskal-Wallis.

En todos los casos se comprobó la distribución de la variable frente a los modelos teóricos, se contrastó la hipótesis de homogeneidad de varianza y se rechazó la hipótesis nula con un error de tipo I menor de 0,05.

Resultados

Se entrevistaron a 200 pacientes, pero al revisar la base de datos nos dimos cuenta de que 2 de ellos no cumplían los criterios de inclusión. Por tanto, se incluyeron en el análisis del estudio a 198 pacientes, la tasa de respuesta fue del 99%.

Las variables sociodemográficas de los pacientes se muestran en la [tabla 1](#).

Las variables clínicas muestran que el 50,5% (*n* = 100) de los pacientes tuvo como lugar de destino su domicilio y el 49,5% (*n* = 98) plantas de hospitalización.

El tiempo de estancia en urgencias, desde que llega el paciente hasta que se le da el alta o queda ingresado en otro servicio, sitúa la mediana en 13,65 h con un recorrido intercuartílico de 12,32 h. No existen diferencias estadísticamente significativas entre el tiempo de estancia en urgencias y la satisfacción total (*p* = 0,859).

La variable de valoración de la solución del problema se muestra en la [figura 1](#).

Para evaluar la variable de satisfacción se obtuvieron las medias de las puntuaciones totales en cada dimensión y en la satisfacción total.

La puntuación media de la CECSS para la satisfacción total fue de 57,37 (DE = 10,22), de 7,51 puntos para la satisfacción en información (DE = 4,21) y de 49,83 puntos para la satisfacción en la competencia (DE = 7,78). Las medidas de centralización y dispersión de las variables de la CECSS se exponen en la [tabla 2](#).

Estos grados de satisfacción son confirmados con el análisis de los resultados en torno a los puntos de corte establecidos por la autora del cuestionario original, donde se evalúan la media de los ítems de cada dimensión que igualan o superan a las puntuaciones establecidas. Según esto, el 89,8% (*n* = 132) de los pacientes muestra estar satisfecho con la satisfacción total, un 90,9% (*n* = 160) con

Tabla 1 Tabla descriptiva de las variables sociodemográficas en la población de estudio

	n	%
Edad, años ($\bar{x} \pm DE$) (60,09 $\pm$ 20,29)		
18–43	51	25,8
44–64	46	23,2
65–76,5	49	24,7
76,51–100	49	24,7
No responde	3	1,5
Sexo		
Mujer	93	47,0
Hombre	103	52,0
No responde	2	1,0
Nivel de estudios		
Sin estudios	22	11,1
Estudios primarios incompletos	41	20,7
Estudios primarios o Educación General Básica (EGB) hasta 5.º año	33	16,7
Estudios de graduado escolar, EGB hasta 8.º año o bachiller elemental	38	19,2
Estudios de bachiller superior, BUP, FP o similar	23	11,6
Estudios universitarios medios	19	9,6
Estudios universitarios superiores	22	11,1
Total	198	100

DE: desviación estándar.

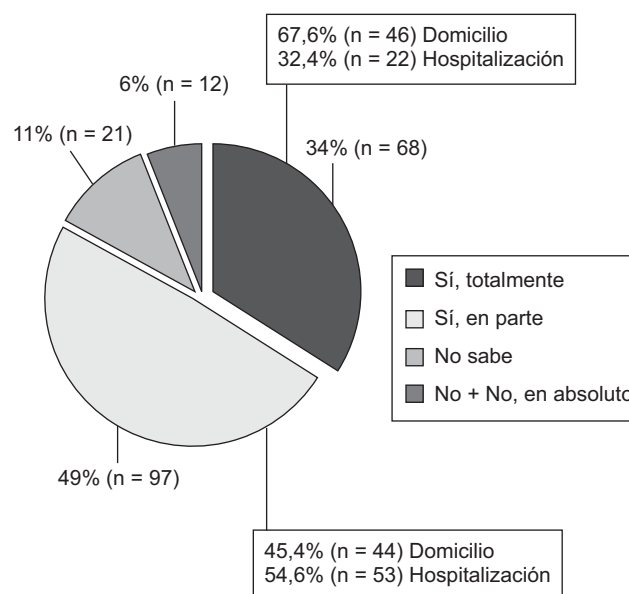


Figura 1 Evaluación de la solución del problema en el servicio de urgencias por parte de los pacientes.

