

Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

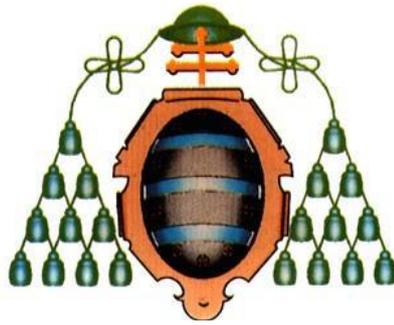
**Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y
Cuidados Críticos**

**“Satisfacción de los pacientes en un Servicio de
Urgencias con los cuidados enfermeros”**

Águeda Fernández García

Junio 2013

Trabajo Fin de Máster



Universidad de Oviedo
Centro Internacional de Postgrado
Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados
Críticos

“Satisfacción de los pacientes en un Servicio de Urgencias con los cuidados enfermeros”

Trabajo Fin De Máster

Nombre del Autor
Águeda Fernández García

Nombre del Tutor
Carmen Ana Valdés

Índice.

1. Título.	1
2. Introducción. Estado actual del tema.	2
2.1 La atención sanitaria en España: consideraciones generales.	2
2.2 La atención en los Servicios de Urgencias.	4
2.3 El profesional de enfermería ante las necesidades del paciente en Urgencias.	6
2.4 La satisfacción del paciente en el Servicio de Urgencias.	11
2.5 Factores relacionados con el nivel de satisfacción con los cuidados enfermeros.	15
2.5.1 Accesibilidad al Servicio de Urgencias: el Triage enfermero.	16
2.5.2 Información en el Servicio de Urgencias.	18
2.5.3 Atención sanitaria. Cuidados enfermeros.	21
2.6 Justificación.	23
3. Objetivos.	26
3.1 Objetivo principal.	26
3.2 Objetivos secundarios.	26
4. Método.	27
4.1 Tipo de estudio.	27
4.2 Sujetos a estudio.	27
4.3 Variables a estudio.	27
4.4 Material y recursos.	29
4.4.1 Instrumentos de evaluación.	29
4.4.2 Otros recursos o materiales.	31
4.5 Contexto del estudio.	33
4.6 Procedimiento.	37
4.7 Análisis de los datos.	39
4.8 Temporalización.	40
4.9 Consideraciones éticas.	41
4.10 Limitaciones del estudio.	41
5. Referencias bibliográficas.	43
6. Anexos.	52

1 – Título.

Satisfacción de los pacientes en un Servicio de Urgencias con los cuidados enfermeros.

2 – Introducción. Estado actual del tema.

2.1 - La atención sanitaria en España: consideraciones generales.

El derecho a la salud es uno de los derechos fundamentales recogidos en la Constitución Española en su artículo 43.1¹. Con tal fin se estableció la creación del Sistema Nacional de Salud², concebido para garantizar este derecho a través del Estado, el cual, debe procurar y asegurar el acceso a las prestaciones sanitarias entendidas como el conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores, de promoción y mantenimiento dirigidos a los ciudadanos. Dentro de éstas se enmarcan la atención primaria, la atención especializada y la atención de urgencias³.

La atención primaria es el primer nivel de atención y engloba la asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo. También incluye la indicación o prescripción de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria³.

La atención especializada comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación, así como aquéllas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. Esta asistencia garantiza la continuidad de cuidados de salud al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria, hasta que éste pueda reintegrarse nuevamente a la misma. Se prestará, siempre que las condiciones del

paciente lo permitan, en consultas externas y en hospital de día, y si esto no es posible, el usuario tendrá a su disposición otras unidades de atención hospitalaria³.

La atención de urgencia se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una intervención sanitaria inmediata. Se dispensará tanto en centros de salud y/o hospitales como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente. Este servicio de atención médica y de enfermería permanece activo de manera ininterrumpida 24 horas al día³.

La coordinación entre estos servicios, que forman parte del catálogo de prestaciones, es imprescindible para garantizar la continuidad en los cuidados. Todos los servicios de salud deben alcanzar un objetivo común, trabajar conjuntamente en busca de una atención integral al paciente, que abarque todos los aspectos relacionados con su salud^{4,5}. Esta coordinación asistencial, permite además rentabilizar al máximo los recursos propiciando un menor gasto⁶, evitando la duplicidad de pruebas complementarias en aquellos pacientes con patologías crónicas que reciben tratamientos de larga duración; así mismo, la continuidad asistencial implica el seguimiento conjunto del paciente, para lo cual es imprescindible compartir información a la vez que se procura la intervención de los profesionales de salud pertenecientes a los distintos niveles asistenciales^{4,5}.

Debido al envejecimiento de la población, en nuestro entorno está cambiando el perfil del usuario que mayoritariamente recibe atención en nuestro sistema de salud, observándose un aumento de pacientes con patologías crónicas. Éstos sufren una disminución gradual de sus capacidades, lo que conlleva importantes repercusiones a

nivel individual y social. En estos casos la necesidad de una atención sanitaria multidisciplinar es fundamental⁷.

2.2 - La atención en los Servicios de Urgencias.

Antes de clasificar la asistencia urgente, definiremos los conceptos de *urgencia* y *emergencia*. En la mayoría de las publicaciones⁸⁻¹⁰ se emplean las definiciones de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.).

Según la OMS se entiende por *urgencia* la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genere la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia⁸⁻¹⁰.

En este concepto se deben englobar tanto los aspectos objetivos (gravedad y agudeza del proceso) como subjetivos (conciencia de una necesidad inminente de atención) que generen en el paciente una expectativa de solución rápida y eficaz a la demanda planteada^{8,9}.

En relación al término *emergencia*, éste se define según la OMS como aquella situación con riesgo vital inminente que obliga a poner en marcha unos recursos y medios especiales, y que exige un tratamiento inmediato para salvar la vida del enfermo y, en algunos casos, un diagnóstico etiológico con la mayor premura posible⁸⁻¹⁰.

Cuando hablamos de *asistencia urgente* nos referimos a la serie de servicios encargados de proporcionar al paciente atención sanitaria desde el momento que se produce el problema de salud hasta la derivación al nivel asistencial correspondiente. Esta asistencia se organiza en: Equipos de Emergencia Sanitarios, Servicios de Urgencias de Atención Primaria y Servicios de Urgencias Hospitalarias. Mediante la actuación conjunta y/o coordinada de los profesionales de los distintos equipos se consigue una atención integral del paciente ante el problema de salud que motiva la activación de los servicios de urgencia¹¹.

Los Equipos de Emergencias Sanitarias, se encargan de la regulación y coordinación de la demanda sanitaria urgente. Entre sus funciones figuran: la asistencia a urgencias y emergencias, el transporte sanitario urgente y programado, los traslados secundarios, la información sanitaria y la consulta médica telefónica¹².

Los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) son equipos formados por médico/a y enfermera, que atienden las urgencias en el ámbito de la Atención Primaria. Funcionan de 17 a 9 horas en días laborables y las 24 horas en fines de semana y festivos, ofreciendo una cobertura completa para la atención continuada durante todo el año, tanto en el centro de salud, domicilio o lugares públicos¹³.

En algunos casos como en el Principado de Asturias difieren en su denominación y en el horario de atención, pero realizan las mismas funciones¹⁴.

Los Servicios de Urgencias Hospitalarios, están ubicados en los hospitales y ofrecen asistencia multidisciplinar encaminada a garantizar las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender a las urgencias y emergencias. Se

configuran como una unidad intermedia que presta servicios a los pacientes, unas veces como unidad de atención hasta que reciben el alta médica y otras como unidad de estabilización del cuadro clínico, hasta que son finalmente ingresados en el hospital. Esta unidad debe estar físicamente diferenciada del resto de áreas asistenciales y contar con profesionales especializados, con los conocimientos y formación adecuada para desarrollar su trabajo¹⁵.

Prácticamente todos los hospitales, independientemente de su titularidad pública o privada, tienen un Servicio de Urgencias donde se atienden pacientes con problemas de salud agudos que requieren atención inmediata o con necesidad percibida de una atención urgente. Los usuarios que acuden a un Servicio de Urgencias Hospitalario pueden acudir por propia iniciativa o por derivación tras ser valorados y atendidos por el Equipo de Atención Primaria y/o por los Servicios de Asistencia Urgente, fuerzas del Estado, orden judicial u otras causas¹⁶.

2.3 - El profesional de enfermería ante las necesidades del paciente en Urgencias.

Las mejoras tecnológicas recientes han hecho que las profesiones relacionadas con la salud experimenten un gran avance, y que la práctica asistencial evolucione cada día, exigiendo al profesional una adaptación continua. Esta realidad, puede condicionar una asistencia cada vez más técnica y menos centrada en los aspectos psicosociales del paciente¹⁷.

Además, distintos estudios¹⁸⁻²¹ ponen de manifiesto que los profesionales sanitarios que establecen un contacto diario con los usuarios, que desempeñan su trabajo en condiciones difíciles y que presentan un alto grado de implicación, pueden verse afectados por el Síndrome de *Burnout*, que se caracteriza como una respuesta personal ante situaciones de estrés crónico y se manifiesta por cansancio emocional, despersonalización y falta de realización²². Este síndrome afecta negativamente tanto al trabajador como a su familia, al usuario y a la institución y repercute directamente en el nivel de atención al paciente²³⁻²⁶.

