

Evaluación del efecto de la información en la satisfacción de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios

María Andrés^a, Luis García-Castrillo^a, Salvador Rubini^b, Ricardo Juárez^c, Elías Skaf^d, María Fernández^e, Pere Llorens^f, Antonio Álvarez^g, Francisco Vegas^h y Francisco Epeldeⁱ

^a*Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.*

^b*Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.*

^c*Servicio de Urgencias. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo. España.*

^d*Servicio de Urgencias. Centro Perecamps. Barcelona. España.*

^e*Servicio de Urgencias. Hospital Juan Canalejo. A Coruña. España.*

^f*Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.*

^g*Servicio de Urgencias. Hospital Central de Asturias. Oviedo. España.*

^h*Servicio de Urgencias. Hospital Infanta Cristina. Badajoz. España.*

ⁱ*Servicio de Urgencias. Hospital de Igualada. Igualada. Barcelona. España.*

Al final del artículo aparece un listado de los investigadores y los hospitales participantes. Laboratorios Lacer SA proporcionó respaldo técnico.

Correspondencia: Dr. L. García-Castrillo Riesgo.
Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Avda. Valdecilla, s/n. 39008 Santander. España.
Correo electrónico: urggrl@humv.es

Resumen

Fundamento: La calidad percibida por los pacientes en los servicios de urgencias está condicionada por varios factores entre los que la información suministrada en relación con su proceso asistencial y la entregada en forma de instrucciones al alta es uno de los elementos más apreciados por los pacientes. Se plantea como objetivo del estudio la valoración del efecto en la calidad percibida por el usuario de una intervención consistente en la entrega de instrucciones estructuradas en el momento del alta.

Material y método: Se realiza un estudio multicéntrico en 33 centros, en pacientes con afección traumática menor atendidos en servicios de urgencias hospitalarios. Se establecen dos fases: en la primera se mantiene la pauta asistencial ordinaria utilizada como control, y en la segunda, se aporta información mediante la entrega de instrucciones estructuradas al alta. Se realiza una encuesta telefónica a los 3 días y se valora mediante escala numérica del 0 al 10 la calidad percibida por los pacientes.

Resultados: En la valoración basal la puntuación media fue de 8,1 frente a 8,3 en la segunda fase con diferencia estadística ($p < 0,05$). En la primera fase el 47% valora mejor la atención que el general de la serie, mientras que en la segunda lo hizo el 53%, diferencia estadística significativa ($p < 0,05$). Los pacientes que, en el momento de ser encuestados, no tenían dolor o éste era leve valoraron mejor la intervención que los que tenían dolor moderado o intenso.

Conclusiones: La entrega de instrucciones al alta y su explicación mejora la satisfacción del usuario, más en aquellos cuyo resultado asistencial ha sido favorable.

Palabras clave: Calidad percibida. Servicios de urgencias. Instrucciones al alta.

Abstract

Background: Patient satisfaction with the emergency unit is multifactorial. One of the elements most highly valued by patients is information, not only about the treatment they receive inside the unit but also instructions on how to proceed once discharged. The aim of this study was to evaluate the effect of providing discharge instructions on patient satisfaction.

Material and method: A multicenter study of 33 emergency departments was carried out in minor trauma patients who had received medical assistance. Two groups were established: in the first group normal procedure was maintained and used as the control figure; in the second group instructions were given to patients on discharge. A telephone survey was carried out 72 hours post-discharge and a numerical scale (0-10) was used to evaluate patient satisfaction.

Results: In the first group the overall evaluation was 8.1 versus 8.3 in the second group ($p < 0.05$). In the first group, 47% of the patients were satisfied with the care received compared with 53% in the second group ($p < 0.05$). Quality of care was ranked more highly by patients who were not in pain or only suffering slight pain when completing the questionnaire than by those who were still suffering moderate or severe pain.

Conclusions: Explaining and giving instructions at discharge has a positive effect on patient satisfaction, especially in patients with a favorable course before and after discharge.