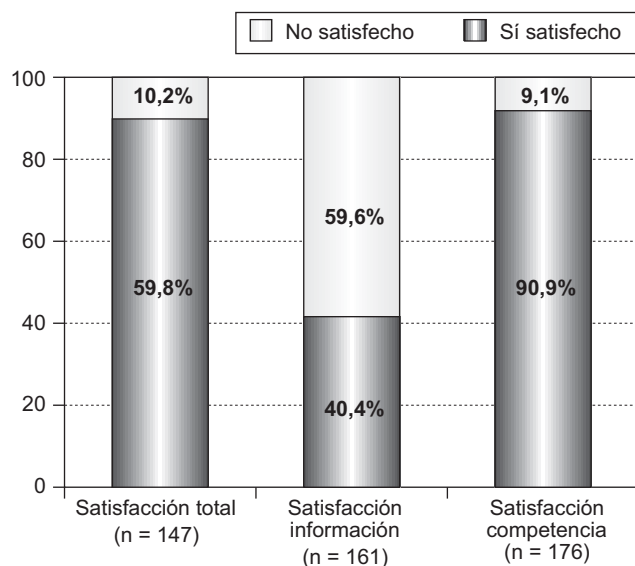
la satisfacción en la competencia y un 40,4% (*n* = 65) con la satisfacción en la información que proporciona la enfermera al alta ([fig. 2](#)).

Tabla 2 Puntuaciones de la Consumer Emergency Care Satisfaction Scale

	Media (DE)
<i>Satisfacción de la información (3–15)*</i>	
Mediana (7,00)	7,5 (4,2)
Intervalo (mínimo-máximo) (3–15)	
Me dio instrucciones para cuidarme yo mismo en casa	2,7 (1,7)
Me comunicó los problemas que podía esperar	2,6 (1,5)
Me dijo lo que podía ocurrirme en casa	2,3 (1,5)
<i>Satisfacción de la competencia (12–60)*</i>	
Mediana (51,00)	49,8 (7,8)
Intervalo (mínimo-máximo) (20–60)	
Prestó sus servicios con competencia	4,6 (0,7)
Sabía algo de mi enfermedad	3,5 (1,4)
Sabía el tratamiento que necesitaba	4,0 (1,2)
Explicaba todos los procedimientos antes de hacerlos	4,2 (1,2)
Explicaba las cosas en términos que yo podía entender	4,4 (1,0)
Era comprensiva al escuchar mi problema	4,3 (0,9)
Parecía de verdad preocupada por mi dolor y mis temores	3,8 (1,1)
Fue lo más amable posible cuando hacía técnicas dolorosas	4,5 (0,7)
Parecía comprender cómo me sentía	4,0 (1,0)
Me dio la oportunidad de hacer preguntas	3,9 (1,2)
Se tomaba el tiempo necesario para atenderme	4,3 (0,9)
Se aseguró de que todas mis preguntas obtuvieran respuesta	4,2 (1,1)
<i>Ítems de control (no computables)</i>	
Debería haber sido más atenta de lo que fue	2,2 (1,5)
Parecía demasiado ocupada en el control de enfermería para dedicar un rato a hablar conmigo	2,5 (1,5)
Me trataba como un número en vez de como una persona	2,1 (1,5)
No fue muy amable	1,5 (1,1)
<i>Satisfacción total (15–75)*</i>	
Mediana (58,00)	57,4 (10,2)
Intervalo (mínimo-máximo) (23–75)	

DE: desviación estándar.

*Posibilidad de rango en cada dimensión.

**Figura 2** Frecuencias de los grados de satisfacción de cada dimensión según los puntos de corte establecidos por la autora.

Para el análisis de las dimensiones con el resto de las variables se ha usado un tamaño muestral inferior a la muestra total del estudio ($n = 198$), dado que no todos los sujetos encuestados han contestado a todas las preguntas del cuestionario. Esto se puede observar en las tablas 3 y 4.

No hemos encontrado diferencias significativas entre la satisfacción total y las otras dos dimensiones con las variables sexo, servicio de urgencias, grupos de edad y distintos niveles de estudio (tablas 3 y 4). En relación con el lugar de destino se aprecia una diferencia estadísticamente significativa con la satisfacción en la información recibida ($p = 0,003$) en aquellos pacientes que regresan al domicilio frente a los que quedan hospitalizados, mostrándose los primeros más satisfechos (tabla 3).