Los equipos de salud que trabajan en los Servicios de Urgencias, se ven sometidos a una gran demanda asistencial. Esta elevada afluencia, implica en algunas ocasiones una demora en la atención de los casos más urgentes, conllevando un riesgo para los pacientes. Estas situaciones provocan una elevada insatisfacción en los profesionales, llegando a influir en su propia salud y en los aspectos generales de la atención, dando lugar a la aparición del síndrome de “estar quemado”²⁴⁻²⁶.

En la actualidad, los Servicios de Urgencias Hospitalarias se enfrentan a una nueva demanda asistencial que influye en la utilización repetida de los servicios de salud; esto es debido, por un lado, al envejecimiento de la población que conlleva el agravamiento como consecuencia de la edad de distintas patologías físicas así como diferentes problemas sociales (los ingresos económicos reducidos, el bajo nivel educacional, la soledad)²⁷ y por otro, al aumento de los movimientos migratorios, sin olvidar también, otros factores asociados a la conducta de los usuarios²⁸. Este aumento de la demanda (visitas urgentes y no urgentes) ha sido objeto de análisis en numerosos artículos²⁸⁻³⁰; algunos de los motivos por lo que los pacientes acuden al servicio de urgencias son: la necesidad percibida de atención inmediata y de calidad, la

accesibilidad y el desconocimiento tanto de la red de recursos sanitarios como de su utilización²⁸.

El escaso tiempo asistencial debido a la elevada demanda que implica en muchos casos la saturación del servicio, da lugar a una dificultad añadida para establecer un conocimiento profundo del paciente y su problema de salud, en detrimento de la calidad asistencial³¹.

Como podemos ver por todo lo anteriormente mencionado, los aspectos psicosociales del paciente son muchas veces poco valorados, puesto que el profesional de urgencias se centra más en una asistencia técnica, eficaz en el alivio del dolor y en la resolución de patologías físicas de una manera inmediata, que en la atención psicosocial³².

Sin embargo no debemos olvidar que los usuarios que acuden a este servicio, junto con un problema de salud físico suelen presentar un alterado estado emocional. Acudir a urgencias es una circunstancia especial que conlleva un impacto emocional y un elevado nivel de ansiedad, que no sólo afecta a los pacientes, sino también a las familias, muchas veces incrementado por la demora en recibir información de la atención recibida³².

Hacer más partícipe a la familia en el proceso asistencial podría solventar parte de este problema, garantizaría una continuidad en el nivel de atención del servicio, fomentaría la implicación en los cuidados del paciente y evitaría la sensación, tanto de éste como de su familia, de sentirse desatendidos sobre todo en los periodos de elevada

afluencia. Se ha visto que los usuarios con familias que se implican su cuidado, tienen una mejor evolución y presentan menores problemas sociales³³.

Aunque el nivel de afectación física y psicológica del usuario depende de diversos factores (el problema de salud, su gravedad, las posibles secuelas, el área corporal afectada...) se ha comprobado que al aumentar el apoyo emocional y social recibido, se observa una mejoría tanto en la salud física como psíquica¹⁷ del paciente. De ahí la importancia que adquiere una atención sanitaria que dé cobertura a las necesidades básicas de la persona³⁴.

Según la Teoría de Abraham Maslow³⁵ (1943) el ser humano precisa de una jerarquía de necesidades básicas: fisiológicas (la alimentación, el agua, el aire), de seguridad (la seguridad, la protección), de aceptación social (el afecto, el amor, la pertenencia y la amistad), de autoestima (la autovalía, el éxito, el prestigio) y de autorrealización (de lo que uno es capaz, el autocumplimiento)³⁵.

La mayoría de pacientes atendidos en los Servicios de Urgencias Hospitalarios presentan alteraciones que pueden pertenecer a cualquiera de los niveles definidos por Maslow³⁵. En el grupo de necesidades fisiológicas o primer nivel, se incluyen los aspectos básicos imprescindibles para la vida, como la alimentación, la eliminación o la respiración. Los problemas relacionados con la alimentación o la eliminación, no suelen entrañar una gran complejidad e incluso podrían ser atendidos en otros niveles asistenciales, pero generan demandas frecuentes. Sin embargo, en este mismo nivel se encuentran las distintas patologías respiratorias, algunas de ellas graves, que pueden comprometer de manera inmediata la vida y que exigen una rápida actuación^{34,35}.

De manera independiente o asociada a las necesidades del primer nivel, podemos detectar problemas relacionados con la seguridad (segundo nivel)^{34,35}, como son la detección precoz de los usuarios con un mayor riesgo de caídas o aquellos que pueden atentar contra su vida, que llevan asociados la puesta en marcha de medidas o protocolos de seguridad.

La necesidad de aceptación social y autoestima (tercer y cuarto nivel) pueden comprender problemas donde se vea afectada la autopercepción, como puede suceder en accidentes graves con amputaciones o alteraciones importantes de la imagen corporal. Así mismo, en este nivel, es importante valorar el estado anímico o emocional de los usuarios. En cuanto al nivel más elevado de autorrealización, es un concepto menos valorado y con menor trascendencia en los servicios de urgencias^{34,35}. Cualquiera de estas necesidades debe ser tomada en cuenta por el personal de enfermería incorporándolas en los cuidados del paciente.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) está compuesto por varias etapas: la valoración, el diagnóstico enfermero, la planificación, la ejecución y la evaluación. La valoración es una etapa fundamental, en ella se realiza la primera aproximación al paciente. Se obtienen los datos objetivos y los subjetivos que definen el problema de salud o diagnóstico enfermero que dará lugar a las distintas intervenciones del profesional de enfermería. Para llevar a cabo esta valoración, existen diferentes teorías enfermeras algunas basadas en el modelo de Virginia Henderson, inspiradas en los patrones funcionales de salud de M.Gordon, las cuales tienen como referencia una serie de necesidades básicas que nos remiten al modelo propuesto por Maslow³⁶.

La valoración realizada en los Servicios de Urgencias Hospitalarios difiere ligeramente de los registros implantados en las unidades de hospitalización, buscando una mayor agilidad, sin perder información relevante, en los procesos agudos atendidos en estos servicios³⁷.

2.4 - La satisfacción del paciente en el Servicio de Urgencias.

La evaluación de la satisfacción de los pacientes ha sido desde hace años utilizada en la valoración del proceso asistencial. No obstante, no había sido considerada un buen indicador, ya que se alejaba de los criterios técnicos y clínicos hasta entonces empleados para examinar las tecnologías sanitarias, intervenciones o actuaciones médicas³⁸. Sin embargo, en los últimos años se ha producido un cambio en los servicios sanitarios, dando más valor a las necesidades del paciente. La orientación actual sitúa a éste y su percepción del proceso sanitario como eje central en la valoración del sistema. Actualmente, la satisfacción percibida por los usuarios de una institución o servicio sanitario es uno de los indicadores de calidad y forma parte de la valoración general de la asistencia prestada^{39,40}.

Este concepto de satisfacción hace referencia a la adecuación de las expectativas de los pacientes con la percepción final del servicio sanitario recibido, y puede estar influida por el estado de salud previo, las variables sociodemográficas (la edad, el sexo, el nivel cultural, el estado civil, la situación laboral), las características del proveedor de salud (la calidad afectiva, la cantidad de información, la habilidad técnica, la accesibilidad, etc.) o el tiempo de espera⁴⁰.

Medir la satisfacción de los usuarios en este contexto no es una tarea sencilla⁴¹, ya que incluso aspectos como la estructura física y las instalaciones del servicio (los espacios amplios y confortables, la luz, el mobiliario, el ruido ambiental, la limpieza...) pueden afectar a este parámetro⁴².

La valoración de las intervenciones sanitarias se puede llevar a cabo mediante las encuestas de satisfacción realizadas a los pacientes, las cuales son incluidas en los programas de evaluación de la calidad asistencial como un instrumento para detectar los aspectos de mejora⁴³.

Según las encuestas sobre la satisfacción a nivel hospitalario⁴⁴, algunas de las variables que parecen influir en esta valoración, son los ingresos hospitalarios previos y la duración de éstos, así como las anteriormente citadas. Esta información coincide con los hallazgos publicados por González et al.⁴⁵ en un estudio comparativo entre varios hospitales, en su estudio, el tipo de hospital y el área de hospitalización también se revelaron importantes.

No obstante en determinadas áreas de hospitalización con características especiales por su funcionamiento y el tipo de usuarios ingresados, medir el grado de satisfacción resulta especialmente difícil. Teniendo en cuenta estas peculiaridades, es recomendable evaluarlo no sólo a través de éstos sino también de las familias. Así, en las Unidades de Cuidados Críticos (UCI), el paciente tiene limitada su capacidad de comunicación, a través de la percepción de la familia conocemos los aspectos que influyen en la satisfacción de ambos. Algunos aspectos como la calidad de los cuidados, la empatía y el apoyo emocional, la información sobre el estado del paciente y la

demanda de ampliación de los horarios de visitas son los más reclamados por la familia^{46,47}.

El paciente por su parte, se encuentra en un ambiente frío, hostil, rodeado de tecnología, desconectado del mundo exterior, por lo que precisa de un mayor grado de comunicación, empatía, apoyo de los profesionales y más contacto con la familia para incrementar su nivel de satisfacción⁴⁸.