Key words: Patient satisfaction. Emergency department. Discharge instructions.

Introducción

La satisfacción, calidad percibida por el paciente, tras la asistencia en los servicios de urgencia (SU) ha sido objeto de creciente interés desde los años noventa cuando los servicios de urgencias, al igual que otros de los sistemas sanitarios, se orientan al paciente más que a la prestación del servicio^{1,2}. El análisis de la satisfacción de los usuarios en los SU se centró inicialmente en su relación con los tiempos de espera hasta recibir atención; más tarde se comprobó que el verdadero indicador con respecto a la calidad percibida estaba más en relación con la percepción del tiempo de espera que con el tiempo real, y que uno de los factores que explican la satisfacción era el cumplimiento de las expectativas de los pacientes, no sólo en cuanto al tiempo de espera que consideran razonable, sino en cuanto a la solución dada a su problema clínico³. Entre los factores relacionados con la satisfacción de los pacientes se cuenta la percepción del tiempo de espera, las habilidades técnicas y humanas de médicos y enfermeras, la información suministrada durante el proceso asistencial, las instrucciones al alta y el control del dolor^{4,5}. El factor fundamental es que la satisfacción de los usuarios de los SU está condicionada por los factores humanos del personal sanitario de los servicios⁶.

La evaluación de la calidad en los servicios sanitarios se ha centrado más en el cumplimiento de indicadores por consenso para áreas específicas⁷ que en la percepción de los propios usuarios. La utilización de indicadores, como el grado de cumplimiento de determinados parámetros en las historias clínicas o en los informes de alta, en los tiempos asistenciales o en la utilización de procesos traza para comprobar el seguimiento de pautas preestablecidas en protocolos, guías o vías clínicas⁸, ha sido la forma habitual de la evaluación de la calidad. La evaluación de la calidad en los servicios de urgencias es una herramienta básica para su gestión⁹, y requiere de más estudios que evalúen de una forma estandarizada la percepción de los pacientes y el efecto de las intervenciones implantadas.

La información suministrada a pacientes y familiares es uno de los elementos más valorados por los pacientes atendidos, tanto con respecto al proceso asistencial durante su fase en el SU como la suministrada en forma de instrucciones al alta¹⁰. La prolongación de las expectativas de vida y la cobertura sanitaria universal hacen que en los países industrializados se produzca un incremento en la edad de los pacientes que reciben asistencia sanitaria, los SU no han sido ajenos a este cambio, y las peculiares características de los pacientes mayores de 65 años hace que en este grupo se necesiten análisis específicos¹¹.

La mejora en la calidad percibida es objetivo de los SU y forma parte de la mayoría de los contratos de gestión. La distribución de los procesos atendidos en SU identifica a los pacientes con enfermedades traumáticas como el grupo más grande y por lo tanto resulta de interés la calidad percibida en ellos. El suministro de instrucciones al alta es una práctica que se realiza de forma no estructurada en la mayoría de los SU y la evaluación que sobre la calidad percibida por el usuario tiene esta práctica no ha sido analizada.

El objetivo del presente estudio es evaluar el efecto de mejoras en la información, mediante instrucciones estructu-

radas sobre cuidados al alta, en la satisfacción de los pacientes con procesos traumáticos menores.

Material y método

Estudio de intervención, prospectivo, de carácter multicéntrico, con 33 centros participantes. La población de estudio está constituida por los pacientes que acuden a los SU hospitalarios por enfermedades traumáticas menores, que se define como una afeción accidental que no requiere ingreso hospitalario.

Los casos del estudio son los pacientes que, con criterio de inclusión, acuden a los centros participantes durante la semana del estudio. A todos los pacientes se les informa de la realización del estudio y firman el documento de consentimiento informado para su participación.

Se excluye a los menores de 18 años, los que no consienten en participar en el estudio, a quienes no se puede contactar telefónicamente a las 72 h del tratamiento o aquellos con deterioro cognitivo incapaces de entender las explicaciones suministradas.

