



Satisfacción en el servicio de urgencias de un hospital cubano. Informe de usuarios

M. D. Iraola Ferrer, P. O. Ordúñez García, O. Rojas Santana, J. C. Liriano Ricabal, C. Famada Arango, L. Alvarado Velázquez, R. Monzón Rodríguez

HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. GUSTAVO ALDEREGUÍA LIMA", CIENFUEGOS. CUBA.

RESUMEN

O bjetivo: conocer la satisfacción de los pacientes en el Servicio de Urgencias a través del informe de usuarios. Método: Se construyó un cuestionario basado en la obligaciones de cada puesto de trabajo evaluando la adherencia a las mismas utilizando como método de evaluación el informe de usuario. Se formularon 14 preguntas que abordaban aspectos técnicos y aspectos interpersonales de la atención con sólo dos opciones de respuestas, afirmativa o negativa. Los criterios de inclusión fueron cualquier paciente, mayor de 16 años de edad. Se seleccionó de cada día un mismo número de pacientes de entre todos los que hubieran sido atendidos en urgencias, 8 pacientes por día para Medicina mientras que para Cirugía, Traumatología y Ginecología/Obstetricia 4 pacientes por día.

Resultados: Un porcentaje elevado de pacientes no llegó a conocer el nombre del médico (62,4%). No se midió la presión arterial en el 38,4% de los pacientes, resaltando las especialidades de Traumatología (82,1%) y Cirugía (69,2%). La mitad de los pacientes no recibieron referencia para su médico de familia de la asistencia recibida en el SU (51,2%). El 95,5% de los pacientes estimó haber resuelto su problema de salud en el SU, mientras que el 97% regresaría al SU de necesitarlo nuevamente.

Conclusiones: Podemos concluir que intervenciones que mejoren el conocimiento por parte de los pacientes del nombre del médico que los atiende, que incrementen la medición de la presión arterial y la realización de la referencia para el médico de familia podrán mejorar la satis-

Palabras clave: Satisfacción del paciente. Encuestas de Satisfacción. Servicio de Urgencias Hospitalario. Calidad Asistencial.

ABSTRACT

Satisfaction at the emergency service in a Cuban hospital. Patient's Reports

O bjectives: To know the satisfaction of patients at the emergency service through the patient's report. Methods: A questionnaire was prepared based on the obligations of each place of work checking the adherence to them using as an evaluating method the patient's reports. Fourteen questions were formulated about technique aspects and interpersonal aspects of the attention with only two options of answers, affirmative or negative. Inclusion criteria were any patient, older than 16 years old. A same number of subjects were selected each day among all who were given care at the emergencies, for internal medicine 8 subjects, for surgery, traumatology and gynecology / obstetrics 4 subjects a day.

Results: An elevated percentage of subjects didn't reach to know the name of the physician (62.4%). The blood pressure was not read on 38.4% of patients being evident for traumatology (82.1%) and for surgery (69.2%) specialties. The half of subjects didn't receive any reference for their family doctor from the emergency service (51.2%). 95.5% of patients esteemed to have solved their health problem at the emergency service, in the at mean time 97% would be back to the emergency service if they need it again.

Conclusions: We have to sum up that interventions which improve the knowledge of the subjects about the name of the physician who takes care of them, that increase the reading of the blood pressure and the realization of the reference for the family doctor could improve the satisfaction at the emergency service.

Key Words: Patient Satisfaction. Satisfaction Survey. Hospital Emergency Service. Quality of Care.

INTRODUCCIÓN

La evaluación y mejora de la calidad está siendo crecientemente considerada como un elemento imprescindible del

funcionamiento rutinario de cualquier institución y a todos los niveles del sistema sanitario¹. En esta evaluación cada vez es más frecuente incorporar resultados diferentes a los exclusivamente clínicos. La opinión de los pacientes es un resulta-

Correspondencia: Marcos D. Iraola Ferrer
Avenida 52, Número 6501-B, Entre 65 y 67
55100 Cienfuegos (Cuba)
E-mail: mif@gal.sld.cu

Fecha de recepción: 27-1-2006
Fecha de aceptación: 7-7-2006

do que nos aporta información sobre el grado en que estos sienten que el servicio recibido ha cumplido con las expectativas.