En la Unidad Neonatal, la satisfacción expresada por los padres, se relaciona con la información y la comunicación, la participación de los padres en los procedimientos y las decisiones que afecten al recién nacido, los horarios sin restricciones de acceso, los aspectos humanos, la gravedad del recién nacido y el control del dolor⁴⁹.

Recientemente se ha publicado en Asturias, la “I Encuesta de Opinión de Atención Maternal y Neonatal” donde se buscaba conocer la percepción de las mujeres que habían sido atendidas durante su embarazo, parto y puerperio en el sistema público asturiano; la satisfacción global con la asistencia fue buena, las madres valoraron de forma muy positiva: la intimidad, el trato y la amabilidad del personal en el hospital. Sin embargo, un 12% consideraron que deberían mejorarse algunos aspectos relacionados con la información recibida⁵⁰.

Dentro de la atención urgente, tras la implantación hace unos años de los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), se han realizado estudios sobre la valoración que los usuarios hacen de este servicio en términos de satisfacción y calidad percibida. El 80% de los pacientes atendidos por estos equipos afirmaron estar

satisfechos, lo cual fue una valoración muy positiva. Los factores más influyentes fueron: la empatía de los profesionales, la comunicación y la información que reciben los pacientes, la competencia profesional, el acceso al servicio, las instalaciones y la resolución del problema de salud. Estos hallazgos coinciden con los detectados en otros ámbitos sanitarios⁵¹.

En el contexto de las Urgencias Hospitalarias, se ha visto que la satisfacción se relaciona con el tiempo de espera real y el percibido, la confianza en los profesionales y el acompañamiento dentro del servicio. Así mismo, se detectaron algunas áreas de mejora, como la definición de estándares de calidad para proporcionar la información a los pacientes y los familiares, bien ofreciendo detalles sobre los tiempos de espera habituales o incluso señalando la posibilidad de realizar acciones de educación sanitaria durante ese periodo⁵¹. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Carbonell et al., donde se refleja que la espera percibida por el paciente antes de ser atendido por el médico es estimada como superior frente al tiempo que transcurre una vez que ha sido valorado por el facultativo. Esta valoración diferente de los tiempos podría derivarse de la espera incierta, la ansiedad que genera la enfermedad, el permanecer solo e incluso de la identificación dificultosa de personal sanitario⁵².

Algunas de las variables predictoras independientes detectadas por Parra et al. con respecto a la satisfacción del usuario fueron el trato dispensado por el médico, la profesionalidad del personal de enfermería y del celador, la infraestructura (limpieza y confort), la información recibida al alta y el tiempo pasado en urgencias⁵³. Al considerar como alternativa la permanencia del paciente en una sala de corta estancia (dentro del Servicio de Urgencias) frente al ingreso en una unidad convencional, la satisfacción de

éste se relacionaba con aspectos muy similares, destacando que la valoración realizada no era peor aunque su estancia hospitalaria fuese menor⁵⁴.

Dentro de las Urgencias Pediátricas, la mayoría de los factores determinantes de la satisfacción con la atención recibida son expresados por los padres o los familiares e incluyen el apoyo emocional, el trato humano, el acompañamiento durante la estancia en el servicio y la información recibida⁵⁵.

Por tanto, el nivel de satisfacción de los pacientes es un fiel reflejo del nivel de la calidad percibida con la asistencia. Según la información proporcionada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en el año 2011 a través del barómetro sanitario⁵⁶, se realizaron numerosas entrevistas para conocer la opinión de los ciudadanos y tomar en consideración sus expectativas, como un elemento esencial con el que establecer las prioridades de las políticas de salud. Se halló una elevada satisfacción con el funcionamiento del Sistema Sanitario Público.

2.5 - Factores relacionados con el nivel de satisfacción con los cuidados enfermeros.

A continuación se describen algunos de los factores relacionados con la satisfacción de los pacientes tras la atención en los Servicios de Urgencias Hospitalarios, y que son referidos por éstos como aspectos muy importantes a tener en cuenta en la mejora de la asistencia sanitaria.

2.5.1 – Accesibilidad al Servicio de Urgencias: el Triage enfermero.

La accesibilidad es uno de los factores asociados a la utilización de los Servicios de Urgencias Hospitalarios y se incluye en las encuestas de satisfacción. Este término lleva implícito varios conceptos. Por una parte una cobertura sanitaria universal y gratuita, siendo importante señalar que la falta de tarjeta sanitaria o de un servicio de atención de salud habitual (Atención Primaria) no impide el libre uso de los Servicios de Urgencias. Por otra parte la accesibilidad geográfica, los Servicios de Urgencias Hospitalarios siempre se sitúan en medios urbanos y generalmente, con buenas comunicaciones. Por último, la accesibilidad desde el nivel administrativo y el temporal, según ésta, no existe ningún tipo de trámite burocrático para acceder al servicio y la atención se dispensa de manera continuada las 24 horas del día²⁹.

Las esperas prolongadas y el excesivo tiempo de permanencia en el servicio una vez realizada la valoración médica, son causa de quejas y reclamaciones, y parecen influir negativamente en la valoración de los pacientes. El elevado número de usuarios que sobrecargan el servicio sobre todo en determinadas franjas horarias, la realización de cuantiosas pruebas complementarias y la dificultad para resolver la derivación de los mismos (algunos pendientes de valoración por especialistas), alarga el tiempo de la atención⁵⁷.

Aún así, en la mayoría de las ocasiones se produce una sobreestimación del tiempo de espera. Algunos factores implicados pueden ser la necesidad de respuesta inmediata a los problemas de salud, la ansiedad generada por la enfermedad, la espera

incierto y la ausencia de acompañantes mientras se permanece en el servicio, motivando que el tiempo real de espera no coincida con el percibido por el paciente, generando elevados niveles de insatisfacción. Informar y acotar los tiempos de espera durante el proceso asistencial puede eliminar parte de esta insatisfacción^{52,58}.

En este sentido, la realización de un *triaje* en urgencias puede ser un buen método para agilizar el tiempo de espera en la demora asistencial y en el proceso de decisiones clínicas y administrativas⁵⁹, gestionando la demanda de los pacientes en función de la urgencia de su patología y controlando además, el riesgo que podría implicar el tiempo de espera antes de ser atendido⁶⁰.

El concepto de *triaje* se ha definido como el proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes en función de su urgencia/gravedad antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa, identificando aquellos con necesidad de atención más urgente⁶¹.

Es el primer contacto del usuario con el Servicio de Urgencias Hospitalario y comienza con la valoración inicial realizada por el profesional sanitario (enfermera) que clasifica la urgencia de la demanda. Dependiendo de esta clasificación inicial, el tiempo de espera para la asistencia varía en función del nivel otorgado según la necesidad de intervención. Durante el tiempo de espera se producirá una continua reevaluación por parte de la enfermera, hasta que se inicie la asistencia médica y se instaure el tratamiento definitivo^{9,61}. Este sistema de *triaje* estructurado e informatizado es aplicado por personal de enfermería específicamente formado y acreditado⁶².

En nuestra comunidad, la mayoría de los hospitales clasifican a los pacientes según el Sistema de Triage Manchester⁶³, que establece cinco niveles de prioridad asistencial para llevar a cabo la atención médica y los cuidados de enfermería, en función de los signos y síntomas referidos por el paciente o el familiar. Los niveles de prioridad son:

- Nivel 1. Rojo. Urgencia vital - atención inmediata.
- Nivel 2. Naranja. Muy urgente – atención estimada en 10 minutos.
- Nivel 3. Amarillo. Urgente – atención estimada en 60 minutos.
- Nivel 4. Verde. Normal - atención estimada en 2 horas.
- Nivel 5. Azul. No urgente – atención estimada después de 3 horas.

Estableciéndose, además, 52 motivos de consulta a los que se le aplican discriminadores generales (aplicables a todos los pacientes y que aparecen en todos los diagramas) y específicos (aplicables a aspectos claves de las condiciones particulares de los usuarios) mediante diagramas en un soporte informático⁶³.

2.5.2 - Información en los Servicios de Urgencias.

Estudios sobre la asistencia en los Servicios de Urgencias señalan la información suministrada como factor relacionado con la satisfacción del paciente y la calidad del servicio prestado³⁸⁻⁴³. La información a los usuarios, es incluida por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias como indicador de calidad del proceso asistencial en estas unidades⁶⁴.

Según la Ley Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica⁶⁵, los pacientes tienen derecho a conocer con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, y debe darse de forma comprensible y adecuada a sus necesidades.

Las características propias de la atención en los Servicios de Urgencias generan insatisfacción en los usuarios y en los propios profesionales sanitarios, afectando a diversos aspectos asistenciales, incluido a la información. El paciente del Servicio de Urgencias se encuentra inmerso en un proceso agudo inesperado del que desconoce su resolución. La información suministrada alivia el miedo y la angustia, no sólo de éste sino de sus familiares⁶⁶. Comunicar e informar al paciente sobre su enfermedad y su diagnóstico determina menores niveles de ansiedad y un mayor cumplimiento terapéutico⁶⁷. De igual modo, personalizar la relación asistencial mediante la presentación e identificación del personal sanitario implicado en la atención, condiciona una actitud más receptiva, una mejor comprensión de la información y de la respuesta terapéutica del paciente⁶⁸.