La intervención objeto de evaluación consiste en la entrega y explicación de información estructurada basada en un documento escrito normalizado con normas genéricas sobre los autocuidados aconsejados tras las lesiones traumáticas menores (anexo 1). El resultado final sobre la modificación de la calidad percibida por el usuario se valora mediante encuesta telefónica realizada a las 72 h de la asistencia. Las encuestas telefónicas se realizan en horario previamente acordado con el paciente para reducir el número de pérdidas. Para la medición de intensidad del dolor se utilizó las escalas numéricas introducidas por Downie de 0 a 10; 0 es ausencia de dolor y 10, la máxima intensidad. Entre los diferentes métodos para la medición del dolor, las escalas de categorías o unidimensionales son el estándar en la mayoría de los ensayos clínicos y experimentales. Su fiabilidad y su validez han sido demostradas repetidamente^{12,13}. La escala numérica introducida por Downie en 1978 es una de las más empleadas. Con este tipo de escalas se considera el dolor como concepto unidimensional simple y se mide sólo según su intensidad en 4 categorías. Se agrupa la intensidad de dolor según las puntuaciones obtenidas: 0, ausencia de dolor; 1-4, dolor leve; 5-7, dolor moderado; 8-10, dolor severo. Se evalúa el dolor con la misma técnica en el momento de la asistencia y a las 72 h. Se registran variables demográficas y sociales como la situación laboral (activo, jubilado, en paro, etc.), la profesión (trabajadores manuales, técnicos y directivos) y la dependencia laboral (trabajador por cuenta propia o empleado). Para la evaluación de la intervención se establecen 2 fases en el estudio, la fase primera utilizada como control, en la que se mantiene la metodología asistencial sin variación: se administra de forma oral la información de los cuidados de las lesiones, y la fase segunda, en la que se aplica la intervención informativa por escrito, utilizando el documento del apéndice 1, que se lo comenta y se entrega a todos los pacientes en las fase 2. Ambos periodos tienen una duración de una semana. La asistencia médica inicial, la información oral de los cuidados a seguir por los pacientes en

el domicilio, la entrega de la información explicativa en soporte escrito de los cuidados en la fase 2 del estudio y las entrevistas telefónicas eran realizadas en todos los casos por la misma persona, entrenada, en cada hospital que participó en el estudio. El tamaño muestral calculado fue para demostrar una diferencia de la media de la puntuación de la escala

de valoración \pm desviación estándar de $0,5 \pm 2$, para un riesgo alfa de 0,5 y un riesgo beta de 0,10, con lo que resultaron 762 casos en cada una de las 2 fases. Los datos se introdujeron en una base de datos relacional mediante las fichas recogidas en la figura 1 y el programa Teleform; el análisis se realizó con el programa SPSS versión 11.

Figura 1. Fichas utilizadas para la evaluación del dolor agudo traumático.