Si analizamos los resultados de satisfacción en función del grado percibido de resolución del problema, encontramos diferencias significativas, tanto en la satisfacción total como en las dos dimensiones particulares estudiadas. La satisfacción aumenta conforme lo hace el grado percibido de resolución. Los pacientes más satisfechos son los que respondieron «Sí, totalmente» (tabla 4 y fig. 2).

Tabla 3 Tabla comparativa de la satisfacción en ambas dimensiones entre las variables estudiadas que tienen una distribución normal

	Satisfacción total	Satisfacción de la información	Satisfacción de la competencia
	Media (DE), n	Media (DE), n	Media (DE), n
<i>Sexo, n</i>	146, $p = 0,847$	160, $p = 0,795$	174, $p = 0,899$
Mujer	57,17 (11,04), 70	7,58 (4,38), 76	49,74 (8,45), 84
Hombre	57,50 (9,52), 76	7,40 (4,08), 84	49,89 (7,23), 90
<i>Servicio, n</i>	147, $p = 0,891$	161, $p = 0,135$	176, $p = 0,539$
Observación	57,51 (9,40), 63	6,94 (4,10), 69	50,19 (7,32), 87
Tratamientos	57,27 (10,84), 84	7,95 (4,27), 92	49,47 (8,23), 89
<i>Lugar de destino, n</i>	147, $p = 0,187$	161, $p = 0,003$	176, $p = 0,680$
Domicilio	58,30 (10,36), 87	8,33 (4,24), 96	50,07 (7,83), 90
Hospitalización	56,03 (9,93), 60	6,31 (3,90), 65	49,58 (7,76), 86

DE: desviación estándar.

El 29,29% ($n = 58$) de los encuestados ha escrito algún tipo de comentario en la pregunta abierta. La mayoría de las observaciones realizadas son sobre la atención enfermera y la infraestructura del servicio. Dentro de los aspectos negativos de la atención enfermera, un 66,6% refleja una despersonalización en el trato con los pacientes. En cuanto a las infraestructuras, destacan la falta de intimidad y un déficit en la organización del espacio, la limpieza, la regulación de la temperatura y la comodidad de los acompañantes. Entre los aspectos positivos, un 33,3% resalta la profesionalidad y la empatía.

Discusión

Consideramos aceptable el grado de satisfacción de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias del Hospital Ramón y Cajal, a excepción de la satisfacción con la información al alta. El hecho de que los pacientes que se van al domicilio muestren valores de satisfacción más altos que los pacientes que son ingresados en unidades de hospitalización podría explicarse por una tendencia de los profesionales a proporcionar más información a los primeros, ya que suponemos que no van a disponer de un cuidador formal, pero también refleja una mayor demanda de información por parte de los pacientes que se van a hospitalización, algo que tendremos que tener en cuenta a la hora de planificar nuestros cuidados.

Tanto el estudio de Cuñado et al¹⁶ como el nuestro, ambos centrados en servicios de urgencias hospitalarias, constatan que los pacientes demandan más información para ellos, quedando reflejada también esta demanda por parte de los familiares en el estudio de Cuñado et al. Esta necesidad manifiesta se traduce en insatisfacción, mostrándose niveles más bajos de satisfacción en nuestro estudio, lo cual podría deberse al aumento en los últimos tiempos de las expectativas y exigencias de los usuarios de los servicios sanitarios, reflejando cierto cambio sociocultural de la población, como ya señalábamos al principio¹.

En nuestro estudio no hemos observado asociación entre ninguna variable sociodemográfica con la satisfacción de los pacientes, al igual que el estudio de Pujiula-Masó et al¹¹. Sin embargo, Hall et al¹⁷ han establecido que las personas mayores y los varones presentan mayores niveles de satisfacción durante la hospitalización y mayor insatisfacción en las mujeres, lo que concuerda con la peor percepción de salud de éstas en la mayoría de los estudios de calidad de vida¹⁸. Cuñado-Barrio et al⁹ enuncian que la satisfacción se ha asociado en algunos apartados positivamente con edades más avanzadas y negativamente con un mayor nivel de estudios.