Estas expectativas tienen peculiaridades dependiendo del lugar donde se esté prestando la asistencia², produciéndose en el caso del Servicio de Urgencias (SU) un contacto breve, con gran carga de ansiedad y con difícil seguimiento posterior, que matizará la evaluación final que el paciente haga del servicio recibido³.

En nuestro hospital y particularmente en nuestra vicedirección, donde se encuentran los servicios de emergencias móviles, urgencias, las unidades de cuidados intensivos, intermedios y coronarios, hemos atendido y estudiado con mayor entusiasmo la calidad intrínseca o técnica, en otras palabras la calidad de la asistencia que el paciente no puede evaluar^{4,7}. La calidad extrínseca, que sí puede ser percibida claramente y por tanto evaluada por el paciente ha comenzado a evaluarse en el SU^{8,9}. El SU de nuestro hospital recibió a penas dos años atrás un cambio sustancial, estructural, organizativo y funcional de manera que nos hemos propuesto conocer la satisfacción de los pacientes del servicio prestado a través del informe de usuarios

MÉTODO

El Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos es un hospital de tercer nivel con 640 camas y atiende una población de unos 400.000 habitantes. El SU atiende aproximadamente unos 5.000 pacientes al mes que se dividen fundamentalmente en cuatro áreas: medicina, cirugía, ginecología/obstetricia y traumatología. El 5 de septiembre del 2002 fue inaugurado el Centro Provincial de Emergencias Médicas (CPEM), un servicio novedoso en relación con el anterior y con los SU tradicionales que existen en el país. Los cambios más importantes fueron organizativos y funcionales y los estructurales se centraron en la creación de una unidad quirúrgica de emergencias con tres salas de quirófanos destinados solo para las urgencias y emergencias y formando parte del servicio. También mejoró el espacio físico, la iluminación, la señalización, el mobiliario, etc.

Un año después de su inauguración se confeccionaron las obligaciones de cada uno de los puestos de trabajo de manera visible que permitiera que los usuarios conocieran como debían ser tratados y la información que debían recibir. Por otro lado permitía que los trabajadores de cada puesto de trabajo recordaran continuamente sus deberes. En total 24 áreas contaban con obligaciones (Anexo).

El método de evaluación escogido fue el informe de usuario, que consiste, esencialmente, en indagar determinados aspectos objetivos considerados relevantes en relación a procesos asistenciales en los que haya participado el usuario, con la idea de construir indicadores que sirvan para monitorizar la calidad de la atención prestada. Esta monitorización evidenciaría áreas o aspectos que deben ser evaluados o modificados para mejorar la asistencia que se presta. En el informe aparece claro, directamente, qué es lo que falla y debe mejorarse. De esta forma se elaboró un cuestionario basado en las obligaciones de cada puesto de trabajo antes referido evaluando la adherencia a las mismas por los trabajadores. Se formularon 14 preguntas que abordaban aspectos técnicos y aspectos interpersonales de la atención con sólo dos opciones de respuestas, afirmativa o negativa.

Los criterios de inclusión fueron cualquier paciente, mayor de 16 años de edad y que acudiera al SU entre el 13 y el 18 de octubre de 2003. Los pacientes que reunían este criterio también tenían que estar capacitados para responder el cuestionario. También por el motivo de capacidad de comprensión de la encuesta se excluyó a pacientes que por su diagnóstico y a juicio del investigador no estaban en condiciones físicas o psíquicas para responder.

A partir de esta población se decidió seleccionar de cada día un mismo número de pacientes de entre todos los que hubieran sido atendidos en urgencias, para Medicina 8 pacientes por día mientras que para Cirugía, Traumatología y Ginecología/Obstetricia 4 pacientes por día.

La recogida de datos se llevó a cabo en seis días consecutivos por los investigadores. El cuestionario se le entregó a cada paciente por uno de los investigadores una vez que finalizaba la asistencia en el SU, explicándosele como rellenarlo y el objetivo que se perseguía con el mismo.