La información facilitada versará tanto sobre el proceso asistencial (cuál es el problema, qué se está haciendo y porqué)⁵⁸, como sobre el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento. En el caso de la información médica, esta se concretará en el informe de alta, corroborando con el paciente y familiares la comprensión y la asimilación del mismo⁶⁶.

El informe de alta médica, emitido por el médico responsable del paciente, transmite información al finalizar cada proceso asistencial, especificando los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas⁶⁵.

Así mismo los profesionales enfermeros que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informar⁶⁵. Diversos estudios ponen de manifiesto que los profesionales de enfermería proporcionan escasa información sobre la atención que llevan a cabo, aspecto valorado negativamente por los pacientes, que relacionan esta carencia de información con falta de capacidad o de predisposición por la elevada carga asistencial^{69,70}. La información que debe suministrar el profesional de enfermería debe establecerse mediante protocolos de las patologías habituales tratadas en el Servicio de Urgencias, con explicaciones verbales y resolución de dudas planteadas por el paciente, adjuntando la información y las recomendaciones al alta por escrito⁷⁰. A diferencia del personal médico, los profesionales de enfermería de los Servicios de Urgencias no establecen como práctica habitual la realización de un informe al alta, sin embargo existen registros e informes protocolizados y recomendaciones científicas de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias para la elaboración del informe de Enfermería al alta³⁷.

Los registros de enfermería son fundamentales para garantizar la continuidad y la calidad en los cuidados de los pacientes, así como facilitar la comunicación entre los profesionales y los pacientes³⁷.

2.5.3 - Atención sanitaria. Cuidados enfermeros.

Conocer el nivel de satisfacción de los pacientes con los cuidados enfermeros es un buen indicador de la calidad asistencial. Entendiendo ésta, como la capacidad de satisfacer las necesidades de los usuarios con resultados de salud favorables y que se caracteriza por servicios profesionales basados en conocimientos científicos actuales y cuidados humanos que satisfagan a pacientes y familiares⁷¹.

Los cuidados enfermeros abarcan aspectos técnicos (la competencia profesional, los conocimientos basados en la evidencia científica, la aplicación de tratamientos, la capacidad de respuesta, la continuidad de cuidados...) y aspectos psicológicos (la relación interpersonal, la empatía y el apoyo, la amabilidad en el trato, el tiempo de dedicación, la buena comunicación y la información...) ^{72,73}.

Los estudios sobre satisfacción muestran que las variables que se recogen en ambos aspectos de los cuidados de enfermería tienen una elevada asociación con la percepción del paciente de una atención sanitaria de calidad. De ellos se desprende una valoración general positiva, sin embargo se pone una nota negativa en aspectos psicológicos como el escaso tiempo de dedicación, la despersonalización en el trato con los pacientes, la falta de información; percepción compartida muy especialmente por los usuarios de los Servicios de Urgencias Hospitalarias^{67,70}. Las características propias de estos servicios³² (la elevada demanda, la necesidad de atención inmediata, rápida y eficaz, el contacto escaso con el paciente, la ansiedad y el estrés de pacientes/familiares y de los profesionales sanitarios) unidas a los escasos recursos enfermeros disponibles hacen que la enfermera suela estar centrada en las tareas técnicas que debe realizar y no

en las personas que debe cuidar³⁹. Un estudio realizado a nivel hospitalario en 12 países de Europa y en Estados Unidos, pone de manifiesto que el elevado ratio paciente/enfermera es causa de insatisfacción tanto en los usuarios como en las propias profesionales, provocando deficiencias en la atención hospitalaria. Una mejora de las condiciones de trabajo del personal de enfermería, incrementaría la seguridad y la calidad de la atención hospitalaria a muy bajo costo, así como la satisfacción de los pacientes⁷⁴.

Como hemos mencionado anteriormente, en los Servicios de Urgencias, se observa una tendencia a la deshumanización, centrándose en los aspectos físicos del usuario y no en los psicosociales. Sin embargo, todos los estudios^{16,17,34,39} hablan de la importancia de humanizar los cuidados. Para ello se requiere una relación humana entre los pacientes/familias y los profesionales de enfermería.

En estos servicios, frecuentemente se atienden pacientes con patologías que pueden llevar asociadas un gran impacto emocional. La atención en el Servicio de Urgencias debe estar caracterizada por un trato individualizado al paciente. La enfermera debe presentarse y dirigirse al usuario por su nombre, identificándose como la persona encargada de llevar a cabo sus cuidados⁶⁸. Es necesario realizar una escucha activa y empática, prestando atención a las necesidades expresadas por el paciente, permitiéndole que nos cuente sus miedos e inquietudes. Es importante mostrar interés y preocupación por sus sentimientos, sin interrupciones y respetando los silencios^{77,78}.

La enfermera debe actuar con amabilidad, escuchar con atención el motivo de consulta, explicarle el proceso y el tiempo de espera probable antes de la atención médica, para lograr disminuir la incertidumbre y la angustia que genera la enfermedad⁵²⁻⁵⁸.

En ocasiones, los síntomas y/o signos relatados por el usuario no coinciden con la información aportada por sus familias, por lo cual, la comunicación no verbal juega un papel muy importante en la valoración de enfermería. Ofrecer un trato amable y cercano, mostrándole afecto con una sonrisa, una mirada humana, transmitiéndole confianza y seguridad con una caricia o cogerle de la mano son actitudes indispensables en nuestro trabajo diario. Algunas de las personas atendidas en urgencias pueden presentar alteraciones neurológicas y/o gran estado de ansiedad, ante los cuales, el hecho de establecer contacto físico, simplemente con un gesto de apoyo manifestado con una palmada en el hombro, puede contribuir a disminuir el estrés o calmar al paciente^{77,78}.

2.6 Justificación.

Como hemos visto, la evaluación de la calidad de los servicios sanitarios se ha convertido en una tarea esencial de los sistemas de salud³⁸⁻⁴⁰. Esta valoración se puede realizar a través de múltiples indicadores, además de los típicos basados en eficacia y seguridad se han añadido nuevos conceptos, como la importancia de satisfacción del paciente y de los cuidados tanto médicos como de enfermería³⁸⁻⁴⁰.

El crecimiento en la demanda asistencial en los Servicios de Urgencias, ha situado a estas unidades como parte fundamental de las prestaciones sanitarias.

La evaluación continua del funcionamiento de estos servicios se ha hecho ahora indispensable^{28,29,31,32}. Los profesionales de enfermería desarrollan su trabajo dentro de

los equipos multidisciplinares de los Servicios de Urgencias. La atención que llevan a cabo es una parte fundamental del manejo clínico del paciente y contribuye de manera significativa en su satisfacción global^{69,70}.

Dentro de esta labor enfermera, la información al paciente se ha considerado muy útil en términos de adherencia terapéutica así como en relación a la valoración de la calidad³⁸⁻⁴³. Por otro lado, los cuidados enfermeros deben dar respuesta tanto las necesidades físicas como psicológicas de los pacientes³², prestando especial atención no sólo a las cuestiones técnicas, sino también a los aspectos emocionales (la empatía, la comprensión, la escucha activa) los cuales no han sido generalmente evaluados.

Existen estudios sobre el nivel de satisfacción de los pacientes en relación con la calidad asistencial en el área de urgencias^{45,52,53}, así como trabajos publicados sobre la valoración de la atención sanitaria recibida a través de los profesionales⁵⁴, pero muy pocos se centran en los cuidados enfermeros^{69,70} y menos aún en los aspectos psicosociales de estos cuidados en Urgencias Hospitalarias^{77,78}.

Por todo lo anteriormente expuesto concluimos que, mediante la realización de este trabajo se pretende conocer el nivel de satisfacción referida por los usuarios ante los diversos aspectos de la atención enfermera, incorporando no sólo la valoración de los aspectos técnicos de los servicios de urgencias, sino también las necesidades psicosociales de los pacientes. Los resultados obtenidos pueden suponer un punto de partida en la mejora del proceso asistencial.

3. Objetivos.

3.1 - Objetivo principal.

- Conocer el nivel de satisfacción de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias del *Hospital Carmen y Severo Ochoa* de Cangas del Narcea con la atención de enfermería.

3.2 - Objetivos secundarios.

- Analizar el nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en el Servicio de Urgencias del *Hospital Carmen y Severo Ochoa* con los cuidados enfermeros recibidos.
- Estudiar el nivel satisfacción de dichos usuarios con la información recibida y con la competencia profesional de la enfermera.
- Determinar la relación entre las variables sociodemográficas estudiadas y las variables nivel de satisfacción general, información recibida y competencia profesional.
- Examinar la relación entre las variables relacionadas con la demanda de salud del paciente y las variables nivel de satisfacción general, información recibida y competencia profesional.
- Comprobar si existe relación entre las variables sociodemográficas y las variables relacionadas con la demanda de salud del paciente.

4 - Método.

4.1 - Tipo de estudio.

Se pretende realizar un estudio observacional, descriptivo y transversal.

4.2- Sujetos a estudio.

La muestra se recogió entre los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias Hospitalario.

El tamaño de muestra necesario lo obtuvimos mediante el programa estadístico *Ene 2.0*. Para conseguir una precisión del 6,0% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintótico normal con corrección para poblaciones finitas al 95% bilateral, asumiendo que la proporción esperada es del 65,0% y que el tamaño total de la población es de 14600, será necesario incluir 239 unidades experimentales/sujetos en el estudio.