La pregunta abierta refleja la insatisfacción con la infraestructura; de acuerdo con esto, el estudio de Cuñado-Barrio et al⁹ ponía de manifiesto que la mejora en el ambiente y el funcionamiento del entorno físico (ausencia de ruido, espacios amplios y luminosos, confort de las salas de espera, servicio de comida adecuado, etc.) influían favorablemente en la satisfacción del paciente en relación con la asistencia, lo cual nos lleva a plantearnos mejoras en la organización del espacio, promoviendo un ambiente más confortable e íntimo para pacientes y acompañantes, que podrían repercutir en una mejora de la satisfacción.

Entre las limitaciones del estudio, destacamos que no se ha considerado el período ventana mínimo de 2–3 semanas posteriores al evento por evaluar, sino que la valoración fue al alta, en el propio hospital. Consideramos que la opinión de los pacientes podría haber sido diferente si se hubiese hecho la valoración posteriormente y fuera del centro. Otra limitación metodológica fue la dificultad que presentó una parte de la muestra en la comprensión de alguna pregunta y en la discriminación en la categorización de las respuestas, esto se intentó controlar mediante un pilotaje y un protocolo de actuación en la recogida de datos. Aun así, algunos cuestionarios fueron cumplimentados con ayuda del investigador, para asegurar la correcta comprensión de las preguntas, pudiendo haber influido en la valoración objetiva y sincera del servicio.

Tabla 4 Tabla comparativa de la satisfacción en ambas dimensiones entre las variables estudiadas que no tienen una distribución normal

	Satisfacción total		Satisfacción de la información		Satisfacción de la competencia	
	M_e/RI (n)		M_e/RI (n)		M_e/RI (n)	
	$p = 0,683$		$p = 2,84$		$p = 0,589$	
<i>Edad, años</i>						
18–43	59/50,5–68,5	(37)	8/3,0–13,0	(41)	52/46,0–57,5	(45)
44–64	57/53,0–62,5	(37)	5/3,0–10,0	(41)	51/46,5–54	(40)
65–76,5	57/51,5–63,2	(38)	6,5/3,2–11,0	(40)	50/46,0–56,0	(45)
>76,51	58,5/52,7–64,7	(32)	7,5/3,0–11,0	(36)	50/44,0–57,0	(43)
<i>Nivel de estudios</i>	$p = 0,928$		$p = 0,806$		$p = 0,955$	
Sin estudios	58/45,0–67,0	(17)	8,0/3,0–13,0	(19)	52,5/46,0–56,7	(20)
Estudios primarios incompletos	58,5/52,7–65,0	(30)	6,0/3,0–11,0	(33)	50,0/45,0–56,0	(37)
Estudios primarios o EGB hasta 5.º año	56/50,0–60,0	(23)	5,0/3,0–10,5	(25)	50,0/45,5–54,2	(30)
Estudios de graduado escolar, EGB hasta 8.º año o bachiller elemental	58,5/55,0–63,5	(30)	6,0/4,0–11,0	(31)	52,0/48,7–54,2	(34)
Estudios de bachiller superior, BUP, FP o similar	58,0/49,2–69,0	(16)	9,0/3,0–14,0	(19)	51,0/45,0–57,0	(19)
Estudios universitarios medios	57,0/50,0–63,0	(15)	6,0/3,2–11,7	(16)	51,0/46,2–56,2	(16)
Estudios universitarios superiores	57,0/50,2–68,0	(16)	8,5/3,0–12,0	(18)	51,5/42,5–57,0	(20)
	$p = 0,017$		$p = 0,040$		$p = 0,021$	
<i>Solución del problema</i>						
Sí, totalmente	61,0/55–68,75	(52)	9,5/4,0–13,0	(56)	53,0/48,0–57,0	(61)
Sí, en parte	57,0/52,7–62,2	(70)	6,0/3,0–10,0	(77)	51,0/45,2–54,7	(88)
No sabe	51,0/48,5–59,5	(17)	7,0/3,0–10,0	(17)	46,0/42,0–51,0	(19)
No+No, en absoluto	56,5/51,0–58,7	(8)	8,0/4,0–12,0	(11)	48,5/43,0–52,7	(8)

Se rechazó la hipótesis nula con una $p < 0,05$.
 RI: recorrido intercuartílico (Q3-Q1).