Las variables fueron introducidas en el programa Epi Info, versión 6.0, expresando los resultados en números absolutos y porcentaje.

RESULTADOS

Características generales (Tabla 1)

Un total de 133 pacientes respondieron al cuestionario con una edad media de 40±15 años, predominando el sexo femenino (63,2%). La proporción de pacientes por día de la semana fue similar según lo previsto al igual que la proporción



ANEXO

Yo soy el MÉDICO DEL ÁREA DE URGENCIA DE MEDICINA INTERNA, y estoy OBLIGADO a:

1. Tratarlo con cortesía, respeto, proteger su privacidad y no hacer exclamaciones en señal de desaprobación de otras indicaciones médicas, ni comentarios que resulten desesperanzadoras para Ud.
2. Portar mi identificación, para que Ud. conozca cuál es mi nombre y mi calificación.
3. Utilizar correctamente la ropa sanitaria establecida y mantener un porte personal adecuado.
4. Asegurarme de la clasificación, según código de colores, que le han dado, actuar en consecuencia y exigirle a los demás que actúen de igual manera.
5. No dejarlo solo ni trasladarlo a ningún sitio sin la presencia de un personal autorizado, si su vida está en peligro o si la enfermedad que Ud. tiene puede ponerlo en peligro de muerte inminente.
6. Escucharlo con atención y examinarlo de la mejor manera que sé hacerlo.
7. Indicar únicamente los exámenes complementarios y los medicamentos disponibles y hacer la gestión inmediata con la autoridad competente en caso de que se necesiten otros recursos. No comentar con Ud. estas limitaciones porque esto sólo generaría inseguridad y porque es un problema de la institución y no de los pacientes.
8. Informarle, en un lenguaje entendible para Ud., de mis primeras conclusiones, los pasos siguientes, el tratamiento que seguiremos y el pronóstico de su enfermedad.
9. En caso de ingreso en observación, informarle cada tiempo que tengo que verlo y cuál es el objetivo de tenerlo allí.
10. En caso de ingreso, informarle el número de la cama y sala en que será hospitalizado y los médicos responsables.
11. En caso de que no requiera ingreso, enviarle con Ud. una nota a su médico de la familia donde le explico mi impresión diagnóstica y el tratamiento indicado.
12. Consultar con mi superior en caso de que tenga dudas de lo que debo hacer con Ud.
13. Rellenar el formulario establecido como constancia de su atención.

Si Ud. tiene alguna queja de la atención que yo le he dado, puede dirigirse al sitio de Información y Registro de este centro que está en la Sala de Espera, donde puede dejar constancia escrita de su insatisfacción o tiene el derecho de reclamar la presencia de los jefes de esta área o tiene el derecho de utilizar el teléfono interno para comunicarse con la Oficina de Atención a la Población del hospital (Ext. 328) o con la Oficina del Vicedirector de Urgencias (Ext.132).

de pacientes entrevistados según el horario en el que se produjo la asistencia.

Respuestas al cuestionario (Tabla 2)

Dentro de las relaciones interpersonales el saludo del médico y de la enfermera no se realizó, en general, en el 15,8% y 13,5%, respectivamente, el médico de Cirugía no saludó al 26,9% de los pacientes mientras que el de Ginecología/Obstetricia no lo hizo en el 18,5%, por otro lado la enfermera no saludó al 19,2% y 15,4% de los pacientes que fueron vistos por Medicina y Cirugía, respectivamente.

Poco más de la mitad de los pacientes no llegó a conocer el nombre del médico (62,4%) que al estratificar por especialidades se mantuvo similar porcentaje entre estas. No se midió la presión arterial en el 38,4% resaltando las especialidades de Traumatología (82,1%) y Cirugía (69,2%).

Aproximadamente la mitad de los pacientes no recibieron referencia para su médico de familia de la asistencia recibida en el SU (51,2%), sin diferencias notables entre las especialidades, 41,7%, 63,6%, 61,9% y 50,0% en Medicina Interna, Cirugía, Traumatología y Ginecología/Obstetricia, respectivamente.