Teniendo en cuenta que la demanda anual del servicio es de 14600 pacientes, utilizaremos un muestreo no probabilístico consecutivo donde los pacientes serán reclutados durante las 24 horas de atención continuada, siempre que cumplan los criterios de inclusión, hasta completar el tamaño de muestra necesario.

Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión.

- Pacientes de 18 años de edad en adelante.
- Pacientes que requieran cuidados enfermeros.
- Usuarios que reciban el alta médica a domicilio tras su paso por urgencias y no precisen ingreso en el hospital.
- Sujetos que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

Criterio de exclusión.

- Sujetos que no cumplan los criterios de inclusión.
- Pacientes que presenten un nivel de deterioro cognitivo u otra patología que dificulte la comprensión y la capacidad verbal.
- Pacientes con una minusvalía psíquica.

4.3- Variables a estudio.

Variables sociodemográficas.

Edad: Tipo: variable cuantitativa discreta. Forma de medida: años completos.

Sexo: Tipo: variable nominal dicotómica. Categorías: hombre / mujer.

Estado civil: Tipo: variable nominal politómica. Categorías: soltero / casado o pareja estable / divorciado o separado / viudo.

Nivel de estudios: Tipo: variable ordinal politómica. Categorías: sin estudios / estudios primarios / estudios secundarios / estudios universitarios.

Situación laboral: Tipo: variable nominal politómica. Categorías: activo / parado / jubilado.

Nivel de satisfacción

Nivel de satisfacción general del paciente con la atención de enfermería. Tipo: variable nominal dicotómica. Categorías: satisfecho / no satisfecho.

Satisfacción con los cuidados enfermeros. Tipo: variable ordinal politómica. Categorías: total acuerdo / de acuerdo / regular / desacuerdo / total desacuerdo.

Satisfacción con la información. Tipo: variable ordinal politómica. Categorías: total acuerdo / de acuerdo / regular / desacuerdo / total desacuerdo.

Satisfacción con la competencia profesional. Tipo: variable ordinal politómica. Categorías: total acuerdo / de acuerdo / regular / desacuerdo / total desacuerdo.

Variables relacionadas con la demanda de salud del paciente en el área de urgencias hospitalarias

Motivo de atención o demanda del paciente: Descripción o definición operativa: Causa referida por el paciente para acudir al servicio de urgencias, englobadas en patologías, que clasifican la demanda en una determinada especialidad médica o servicio de atención. Tipo: variable nominal politómica. Categorías: medicina interna / traumatológica / cirugía / otorrinolaringología / ginecología / obstétrica / oftalmológica / otras patologías.

Primera visita a urgencias: Descripción o definición operativa: constatación de las visitas realizadas al servicio. Tipo: variable nominal dicotómica. Categorías: si / no.

Tiempo de demora en la atención en enfermería: Descripción o definición operativa: tiempo transcurrido desde la llegada al servicio hasta que se inicia la atención enfermera. Tipo: variable cuantitativa discreta. Forma de medida: minutos.

Tiempo de espera percibido por el paciente antes de ser atendido: Descripción o definición operativa: tiempo de espera que percibe el paciente desde la llegada al servicio hasta que se inicia la atención. Tipo: variable ordinal politómica. Categorías: alto / medio / bajo.

Turno de trabajo de enfermería: Descripción o definición operativa: intervalo horario en el que se produce la atención de enfermería medido como turno de trabajo. Tipo: variable nominal politómica. Categorías: mañana / tarde / noche.

4.4– Material y recursos.

4.4.1- Instrumentos de evaluación.

Con el fin de recoger los datos para el estudio, utilizaremos un cuestionario de elaboración propia en el que se recogerán los datos sociodemográficos (la edad, el sexo, el estado civil, el nivel de estudios y la situación laboral), además de otras variables relacionadas con la atención en urgencias (el motivo de atención, la primera visita a urgencias, el tiempo de demora en la atención de enfermería, el tiempo de espera percibido por el paciente antes de ser atendido).

Con el objetivo de evaluar el nivel de satisfacción del paciente se utilizará la escala *Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS)* adaptada para la población española por Cuñado et al⁷⁵.

La CECSS está compuesta por 19 ítems donde cada pregunta tiene 5 opciones de respuesta expresadas en una escala tipo Likert, en la que totalmente de acuerdo corresponde a 5 puntos y totalmente en desacuerdo corresponde a 1 punto. La escala tiene un rango de puntuación total que oscila entre 15 y 75 puntos, considerándose que el paciente está satisfecho con los cuidados enfermeros a partir de 45 puntos.

Esta escala consta de tres partes: una parte formada por 12 ítems que evalúan la competencia profesional (1, 2, 3, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 18 y 19), otra formada por 3 ítems relacionados con la información sobre cuidados enfermeros (4,6 y 7) y 4 ítems de control (5, 9, 14 y 17) no computables.

En la evaluación de la competencia profesional (12 ítems), la puntuación mínima y máxima oscila entre los 12 y 60 puntos respectivamente, situando el punto de corte de la misma en 39 puntos. Con respecto, a la subescala de información, la puntuación mínima y máxima oscila entre 3 y 15 puntos respectivamente, situando el punto de corte a partir del cual se considera que existe satisfacción con la información recibida en 9 puntos.

Esta escala han sido utilizada por Abril et al⁷⁰ para evaluar los cuidados enfermeros.

4.4.2 - Otros recursos o materiales.

A) Humanos.

El equipo investigador estará formado por las enfermeras que forman la plantilla del *Servicio de Urgencias del Hospital Carmen y Severo Ochoa*. Una investigadora principal, será la responsable del proyecto y coordinará los distintos aspectos de la investigación, y el resto de las enfermeras del servicio colaborarán con el estudio, de manera gratuita. Así mismo, todos los profesionales de urgencias han manifestado su disponibilidad para ayudar en cualquier aspecto que fuera necesario del proyecto.

B) Materiales.

En el presente estudio se solicitará a la Gerencia del Hospital la posibilidad de utilizar los siguientes recursos: sala de juntas para las reuniones del equipo, sala anexa al servicio de urgencias para realizar la entrevista del paciente.

Por otro lado se precisará del siguiente material de oficina: papel, fotocopias, archivadores.

C) Técnicos.

Contaremos con medios técnicos o material inventariable como ordenador portátil, impresora, software con los distintos programas para la elaboración del proyecto, acceso a internet y bases de datos.

D) Presupuesto.

CONCEPTO	TIEMPO DE EJECUCIÓN	TOTAL
Material de Oficina (Fungible) Papel, fotocopias, archivadores.	Enero-Diciembre 2013	200 €
Material Inventariable Ordenador Impresora Software (SPSS, Excel...)	Enero-Diciembre 2013	1000 €
Conexión a Internet	Enero-Abril 2013 Importe mensual aprox 30 €	120 €
Difusión de Resultados Asistencia a un congreso nacional Inscripción Desplazamiento, hotel y dietas	Primer trimestre 2014	800 €
Traducción de Resultados Elaboración resumen y traducción artículos previo a su publicación	Primer trimestre 2014	100 €

4.5 - Contexto del estudio.

El estudio será llevado a cabo en el *Servicio de Urgencias del Hospital Carmen y Severo Ochoa de Cangas del Narcea*.

El mapa de salud del Principado de Asturias se organiza en 8 áreas sanitarias. Los usuarios están asignados a un área sanitaria concreta según criterios geográficos. Cada área de salud del Principado de Asturias cuenta con una cabecera donde se ubica la asistencia especializada en los denominados Hospitales de área, referentes para su zona de influencia.

El Hospital Carmen y Severo Ochoa da cobertura al área sanitaria II como hospital de referencia y se ubica en Cangas del Narcea. Es un hospital general con una capacidad de 96 camas. Cuenta con un Servicio de Urgencias Hospitalarias que atiende unas 14600 demandas anuales. El Servicio de Urgencias se encuentra ubicado en un ala del edificio hospitalario, y aunque se encuentra en la primera planta por las peculiaridades arquitectónicas del edificio, tiene acceso directo desde la calle (entrada única).

El Servicio de Urgencias cuenta con un equipo multidisciplinar de profesionales formado por personal sanitario (personal médico y personal de enfermería) y personal no sanitario (celadores y administrativos). El personal sanitario se compone de ocho profesionales médicos que desempeñan su trabajo en jornadas de 24 horas (de 9:00 a 9:00 horas de la mañana del día siguiente); enfermeras, una supervisora en el turno de mañana (de 8:00 a 15:00 horas) compartida con el servicio de radiodiagnóstico; cinco

enfermeras de plantilla fija en tres turnos rotatorios: turno de mañanas (de 8:00 a 15:00 horas), turno de tardes (de 15:00 a 22:00 horas) y turno de noches (de 22:00 a 8:00 horas) a razón de una por turno; cinco enfermeras de plantilla volante en tres turnos rotatorios a razón de una por turno, que además del trabajo en el servicio realizan los traslados secundarios desde urgencias hasta los hospitales de referencia y refuerzan en caso necesario, todos los servicios del hospital; cinco auxiliares de enfermería en tres turnos rotatorios a razón de una por turno. El personal no sanitario está compuesto por cinco administrativo en tres turnos rotatorios a razón de uno por turno y por diez celadores en tres turnos rotatorios a razón de dos por turno.