Edad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Género	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Centro	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Caso	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Fase	<input type="checkbox"/> 1 ^a <input type="checkbox"/> 2 ^a
Profesión			Situación laboral			Trabajador							
<input type="checkbox"/> Manual			<input type="checkbox"/> Activo			<input type="checkbox"/> Cuenta propia							
<input type="checkbox"/> Técnico Medio			<input type="checkbox"/> Jubilado			<input type="checkbox"/> Asalariado							
<input type="checkbox"/> Directivo-Profesional			<input type="checkbox"/> Parado										
Medidas Físicas en urgencias				Lesión				Localización					
<input type="checkbox"/> Frio aplicado				<input type="checkbox"/> Contusión				<input type="checkbox"/> Cráneo					
<input type="checkbox"/> Compresión aplicada				<input type="checkbox"/> Herida				<input type="checkbox"/> Cara					
<input type="checkbox"/> Inmovilización aplicada				<input type="checkbox"/> Esguince				<input type="checkbox"/> Cuello					
<input type="checkbox"/> Anestesia local				<input type="checkbox"/> Fractura				<input type="checkbox"/> Mano-Dedos					
<input type="checkbox"/> Reducción				<input type="checkbox"/> Luxación				<input type="checkbox"/> Antebrazo					
				<input type="checkbox"/> Quemadura				<input type="checkbox"/> Brazo-Hombro					
				<input type="checkbox"/> Rot. muscular				<input type="checkbox"/> Tórax-Abdomen					
								<input type="checkbox"/> Columna dorsolumbar					
								<input type="checkbox"/> Pelvis					
								<input type="checkbox"/> Cadera					
								<input type="checkbox"/> Muslo					
								<input type="checkbox"/> Rodilla					
								<input type="checkbox"/> Pierna					
								<input type="checkbox"/> Tobillo					
								<input type="checkbox"/> Pie-Dedos					
Trto. Urg.	Fármacos Domicilio			Tratamiento definitivo									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Paracetamol			<input type="checkbox"/> Cura									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Paracetamol-Codeína			<input type="checkbox"/> Sutura-Grapas									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aines			<input type="checkbox"/> Inmovilización-Vendaje									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dipirona			<input type="checkbox"/> Ferula-Escayola									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tramadol			<input type="checkbox"/> No requiere									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Opiáceos			Protección gástrica									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No requiere			Días Trto.			<input type="checkbox"/> Con protección gástrica			<input type="checkbox"/> Sin protección			
			<input type="text"/>										
Dolor reposo Médico <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10													
Dolor actividad Médico <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10													
Dolor estimado 3º día <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10													
Actividad estimada 3º día													
<input type="checkbox"/> Incorporado <input type="checkbox"/> Limitado para su trabajo <input type="checkbox"/> Limitado para actividades diarias													
Dolor reposo Paciente <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10													
Dolor actividad Paciente <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10													
Dolor a los tres días <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10													
Actividad al 3º día													
<input type="checkbox"/> Incorporado <input type="checkbox"/> Limitado para su trabajo <input type="checkbox"/> Limitado para actividades diarias													
Percepción Tratamiento <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10													

Se realizaron estadísticas mediante estimadores de tendencia central y dispersión y frecuencias relativas. Se utilizaron tests no paramétricos –tras comprobar los supuestos de normalidad de la distribución de las puntuaciones en la escala de dolor– para comparar los resultados obtenidos en las preguntas sobre valoración del dolor y satisfacción; específicamente se utiliza el test de Mann-Whitney para comparar la valoración del tratamiento, y el test de los rangos de Wilcoxon para el contraste de variables en muestras relacionadas. Se consideraron las diferencias con valor estadísticamente significativo cuando la p fue menor de 0,05.

Resultados

Se incluye en el estudio a 1.659 pacientes, de éstos, 828 corresponden a la fase control y 831 a la fase de intervención. Del total de pacientes incluidos solamente fueron válidos 1.594; 796 (96%) en la primera y 798 (96%) en la segunda fase, pérdidas generadas por la incapacidad para completar la encuesta de seguimiento a las 72 h. No hubo negativas a participar en el estudio.

Las características demográficas y sociales de los pacientes de ambas fases se representan en la tabla 1, sin diferencias de estas variables entre las 2 fases de estudio. Las lesiones registradas se reflejan en la tabla 2; predominan las lesiones de los miembros superiores con más del 29% y su distribución es similar en ambas fases del estudio. En el tipo de lesiones, las contusiones con el 37,5% y los esguinces con el 31,6% son las más frecuentes, seguidas por las fracturas con un 13,9%.

En cuanto a la intensidad del dolor referida por el paciente en urgencias, en el 7,6% de los casos no había dolor; en el 42%, dolor leve; en el 39,2%, dolor moderado, y en el 11%, dolor severo. La distribución de la valoración general de la calidad de la asistencia se representa en la figura 2. La estimación media general de la calidad percibida fue de 8,2 ± 1,6 puntos sobre una escala de 0 a 10, con una valoración de 8,14 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 8,02-8,25) en la primera fase y 8,37 (IC del 95%, 8,26-8,48) en la segunda.