Por otro lado, el período de tiempo empleado en la recogida de cuestionarios, programado inicialmente para una semana, se amplió a dos semanas por disponibilidad y dificultad en la recogida, afectando a la estimación planteada. Encontramos también el sesgo de selección, al utilizar un muestreo no probabilístico, sin tener la misma probabilidad de ser elegidos, pudiendo resultar una muestra no representativa de la población, lo que dificultó las estimaciones inferenciales.

De los resultados se desprende que los pacientes están satisfechos con los cuidados de enfermería; sin embargo, la satisfacción con la información nos hace reflexionar sobre la idea de mejorar la información que aportamos y nuestras habilidades de comunicación. Ciertos estudios consideran que la mejora de dichas habilidades impulsa un decremento de las quejas y un aumento de felicitaciones por el trato

recibido^{19,20}. Consideramos que la información aportada al paciente se debe basar en establecer protocolos de las patologías habituales tratadas en el servicio de urgencias, dedicar un período de tiempo asistencial a explicar verbalmente las recomendaciones al alta, adjuntar por escrito la información y resolver dudas planteadas por el paciente. La información en relación con el tiempo de espera durante la estancia en el servicio de urgencias es otro aspecto por mejorar; ciertos estudios proponen apoyarse de pósteres, videos o folletos que expliquen el funcionamiento del servicio y aplicar medida de educación pública en la que se expliquen las razones por las que se prolonga la espera²¹.

Creemos necesario continuar con este estudio para seguir evaluando la satisfacción, pudiendo realizarse en otras áreas del servicio de urgencias.

Anexo I

ANEXO I
Evaluación de datos clínicos y variables sociodemográficas

Nº	Iniciales	Sexo	Servicio
		V M	Observación Tratamientos

Fecha actual ____ / ____ / ____	Fecha nacimiento ____ / ____ / ____
Fecha ingreso ____ / ____ / ____	Fecha de alta em URG ____ / ____ / ____
Hora de llegada a URG	Hora de salida a URG
Lugar de destino: Domicilio p	Hospitalización p

1- ¿Cuál es el máximo nivel de estudios que ha completado?

- ☐ Sin estudios
- ☐ Estudios primarios incompletos
- ☐ Estudios primarios o EGB hasta 5º
- ☐ Estudios de graduado escolar, EGB hasta 8º o bachiller elemental
- ☐ Estudios de bachiller superior , BUP, FP o similar
- ☐ Estudios universitarios medios
- ☐ Estudios universitarios superiores

2- ¿Crees que la estancia en el servicio de urgencias ha solucionado tu problema?

- ☐ Sí, totalmente
- ☐ Sí, en parte
- ☐ No sabe?
- ☐ No
- ☐ No, en absoluto

Anexo II

ANEXO II.
Escala de satisfacción de los pacientes con los cuidados enfermeros en urgencias. CECSS.

Satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería de urgencias					
Por favor, marque el acuerdo o desacuerdo con cada pregunta en relación a su estancia en urgencias.					
1 = Total desacuerdo	2 = Desacuerdo	3 = Regular	4 = De acuerdo	5 = Total acuerdo.	
1. La enfermera prestó sus servicios con competencia..	1	2	3	4	5
2. La enfermera sabía algo de mi enfermedad.	1	2	3	4	5
3. La enfermera sabía el tratamiento que yo necesitaba.	1	2	3	4	5
4. La enfermera me dio instrucciones para cuidarme yo mismo en casa.	1	2	3	4	5
5. La enfermera debería haber sido más atenta de lo que fue.	1	2	3	4	5
6. La enfermera me comunicó los problemas que podía esperar	1	2	3	4	5
7. La enfermera me dijo lo que podía ocurrirme en casa	1	2	3	4	5
8. La enfermera explicaba todos los procedimientos antes de hacerlos	1	2	3	4	5
9. La enfermera parecía demasiado ocupada en el control de enfermería para dedicar un rato a hablar conmigo..	1	2	3	4	5
10. La enfermera explicaba las cosas en términos que yo podía entender.	1	2	3	4	5
11. La enfermera era comprensiva al escuchar mi problema.	1	2	3	4	5
12. La enfermera parecía de verdad preocupada por mi dolor y mis temores..	1	2	3	4	5
13. La enfermera fue lo más amable posible cuando hacía técnicas dolorosas.	1	2	3	4	5
14. La enfermera me trataba como un número en vez de como una persona.	1	2	3	4	5
15. La enfermera parecía comprender cómo me sentía.	1	2	3	4	5
16. La enfermera me dio la oportunidad de hacer preguntas.	1	2	3	4	5
17. La enfermera no fue muy amable.	1	2	3	4	5
18. La enfermera se tomaba el tiempo necesario para atenderme	1	2	3	4	5
19. La enfermera se aseguró de que todas mis preguntas obtuvieran respuesta.	1	2	3	4	5