El servicio cuenta con el soporte informático *Selene* desde el cual se gestiona la atención del paciente, a través de su historia clínica electrónica.

El área de asistencia a los pacientes en el Servicio de Urgencias Hospitalarias, está compuesta por las siguientes zonas:

- 1- Admisión. Situada en el acceso al servicio, es el primer punto de contacto entre el paciente y el servicio. En esta zona se realiza la acogida y la recepción del paciente, recogiendo los datos personales y el motivo de la demanda de salud. Posteriormente, ésta es comunicada y derivada a la zona asistencial para su gestión, ya que en el servicio no existe un sistema de *triaje* que se encargue de clasificar a los pacientes. La demanda de asistencia se clasifica en función de la hora de llegada, si se presupone que el problema de salud es de baja complejidad, o en función de su urgencia o gravedad si fuera el caso contrario.

- 2- Sala de espera de los pacientes y los familiares, integrada en la zona de acceso. En ella permanecen los usuarios hasta ser atendidos, ya que como habíamos indicado no existe un sistema de *triaje* que se haga cargo de una primera valoración del paciente. Los acompañantes continúan la espera hasta la resolución final del problema de salud que atañe a su familiar, puesto que tampoco existe ningún profesional que informe a los familiares en esta área.
- 3- Sala de celadores se encuentra pareja a la zona de acceso al servicio, para que estos sean los encargados de realizar el paso de los pacientes desde la sala de espera al área asistencial, cuando el profesional médico o el profesional de enfermería, así se lo indique.
- 4- Sala de Resucitación cardiopulmonar avanzada y cuidados críticos (Box de paradas).
- 5- Sala de Cirugía, Curas, Otorrinolaringología (ORL) y otros procedimientos. Sala multiusos donde se realizan técnicas de cirugía menor, cura de heridas y quemaduras, así como la atención a los usuarios con patologías de ORL, ya que cuenta con el aparataje necesario para su asistencia. También es utilizada como box de exploración para todo tipo de pacientes, cuando la capacidad del servicio se ve superada por la carga asistencial.
- 6- Sala de pediatría separada de la zona de adultos, con un box de observación pediátrico anexo (con cama o cuna) con capacidad para un paciente.

- 7- Boxes de exploración: se dispone 5 de boxes divididos en 1 box para la atención traumatológica con sala de yesos, 3 boxes de medicina interna, 1 box ginecológico.

- 8- Boxes de observación para adultos, para estancias no superiores a 24horas. Cuenta con cuatro camas donde se ingresan patologías de todo tipo (cirugía, traumatología, cardiología, hematología, medicina interna, otorrinolaringología....) con disponibilidad para monitorización electrocardiográfica y de constantes vitales.

- 9- Sala polivalente de Oftalmología y consulta de alta resolución. En ella se encuentra el aparataje necesario (lámpara de hendidura) para la atención de los usuarios con problemas oftalmológicos. También es utilizada para la asistencia de problemas de salud de baja complejidad, susceptibles de una rápida resolución.

- 10- Sala de obstetricia (ubicada en la tercera planta del edificio en el Servicio de Ginecología) a que se derivan las pacientes ginecológicas y obstétricas, que siendo asistidas en el Servicio de Urgencias necesitan de la colaboración de los profesionales del servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital, para posteriormente ser dadas de alta o ingresadas si fuera necesario.

- 11- Control general de urgencias situado en la zona central del área asistencial, próximo a los boxes de exploración y de observación, desde donde se centraliza la atención a los pacientes. Es también donde se encuentran

ubicados los distintos ordenadores de mesa desde los que se accede a la historia electrónica del paciente y la central de control de los monitores de los boxes de observación.

12- Sala de estar del personal. Es utilizada como zona de descanso del personal sanitario.

13- Despacho de médicos de urgencias.

4.6- Procedimiento.

Previa solicitud y autorización por el Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias (Anexo 1) se realizará la investigación propuesta. Los pacientes serán seleccionados entre los usuarios que cumplan los criterios de inclusión y sean atendidos por el personal de enfermería. Los candidatos a formar parte del estudio serán informados del objetivo del mismo e invitados a participar en el momento de recibir el alta médica a domicilio. Iniciaremos éste, tras la aceptación mediante la firma del consentimiento informado (Anexo 2).

Se recordará a los usuarios que la información y los datos obtenidos serán tratados con el máximo rigor y confidencialidad respetando la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal⁷⁶.

La recogida de datos/variables necesarios para el estudio se realizará mediante los cuestionarios diseñados para tal fin (Anexo 3, Anexo 4); éstos serán entregados a los pacientes para su cumplimentación, por una enfermera que no haya participado en su

atención. El cuestionario inicial (Anexo 3) consta de una primera parte cuya cumplimentación será realizada por la enfermera. La segunda parte del mismo y la otra encuesta (Anexo 4) serán cubiertas por el paciente.

Cada miembro del equipo investigador será previamente entrenado en la cumplimentación y administración de los cuestionarios, garantizando así la concordancia intraobservador y evitando sesgos en la información. En el caso en que existiera algún tipo de dificultad en la comprensión y la cumplimentación de los mismos, el equipo investigador garantizará el correcto entendimiento y la recogida de los datos en los términos acordados durante el entrenamiento. Si el paciente no pudiese realizar las encuestas será la enfermera la que lea las preguntas y cubra los cuestionarios.

Tras recibir el paciente el alta médica a domicilio, será acompañado por un miembro del equipo investigador hasta una sala anexa al Servicio de Urgencias, habilitada para tal fin mientras se realiza el estudio, donde le serán entregados los cuestionarios al paciente. El equipo investigador permanecerá en la sala a completa disposición del usuario, apoyando y/o aclarando dudas surgidas si fuera necesario.

La duración estimada de la evaluación será de unos 20 minutos. Los miembros del equipo de investigación recogerán las encuestas para su posterior análisis, agradeciendo al paciente su colaboración.

Previo al comienzo del estudio, se realizará una prueba piloto en la que se incluirá a 20 usuarios del Servicio de Urgencias, para homogeneizar, evaluar y analizar todos los aspectos de la investigación susceptibles de mejora.

4.7 - Análisis de los datos.

Para el estudio de los resultados se creará una base de datos con todas las variables recogidas, utilizando el *programa estadístico SPSS v. 18.0* (SPSS Inc. Chicago, Illinois, USA).

Para la estadística descriptiva se emplearán:

- Variables cuantitativas: se utilizará la media aritmética como medida de tendencia central, y la desviación típica y el rango para la medida de dispersión de los datos.
- Variables cualitativas: se expresarán mediante frecuencias totales y porcentajes.

Para la comparación de variables se realizará:

- Variables cuantitativas: partiendo de una distribución normal, se utilizará la prueba T de Student para muestras independientes, el ANOVA (en el caso de variables politómicas) y el coeficiente de Correlación de Pearson .
- Variables cualitativas: se obtendrán mediante Tablas de Contingencia y la prueba Chi Cuadrado.

Se considerarán estadísticamente significativos los valores de la $p < 0,05$.

4.8 - Temporalización.

El proyecto de investigación será llevado a cabo desde Enero de 2013 a Diciembre de 2013. A continuación se realiza una relación detallada de las actividades y tareas y en qué fechas serán llevadas a cabo.

CRONOGRAMA												
ACTIVIDADES Y TAREAS	MESES											
	ENERO A DICIEMBRE DE 2013											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Búsqueda bibliográfica												
Marco teórico												
Formulación de objetivos y diseño del estudio												
Recogida de datos												
Tratamiento de datos												
Elaboración de resultados												
Discusión y conclusiones												

4.9 - Consideraciones éticas.

Para poder llevar a cabo el proyecto de investigación se solicitará autorización al Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias (Anexo 1).

Todos los pacientes candidatos a participar en el estudio recibirán información explícita del trabajo de investigación. Para su inclusión en el mismo deberán corroborar su aceptación mediante consentimiento informado (Anexo 2), así mismo se les recordará a los usuarios que la información y los datos obtenidos serán tratados con el máximo rigor y confidencialidad respetando la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal⁷⁵.

4.10 - Limitaciones del estudio.

Dentro de la atención de enfermería al paciente, pudiera existir un sesgo en el comportamiento habitual de las enfermeras encargadas de su atención ante la sospecha de que éste pudiera participar en el estudio. Si bien es cierto, que las enfermeras que estén prestando sus servicios y sean responsables de los pacientes que puedan ser susceptibles de intervenir en el estudio, desconocerán su inclusión. No se conocerá la posible participación en el estudio hasta finalizar la atención, ya que solamente pueden ser incluidos en la investigación los usuarios que reciben el alta médica a domicilio. También pudiera suceder que un mismo paciente sea atendido por más de una enfermera, en las franjas horarias de máxima afluencia o en los cambios de turno de las enfermeras, pudiendo condicionar la valoración realizada por el usuario.

Para evitar el sesgo relacionado con la información y la concordancia intraobservador, previo al inicio del estudio, tal como se ha señalado anteriormente, se entrenará a cada miembro del equipo investigador, estandarizando todos los procedimientos que sean llevados a cabo en la investigación.

Ante la posibilidad de errores o dificultad en la cumplimentación de los cuestionarios, los investigadores comprobarán que se hayan cubierto la totalidad de los datos o ayudarán al usuario en caso de que existan problemas para completarlos, en los términos acordados.