TABLA 1. Características generales

Características	Pacientes	
	n=133	%
Edad	40±15	
Sexo		
Masculino	49	36,8
Femenino	84	63,2
Día de la semana		
Lunes	20	15,0
Martes	24	18,0
Miércoles	24	18,0
Jueves	25	18,8
Viernes	22	16,5
Sábado	18	13,5
Horario en que se produce la asistencia		
Mañana	71	53,4
Tarde	62	46,6
Especialidad		
Medicina Interna	52	39,1
Cirugía	26	19,5
Traumatología	28	21,1
Ginecología / Obstetricia	27	20,3

TABLA 2. Respuestas al cuestionario

Preguntas	Respuestas				
	Especialidades				
	General n = 133 (%)	Medicina Interna n = 52 (%)	Cirugía n = 26 (%)	Trumatología n = 28 (%)	Ginecología/Obstetricia n = 27 (%)
¿La enfermera le saludó al llegar a urgencias?					
Sí	115 (86,5)	42 (80,8)	22 (84,6)	27 (96,4)	24 (88,9)
No	18 (13,5)	10 (19,2)	4 (15,4)	1 (3,6)	3 (11,1)
¿La enfermera le explicó los pasos a seguir para su atención y el tiempo que debe esperar?					
Sí	122 (91,7)	46 (88,5)	23 (88,5)	28 (100)	25 (100)
No	11 (8,3)	6 (11,5)	3 (11,5)	-	-
¿El médico le saludó al llegar a la consulta?					
Sí	112 (84,2)	45 (86,5)	19 (73,1)	26 (92,9)	22 (81,5)
No	21 (15,8)	7 (13,5)	7 (26,9)	2 (7,1)	5 (18,5)
¿Conoce el nombre del médico que le atendió?					
Sí	50 (37,6)	24 (46,2)	8 (30,8)	9 (32,1)	9 (33,3)
No	83 (62,4)	28 (53,8)	18 (69,2)	19 (67,9)	18 (66,7)
¿El médico le tomó la presión arterial?					
Sí	82 (61,6)	47 (90,4)	8 (30,8)	5 (17,9)	22 (81,5)
No	51 (38,4)	5 (9,6)	18 (69,2)	23 (82,1)	5 (18,5)
¿El médico la/o examinó?					
Sí	128 (96,2)	51 (98,1)	25 (96,1)	27 (96,4)	25 (92,6)
No	5 (3,8)	1 (1,9)	1 (3,9)	1 (3,6)	2 (7,4)
¿El médico respetó su pudor durante el examen?					
Sí	130 (97,7)	51 (98,1)	26 (100)	27 (96,4)	26 (96,3)
No	3 (2,3)	1 (1,9)	-	1 (3,6)	1 (3,7)
¿El médico le explicó en que consiste su problema de salud o enfermedad?					
Sí	129 (97,0)	52 (100)	26 (100)	26 (100)	25 (92,6)
No	4 (3,0)	-	-	-	2 (7,4)
¿El médico le explicó el tratamiento que seguiría?					
Sí	122 (91,7)	47 (90,4)	25 (96,2)	26 (92,9)	24 (88,9)
No	11 (8,3)	5 (9,6)	1 (3,8)	2 (7,1)	3 (11,1)
En caso de ingreso, ¿se le informó el número de la cama y sala donde será hospitalizado y los médicos responsables?					
	n=36	n=10	n=9	n=7	n=10
Sí	29 (80,6)	7 (70,0)	6 (66,7)	6 (85,7)	10 (100)
No	7 (19,4)	3 (30,0)	3 (33,3)	1 (14,3)	-
En caso de ingreso en observación, ¿el médico le informó cada que tiempo tiene que verlo/a y cuál es el objetivo de tenerlo ahí?					
	n=17	n=6	n=6	n=1	n=5
Sí	13 (76,5)	4 (66,7)	5 (83,3)	1 (100)	4 (80,0)
No	4 (23,5)	2 (33,5)	1 (16,7)	-	1 (20,0)
En caso de no haber sido hospitalizado, ¿se le envió una nota a su médico de la familia donde se le explica su problema de salud y el tratamiento a seguir?					
	n=80	n=36	n=11	n=21	n=12
Sí	39 (48,8)	21 (58,3)	4 (36,4)	8 (38,1)	6 (50,0)
No	41 (51,2)	15 (41,7)	7 (63,6)	13 (61,9)	6 (50,0)
¿Considera usted que le resolvieron el problema que tenía cuando vino?					
Sí	127 (95,5)	50 (96,1)	25 (96,1)	27 (96,4)	25 (92,6)
No	6 (4,5)	2 (3,9)	1 (3,9)	1 (3,6)	2 (7,4)
Si volviese a necesitar un servicio de urgencias, ¿volvería a éste?					
Sí	129 (97,0)	50 (96,1)	25 (96,1)	27 (96,4)	27 (100)
No	4 (3,0)	2 (3,9)	1 (3,9)	1 (3,6)	-