Bibliografía

1. Mira JJ. La satisfacción del paciente: teorías, medidas y resultados. *Todo hospital*. 2006;224:90-7.
2. Elder R, Neal C, Davis BA, Almes E, Whitley L, Littlepage N. Patient satisfaction with triage nursing in a rural hospital emergency department. *J Nurs Care Qual*. 2004;19:263-8.
3. INSALUD. Estudio sobre la satisfacción de los enfermos en los hospitales del Instituto Nacional de Salud (encuesta post-hospitalización). Madrid: Insalud; 1985.
4. Rodríguez C. Los andaluces protagonistas de su salud: opiniones sobre la atención médica. Sevilla: Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía; 1985.
5. Greeneich D. The link between new and return business and quality of care: Patient satisfaction. *ANS Adv Nurs Sci*. 1993;16:62-72.
6. Megivern K, Halm MA, Jones G. Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care. *J Nurs Care Qua*. 1992;6:9-24.
7. Lewis KE, Woodside RE. Patient satisfaction with care in the emergency department. *J Adv Nurs*. 1992;17:959-64.
8. Bruce TA, Bowman JM, Brown ST. Factors that influence patient satisfaction in the emergency department. *J Nurs Care Qual*. 1998;13:31-7.
9. Cuñado A, Rial C, Lanero B, Moreno J, García F. Influencia de la reforma de las instalaciones en la satisfacción de los pacientes en un servicio de urgencias hospitalarias. *Emergencias*. 1999;11:352-60.
10. Muntlin A, Gunningberg L, Carlsson M. Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *J Clin Nurs*. 2006;15:1045-56.
11. Pujiula-Masó J, Suñer-Soler R, Puigdemont-Guinart M, Grau-Martín A, Bertrán-Noguer C, Hortal-Gasull G, et al. La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial. *Enferm Clín*. 2006;16:19-26.
12. Cuñado A, Bernardo C, Rial C, Marco A, García F. Validación de la traducción al español de una escala de medida de satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros en urgencias (CECSS). *Enferm Clín*. 2002;12:273-80.
13. Davis BA, Kiesel CK, McFarland J, Collard A, Coston K, Keeton A. Evaluating instruments for quality: Testing convergent validity of the consumer emergency care satisfaction scale. *J Nurs Care Qual*. 2005;20:364-8.
14. Bursch B, Beezy J, Shaw R. Emergency department satisfaction: What matters most? *Ann Emerg Med*. 1993;22:586-91.
15. Kristensson J, Ekwall A. Psychometric properties of the consumer emergency care satisfaction scale: Tested on persons accompanying patients in emergency department. *J Nurs Care Qual*. 2008;23:227-82.
16. Cuñado A, Jiménez MA, Lanero B, Matallanos P, García F. Satisfacción de los pacientes que acuden a un servicio de urgencias hospitalario. *Enferm Cient*. 1997;186-187: 55-61.
17. Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis. *Soc Sci Med*. 1990;30:811-8.
18. Locker D, Dunt D. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Soc Sci Med*. 1978;12:283-92.
19. Ekwall A, Gerditz M, Manias E. The influence of patient acuity on satisfaction with emergency care: Perspectives of family, friends and carers. *J Clin Nurs*. 2008;17:800-9.
20. Mayer TA, Cates RJ, Mastorovich MJ, Royalty DL. Emergency department patient satisfaction: Customer service training improves patient satisfaction and ratings of physician and nurse skill. *J Healthc Manag*. 1998;43:427-40.
21. Cooke T, Watt D, Wertzler W, Quan H. Patient expectations of emergency department care: Phase II-a cross-sectional survey. *CJEM*. 2006;8:148-57.