En la fase de control, en el 47% de los casos la estimación fue mejor que la media general, mientras que tras la in-

Tabla 1. Características demográficas

Características sociodemográficas	Fase 1	Fase 2	p
Edad	43,2 ± 0,6	43,7 ± 0,6	NS
Sexo, varones	52,2%	50,1%	NS
Situación laboral, activo	71%	71%	NS
Actividad profesional, trabajador manual	68,3%	64,6%	NS
Relación laboral, trabajador por cuenta propia	32,6%	31,9%	NS

NS: no significativo.

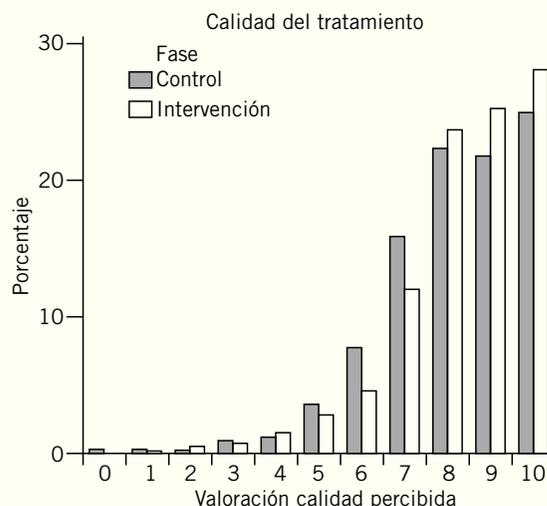
Tabla 2. Lesiones y localizaciones

	Fase 1	Fase 2	p
Lesión			
Contusión	36,5%	38,5%	NS
Herida	11,0%	8,5%	NS
Esguince	31,7%	31,4%	NS
Fracturas	14%	13,9%	NS
Luxaciones	2,8%	2,8%	NS
Roturas musculares	3,5%	3,5%	NS
Quemaduras	0,5%	1,3%	NS
Localización			
Mano	12,7%	12,2%	NS
Cráneo o cara	3,9%	3,4%	NS
Cuello	6,3%	6,2%	NS
Tórax	5,5%	7,4%	NS
Columna	7,2%	7%	NS
Miembros superiores	17,2%	16,8%	NS
Cadera o pelvis	2,2%	2,9%	NS
Muslo	0,9%	2,4%	NS
Rodilla	10,1%	10,4%	NS
Pierna	2,3%	3,4%	NS
Pie y tobillo	25,1%	23%	NS*

NS: no significativo.

*Algunos casos tienen varias localizaciones.

Figura 2. Percepción de la calidad del tratamiento*.



*Evaluada de 0 a 10; 10 es la mejor valoración. Valoraciones realizadas en las fases control y de intervención.

intervención lo fue en el 53%, diferencia con la prueba de la χ^2 de 6,7 ($p < 0,009$).

La mejoría en la percepción de la calidad asistencial no fue por igual en todos los grupos; las mujeres consideraron que el tratamiento había sido mejor en el 57,8% en la segunda fase frente al 46,7% de la primera, diferencia con la prueba de la χ^2 de 7,2 ($p = 0,007$), mientras que en los varones esta mejoría sólo la había percibido el 49,3% en la segunda fase frente al 46,8% de la primera, sin diferencia estadísticamente significativa. Los menores de 65 años percibieron una mejoría en la calidad en el 53 frente al 45,5% de la primera fase, diferencia con la prueba de la χ^2 de 7,9 ($p = 0,005$). En mayores de 65 años no se encontró diferencia en la calidad percibida. El efecto de la intervención informativa en función de la intensidad referida del dolor a las 72 h se representa en la tabla 3.