El 95,5% de los pacientes estimó haber resuelto su problema de salud en el SU, mientras que el 97% regresaría al SU de necesitarlo nuevamente.

DISCUSIÓN

En este estudio hemos utilizado como modalidad para conocer la satisfacción de los pacientes que asisten al SU el llamado informe de usuario (*Patient's Reports*) modalidad que aporta datos objetivos sobre el servicio recibido a diferencia de las encuestas de opinión.

Nuestros resultados aportan algunos datos de interés sobre la satisfacción del servicio que se presta en urgencias.

En relación con el conocimiento que tienen los pacientes sobre el nombre del médico que le atendió, se encontró un nivel de desconocimiento muy elevado, alrededor de 6 pacientes de cada 10 desconocía el nombre del médico. En el momento de realización del estudio los pacientes podían conocer el nombre del médico sólo por dos vías, que el médico se presentara o a través de la lectura de la identificación que porta, esta identificación aunque clara es poco visible. Podrían evaluarse algunas intervenciones para incrementar el nivel de conocimiento. La primera, posiblemente con poco impacto, insistir en la presentación del médico una vez que comience la atención. La segunda, más objetiva, presentar por escrito y visible en cada local los nombres y apellidos de los médicos que en ese momento están de servicio, mostrando además su nivel (especialista, residente).

Otro resultado altamente desfavorable estuvo relacionado con la atención médica propiamente, la no medición de la presión arterial, resaltando las especialidades de Cirugía y Traumatología en las que alrededor de 7-8 pacientes de cada 10 no se les midió. La medición de la presión arterial junto a la medición de la frecuencia cardiaca y respiratoria es uno de los procedimientos más rutinarios y simples en medicina, sin embargo, su utilización es variable según el perfil de la especialidad. En las especialidades “clínicas” son utilizadas rutinariamente mientras que en las “quirúrgicas” su utilización es baja, esto visto en la práctica diaria. Aunque pudieran existir varias explicaciones nosotros creemos que lo fundamental está en la formación, no durante la carrera de medicina sino en la formación durante la especialización. De esta manera, el cambio

en la formación histórica de las especialidades “quirúrgicas” podrá cambiar esta panorámica actual vinculada, en no pocas ocasiones, a errores médicos con resultados desfavorables en los pacientes.

El tercer problema destacable fue la baja proporción de pacientes que regresan a su hogar con referencia, documento explicativo donde se comenta el motivo de consulta, los procedimientos realizados, el problema de salud y el tratamiento a seguir. La referencia es un procedimiento obligado a realizar en los SU formando parte de los estándares de acreditación. Posiblemente evaluaciones *in situ* de supervisores que impidan el regreso de los pacientes sin la documentación requerida podría mejorar este desfavorable resultado.