Debido al tipo de muestreo empleado (no probabilístico consecutivo) y que la recogida de los datos va a ser llevada a cabo por el propio personal sanitario que presta la atención a los pacientes, es fácil que en situaciones de elevada demanda asistencial, no sea posible verificar si todos los usuarios que acuden al servicio cumplen los criterios de selección o se produzcan lagunas en el reclutamiento. A la hora de valorar la validez de la muestra, éstos serán considerados como sujetos perdidos.

En posibles estudios posteriores sería interesante ampliar la investigación en pacientes, que tras ser atendidos en el Servicio de Urgencias, precisan ingreso en una unidad hospitalaria o traslado a otro hospital de referencia.

5 – Referencias bibliográficas.

1. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, nº 311, (29-12-1978).
2. Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (29-04-1986).
3. Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003, de 28 de Mayo de Salud. Boletín Oficial del Estado, nº128, (29-05-2003).
4. Fustero MV, García-Mata JR, Junod B, Bárcena M. ¿Funciona el flujo de información entre los niveles primario y especializado? Análisis de la continuidad asistencial en un Área de Salud. Rev Calidad Asistencial. 2001; 16: 247-52.
5. Henao D, Vázquez ML, Vargas I. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. Gaceta sanitaria. 2009; 23: 280-6.
6. Gervas J, Rico A, seminario de innovación 2005. Innovación en la Unión Europea (UE-15) sobre la coordinación entre atención primaria y especializada. Med Clin Barc. 2006; 126 (17): 658-61.
7. Fernández Moyano A, García JL, Palmero C, García B, Paéz JM, Álvarez M et al. Continuidad asistencial. Evaluación de un programa de colaboración entre atención hospitalaria y atención primaria. Rev Clin Esp. 2007; 207(10): 510-20.
8. Labra R, Juarez RA, Julián A. Servicio de Urgencias. Conceptos, organización y triaje. En: Julián A, editor. Manual de protocolos y actuación en urgencias. Toledo: Saned; 2010. p. 9-13.
9. Gómez J. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. Emergencias. 2006; 18: 156-64.
10. Bibiano C. Manual de Urgencias. Madrid: Saned-Edicomplet; 2011.

11. Montero FJ et al. La organización de la cadena asistencial urgente en España o la búsqueda de los eslabones perdidos. *Emergencias*. 2008; 20: 5-7.
12. Astursalud.es. Unidad de Coordinación atención a las urgencias y emergencias. [sede web]. Asturias: astursalud.es; 2013 [acceso 23 de Marzo del 2013]. Disponible en: www.astursalud.es
13. De la Fuente-Rodríguez A, Fernández-Lerones MJ, Hoyos-Valencia, León-Rodríguez C, Zuloaga-Mendiolea C, Ruiz-Garrido M. Servicio de urgencias de atención primaria. Estudio de calidad percibida y satisfacción de los usuarios de la zona básica de salud Altamira. *Rev Calid Asist*. 2009; 24(3): 109-14.
14. Oterino D, Baños JF, Fernández V, Rodríguez-Álvarez A. Impacto en Asturias de las urgencias de atención primaria sobre las hospitalarias. Un análisis de cointegración de series temporales. *Rev Esp Salud Pública*. 2007; 81: 191-200.
15. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Urgencias Hospitalarias. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación. Madrid: msps; 2010.
16. Moreno E. ¿Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud? *Emergencias*. 2008; 20: 276-84.
17. Roure RM, Reig A, Vidal J. Percepción de apoyo social en pacientes hospitalizados. *Rev Mult Gerontol*. 2002; 12(2): 79-85.
18. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Dominguez V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2004; 78(4): 505-16.
19. Molina JM, Avalos F, Giménez I. Burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Enfermería Clínica*. 2005; 15(5): 275-82.

20. Ibáñez N, Vilaregut A, Abio A. Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enfermería Clínica*. 2004; 14(3): 142-51.
21. De Pablo C. El síndrome del burnout y los profesionales sanitarios. *Nursing*. 2007; 25(8): 60-65.
22. Matía AC, Cordero J, Mediavilla JJ, Pereda MJ, González ML, González A. Evolución del burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2012; 44: 532-9.
23. Ríos MI, Godoy C, Peñalver F. Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Críticos. *Enfermería Intensiva*. 2008; 19: 169-78.
24. Garnés AF. ¿Están quemados los médicos de urgencia de hospitales de Alicante? *Semergen*. 2003; 29(2): 65-9
25. Moreno E. Estrés ocupacional en los profesionales de la medicina aguda. *Emergencias*. 2007; 19: 151-53.
26. Flórez JA. Síndrome de “estar quemado”. Barcelona: Edikamed; 1994.
27. Duaso E, Tomás S, Rodríguez-Carballeira M, Juliá J. Valoración geriátrica en un servicio general de urgencias hospitalarias. *Rev Mult Gerontol*. 2005; 15(1): 40-49.
28. Sánchez J, Delgado AE, Muñoz H, Luna JD, Jiménez JJ, Bueno A. Frecuencia y características de la demanda atendida en un Servicio de Urgencias Hospitalario. Circuitos de atención. *Emergencias*. 2005; 17: 52-61.
29. Sánchez J, Bueno A. Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias*. 2005; 17: 138-44.
30. Llorente S, Alonso M, Buznego B. Papel de la atención primaria en la frecuentación al servicio de urgencias de un hospital comarcal. *Atención primaria*. 1996; 18: 243-7.

31. Miró O, Sanchez M, Coll-Vinent B, Millá J. Indicadores de calidad en urgencias: comportamiento en relación con la presión asistencial. *Med Clin.* 2001; 116: 92-7.
32. Tudela P, Módol JM. Urgencias hospitalarias. *Med Clin.* 2003; 120(18): 711-6.
33. Morales-Guijarro AM, Nogales-Cortés MD, Pérez-Tirado L. Acompañante satisfecho, un indicador de calidad. *Rev Calid Asist.* 2011; 26(1): 47-53.
34. Ortega A, García JC, Rodríguez Y, Núñez S, Novo M, Rodríguez JC. Humanización en atención urgente. ¿Entendemos lo mismo sanitarios, pacientes y familia? *Emergencias.* 2004; 16: 12-16.
35. Reid-Cunningham AR. Maslow's Theory of Motivation and Hierarchy of Human Needs: A Critical Analysis. School of Social Welfare University of California – Berkeley; 2008.
36. Unidad de Medicina Intensiva del Hospital Txagorritxu. Guía de Práctica Clínica Cuidados Críticos de Enfermería. Comunidad Autónoma Vasca: H. Txagorritxu; 2004.
37. Sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias. Registro del proceso enfermero en urgencias y emergencias. Recomendación científica. SEEUE; 2003.
38. Barrasa JI, Aibar C. Revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el período 1986-2001. *Rev Calidad Asistencial.* 2003; 18(7): 580-90.
39. Morales JM. Reorientación de los servicios de urgencias hacia el paciente. *Emergencias.* 2001; 13: 1-3.
40. Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial.* 2002; 17(1): 22-9.
41. Márquez-Peiró JF, Pérez-Peiró C. Evaluación de la satisfacción y de la insatisfacción de pacientes atendidos en la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos. *Farm Hosp.* 2008; 32(2): 71-6.

42. López-Madurga, Mozota ET, Moliner FJ, Cuarteros R, Martínez-Vidal JA, Guerreo JL. Estrenamos Servicio de Urgencias, ¿mejora la satisfacción de los pacientes? *Rev Calidad Asistencial*. 2001; 16: 164-8.
43. Quintana JM. Encuesta de satisfacción a pacientes de servicios de urgencias de hospitales agudos. *Gac Sanit*. 1999; 13(1): 38-45.
44. Quintana JM, González N, Bilbao A, Aizpuru F, Escobar A, Esteban C et al. Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Serv Res*. 2006; 6: 102.
45. González N, Quintana JM, Bilbao A, Esteban C, San Sebastián JA, Sierra E et al. Patient satisfaction in 4 hospitals of the Basque Health Service. *Gac Sanit*. 2008; 22(3): 210-7.
46. Santana L, Ramírez A, García M, Sánchez M, Martín JC, Hernández E. Encuesta de satisfacción a los familiares de pacientes críticos. *Med Intensiva*. 2007; 31(2): 57-61.
47. Pérez MD et al. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*. 2004; 28(5): 237-49.
48. Blanca JJ, Blanco AM, Luque M, Ramirez MA. Experiencias, percepciones y necesidades en la uci: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería Global*. 2008; 12: 1-14.
49. Capdevila E, Sánchez L, Riba M, Morriña D, Ríos J, Porta R et al. Valoración de la satisfacción de los padres en una unidad neonatal. *An Pediatr*. 2012; 77(1): 12-21.
50. Dirección General de Salud Pública y Participación. I Encuesta de opinión de Atención Maternal y Neonatal. Informe de resultados. P. de Asturias: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias; 2010.

51. Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Carbonell MA, Pérez-Jover V, Blaya I, García A et al. Causas de satisfacción e insatisfacción en Urgencias. *Rev Calidad Asistencial*. 2001; 16: 390-6.
52. Carbonell MA, Girbés J, Calduch JV. Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. *Emergencias*. 2006; 18: 30-5.
53. Parra P, Bermejo RM, Más A, Hidalgo MD, Gomis R, Calle JE. Factors related to patient satisfaction with hospital emergency services. *Gac Sanit*. 2012; 26(2): 159-65.
54. Gómez C, Guillamont J, Salazar A, Pastor AJ, Novelli A, Corbella X. Evaluación de la satisfacción de los pacientes ingresados en una unidad de corta estancia de urgencias. *Emergencias*. 2005; 17: 12-6.
55. Pérez-Tirado L, Hernández-Blanco M, Nogales-Corte MD, Sánchez-Sánchez MJ. Evaluación de la satisfacción de los familiares en las urgencias pediátricas. *Rev Calid Asist*. 2010; 25(2): 58–63.
56. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Barómetro Sanitario 2010 [base de datos en internet]. Madrid: mspsi; 2011. [consultado el 01 de Abril de 2013] Disponible en:
<http://www.mspsi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm>.
57. Llorente S, Arcos PI, Alonso M. Factores que influyen en la demora del enfermo en un servicio de urgencias hospitalarias. *Emergencias*. 2000; 12: 164-71.
58. Cooke T, Watt D, Wertzler W, Quan H. Patient expectations of emergency department care: phase II – a cross-sectional survey. *Can J Emerg Med*. 2006; 8(3): 148-57.

59. Navarro R, López-Andújar L, Brau J, Carrasco M, Pastor P, Masiá V. Estudio del tiempo de demora asistencial en urgencias hospitalarias. Estudio multicéntrico en los servicios de urgencias hospitalarias de la Comunidad Valenciana. *Emergencias*. 2005; 17: 209-14.
60. Sánchez R, Cortés C, Rincón B, Fernández E, Peña S, De las Heras EM. El triaje en urgencias en los hospitales españoles. *Emergencias*. 2013; 25: 66-70.
61. Gómez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias*. 2003; 15: 165-74.
62. Salmerón JM, Jiménez L, Miró O, Sánchez M. Análisis de la efectividad y seguridad de la derivación sin visita médica desde el triaje del servicio de urgencias hospitalario por personal de enfermería acreditado utilizando el Programa de Ayuda al Triage del Sistema Español de Triage. *Emergencias*. 2011; 23: 346-55.
63. Grupo Español de Triage Manchester. Triage de Urgencias Hospitalarias. Manchester: BMJ; 2004.
64. Grupo de Trabajo SEMES-Insalud. Calidad en los servicios de urgencias. Indicadores de calidad. *Emergencias*. 2001; 13: 60-65.
65. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 del 14 de Noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15-11-2002).
66. Núñez S, Martín-Martín AF, Rodríguez I, González I, Antolín J, Hernández R et al. Identificación de problemas de calidad en la información clínica a usuarios de un servicio de Urgencias hospitalario. *Rev Clin Esp*. 2002; 202(12): 629-34.

67. Pujiula-Masó J, Suñer-Soler R, Puigdemont-Guinart M, Grau-Martín A, Bertrán-Noguer C, Hortal-Gasulla G et al. La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial. *Enferm Clin.* 2006; 16(1): 19-26.
68. Domínguez D, Cervera E, Disdier MT, Hernández M, Martín MC, Rodríguez J. ¿Cómo se informa a los pacientes en un servicio de urgencias hospitalario? *Aten Primaria.* 1996; 17 (4): 280-3.
69. González-Valentín MA, Padín S, De Ramón E. Satisfacción del paciente con la atención de enfermería. *Enfermería clínica.* 2005; 15(3): 147-55.
70. Blanco-Abril S, Sánchez-Vicario F, Chinchilla-Nevado MA, Cobrero-Jiménez EM, Mediavilla-Durango M, Rodríguez-Gonzalo A et al. Satisfacción de los pacientes de urgencias con los cuidados enfermeros. *Enferm Clin.* 2010; 20(1): 23–31.
71. Herrera M, Rodríguez M, Pino E, Mora D, Doblás A, Castillo M. Cómo instaurar un plan de calidad asistencial en un servicio clínico. *Emergencias.* 2001; 13: 40-48.
72. Sierra C, Muñoz A, Peiró MA, Valls S, López I, Famoso MJ et al. Elaboración de un cuestionario para medir la calidad con los cuidados de enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos Cardiológicos desde la percepción de los pacientes. *Enferm Cardiol.* 2009; 47-48: 71-79.
73. Alonso R, Blanco-Ramos MA, Gayoso P. Validación de un cuestionario de calidad de cuidados de enfermería. *Rev Calidad Asistencial.* 2005; 20(5): 246-50.
74. Aiken L, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane D, Busse R, McKee M et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ.* 2012; 344: 1-14.
75. 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). *Enfermería Clínica.* 2002; 12(5): 273-80.

76. Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal. Ley 15/1999 de 13 de Diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 298, (14-01-2000).
77. Durán CI, Clínica de Clínica de Urgencias M. y T. Gutt, Fundación Santa Fe de Bogotá. Atención humana del paciente de urgencias. Bogotá; 2000.
78. Rocha Oliveira T, Faria Simões SM. La comunicación enfermera-cliente en el cuidado en las unidades de urgencias 24h. Una interpretación en Travelbee. Enfermería Global. 2013; 12(2): 76-90.

ANEXO 1 (CARTA AL COMITÉ DE ÉTICA)

Oviedo a 15 de Febrero de 2013

De: Carmen Ana Valdés y Agueda Fernández García.

Master Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos.

A: Comité Ético Regional de Investigación Clínica del Principado de Asturias.

Asunto: *Proyecto de investigación.*

Adjunto enviamos para su evaluación el proyecto de investigación titulado: “Satisfacción de los pacientes de un servicio de urgencias con los cuidados enfermeros”, dicho proyecto corresponde al Trabajo Fin de Máster de Águeda Fernández García, del Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos.

Les rogamos remitan la contestación a la siguiente dirección:

Agueda Fernández García

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:

Se adjunta:

- Memoria del proyecto.
- Hoja de consentimiento informado.
- Cuestionarios de evaluación del paciente.

Un saludo

Fdo. Carmen Ana Valdés.

Fdo. Agueda Fernández García.

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

AREA SANITARIA II -- SERVICIO DE URGENCIAS

HOSPITAL CARMEN Y SEVERO OCHOA (CANGAS DEL NARCEA)

TITULO DEL ESTUDIO: “Satisfacción de los pacientes de un Servicio de Urgencias con los cuidados enfermeros”

En qué Consiste:

- Es un estudio en el que se realizará una evaluación de la satisfacción de los pacientes con los cuidados enfermeros del Servicio de Urgencias del Hospital Carmen y Severo Ochoa de Cangas del Narcea.
 - Se realizarán varias encuestas, con ayuda de los investigadores, en las que se recogerá información sobre variables sociodemográficas, relacionadas con la atención en urgencias y satisfacción.
 - Toda la información recogida se mantendrá de forma confidencial.
-

YO.....(Nombre y Apellidos)

He sido informado sobre el citado estudio y he podido aclarar mis dudas sobre el mismo, de tal manera que juzgo que he recibido suficiente información al respecto.

He sido informado por.....(Nombre del investigador)

Comprendo que la participación es voluntaria y que en cualquier momento puedo retirarme del estudio sin que ello repercuta en mis cuidados.

Presto mi conformidad para participar en el estudio

Firma del Participante

Firma del investigador

Fecha / /

Fecha / /

ANEXO 3

Cuestionario de variables demográficas y de datos clínicos. (Parte cumplimentada por los miembros del equipo investigador).

INICIALES DEL PACIENTE	SEXO	EDAD	
	<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	-----	FECHA DE NACIMIENTO -----/-----/-----

FECHA DE ATENCIÓN -----/-----/-----		HORA DE LLEGADA ---:---
	TURNO ENFERMERIA <input type="checkbox"/> MAÑANA <input type="checkbox"/> TARDE <input type="checkbox"/> NOCHE	HORA DE ATENCIÓN ENFERMERIA ---:---
		HORA DE SALIDA ---:---

<p>SERVICIO DE ATENCIÓN</p> <p><input type="checkbox"/> Medicina interna.</p> <p><input type="checkbox"/> Traumatología.</p> <p><input type="checkbox"/> Cirugía.</p> <p><input type="checkbox"/> Ginecología.</p> <p><input type="checkbox"/> Obstetricia.</p> <p><input type="checkbox"/> Oftalmología.</p> <p><input type="checkbox"/> Otorrinolaringología.</p> <p><input type="checkbox"/> Otras patologías.</p>

ANEXO 3

Cuestionario de variables demográficas y de datos clínicos. (Parte cumplimentada por el paciente).

❖ ¿Cuál es su nivel de estudios? Seleccione el apartado que corresponda a los últimos estudios cursados.

- Sin estudios.
- Estudios primarios. (EGB, primaria, ESO)
- Estudios secundarios. (Bachiller)
- Estudios universitarios.

❖ ¿Cuál es su situación laboral?

- Activo/a.
- Parado/a.
- Jubilado/a.

❖ ¿Cuál es su estado civil?

- Soltero/a.
- Casado/a o pareja estable.
- Divorciado/a o separado/a.
- Viudo/a.

❖ ¿Es la primera vez que acude a urgencias?

Si.

No.

❖ El tiempo de espera le pareció:

Alto.

Medio.

Bajo.

❖ La atención de Enfermería le hizo sentirse:

Satisfecho.

No satisfecho.

ANEXO 4

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				