Por último, merece la pena comentar dos preguntas que también fueron realizadas en dos estudios previos^{8,9} y que tuvieron cierta variación en relación con el actual. Cuando se preguntó si el problema que había motivado la consulta fue resuelto respondieron afirmativamente el 97,1%, el 97,8% y el 95,5%, respectivamente, mientras que a la pregunta si volvería al SU de necesitarlo respondieron afirmativamente el 98,5%, el 99,4% y el 97,0%, respectivamente. La metodología utilizada para la recogida de la información varía entre los dos estudios anteriores y éste. En los dos primeros se utilizó la entrevista para la obtención de los datos, mientras que en el actual los investigadores no intervinieron directamente, siendo los pacientes los que rellenaron el cuestionario. Estas diferencias podrían explicar las variaciones entre los dos primeros estudios y éste.

Una de las limitaciones de este trabajo está relacionado con el tipo de estudio en el que es frecuente obtener valoraciones muy positivas^{10,11}, muchas veces motivadas por la resolución del problema que originó la atención urgente; no obstante, éstas pueden ser atenuadas si la encuesta se realiza pasado un tiempo, que en nuestro estudio se hizo una vez que había finalizado la asistencia en el SU, lo cual, a su vez, elimina el sesgo de memoria en el supuesto de que se realizara pasado un tiempo, por lo que es posible que el paciente a veces no recuerde con exactitud el SU por el que se le pregunta o se le hace difícil calcular el tiempo que tuvo que esperar en cada fase.

Podemos concluir que intervenciones que mejoren el conocimiento por parte de los pacientes del nombre del médico que los atiende, que incrementen la medición de la presión arterial y la realización de la referencia para el médico de familia podrán mejorar la satisfacción en el SU.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Saturno PJ. Los métodos de participación del usuario en la evolución y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Esp Salud Pública* 1995;69:163-75.
- 2- Domínguez D, Cervera E, Disdier MT, Hernández M, Martín MC, Rodríguez J. ¿Cómo se informa a los pacientes en un servicio de urgencias hospitalario? *Atención Prim* 1996;17:280-3.
- 3- Mowen JC, Licata JV, McPhail J. Waiting in the emergency room: how to improve patient satisfaction. *J Health Care Marketing* 1990;10:6-15.
- 4- Iraola MD, Valladares FJ, Álvarez FC, Nodal JR, Rodríguez B. Optimización del tratamiento médico en el infarto agudo del miocardio. *Clin Cardiovasc* 2000;18:11-6.
- 5- Iraola MD, Santana AA, Rodríguez B, Valladares FJ. Sobrevida en el infarto agudo del miocardio. *Clin Cardiovasc* 2001;19:40-5.
- 6- Iraola MD, Rodríguez G. Causas de demora para la administración de trombolíticos en el ámbito hospitalario. [en línea] *MIO* 2002;2:213. < <http://www.somiam.com/Articulos/Preview.php?Id=213> > [Consulta: 11 de febrero 2003].
- 7- Viera B, del Sol LG, Espinosa AD, Espinosa AA, Iraola MD. Evaluación de guías de buenas prácticas clínicas para diagnóstico y tratamiento del infarto miocárdico agudo. [en línea] *MIO* 2002;2:256. < <http://www.somiam.com/Articulos/Preview.php?Id=256> > [Consulta: 11 de febrero 2003].
- 8- Iraola MD, Fernández D, Liriano JC, Rodríguez G, Rodríguez A, Rodríguez G. Satisfacción en urgencias de los pacientes que regresan a su hogar. *Rev Calidad Asistencial* 2003;18:603-8.
- 9- Iraola MD, Fernández D, Liriano JC, Rodríguez G, Rodríguez A, Rojas O. Satisfacción en urgencias de los pacientes que son hospitalizados. *Emergencias* 2004;2:35-44.
- 10.- Quintana JM, Aróstegui I, García M, Arcelay A, Ortega M, Candelas S. Encuesta de satisfacción a pacientes de servicios de urgencias de hospitales de agudos. *Rev Calidad Asistencial* 1998;13:220-7.
- 11- Ibáñez R. Estudio de la satisfacción de los pacientes atendidos en un servicio de urgencias. *Rev Calidad Asistencial* 1995;2:60-3.