Discusión

El análisis de la calidad percibida por los usuarios de los servicios sanitarios es una herramienta básica para la mejora de la atención en las estructuras orientadas al paciente. Los SU hospitalarios no han sido ajenos a la utilización de esta herramienta de gestión a pesar de las dificultades en su realización^{14,15}. En la mayoría de los estudios existentes se han utilizado las encuestas para la valoración de la percepción de los pacientes, encuestas realizadas durante o tras la asistencia en el propio servicio de urgencias o tras el abandono del servicio de urgencias, por correo o telefónicamente. La información obtenida mediante encuesta telefónica no está exenta de críticas, en general por la sobrestimación de la calidad^{16,17}, aunque han sido aceptadas y utilizadas para la evaluación de la satisfacción en el entorno de urgencias¹⁸.

En el presente estudio la utilización de encuesta telefónica, con un índice de respuestas (96%) muy superior a otros estudios, junto con la participación de un elevado número de servicios de urgencias, y que incluye a pacientes con procesos traumáticos, configura una muestra con una buena representatividad de los pacientes atendidos en urgencias hospitalarias.

La valoración general de la satisfacción de los pacientes fue de 8 puntos en la escala de 0 a 10, valoración muy positiva de resultado similar a la de otras publicaciones^{14,15}.

El resultado de la encuesta realizada confirmó que los pacientes durante la fase 2 del estudio recibieron información e instrucciones estructuradas, valoraron mejor la calidad asistencial, 8,37 frente a 8,14 de la primera fase. La mejora de la calidad percibida fue inferior a 1 punto (0,23) de la escala utilizada dentro de un rango máximo de mejora de 1,8 puntos, lo que supone un 13% de la mejoría en la escala de valoración. Analizando este aspecto de forma discreta, en la segunda fase había un 53,5% de los casos con valoraciones superiores a la media general, mientras que en la primera sólo era del 47%, ambas diferencias con significación estadística. La significación clínica de la mejora en la calidad asistencial percibida por los pacientes es un elemento de más difícil evaluación. En la literatura médica se hace referencia al efecto que la mejora de la información tiene en la percepción de otros aspectos como la profesionalidad o la percepción general de la calidad¹⁹.

En su mayoría, los estudios realizados sobre la influencia de la información en la calidad percibida en los servicios de urgencias se centran en la información sobre los tiempos de demora del proceso asistencial²⁰, y demuestran que la información mejora la impresión sobre la asistencia recibida; específicamente se conoce que la calidad general de la atención está muy influida por la información suministrada en el momento de acceso al servicio de urgencias²¹. Asimismo, la información es capaz de modificar la percepción sobre la adecuación del tiempo de demora hasta recibir asistencia, con lo que mejoran los indicadores de calidad²⁰.

En el presente estudio la información aportada se ha centrado en instrucciones sobre autocuidados al alta; es en esta área donde hay menor número de publicaciones que demuestren el efecto que pudieran tener en la calidad percibida. En otras muestras se ha estudiado la percepción de los pacientes con procesos traumáticos sobre la documentación escrita que se les entregaba y los resultados demostraron que era bien valorada²².

A diferencia de otros estudios en los que no se demostró que los factores demográficos pudieran ser factores modificadores de la calidad percibida²³, en el presente estudio la me-

Tabla 3. Valoración de la calidad percibida (media de la escala 0-10), en función de la intensidad del dolor a los 3 días

Intensidad del dolor	Fase 1		Fase 2		p
	Media	IC del 95%	Media	IC del 95%	
Sin dolor	8,64	8,39-8,88	9,13	8,96-9,30	< 0,05
Leve	8,06	7,91-8,21	8,31	8,17-8,45	NS
Moderado	7,89	7,55-8,23	7,88	7,60-8,16	NS
Severo	8,38	7,68-9,08	8,18	7,23-9,14	NS
Todos	8,14	8,02-8,25	8,37	8,26-8,48	< 0,05

IC: intervalo de confianza; NS: no significativo.

jora de la calidad percibida está modificada por la edad y por el sexo. Los menores de 65 años y las mujeres valoraron mejor la introducción de la información estructurada, mientras que este efecto no se demostró en varones y en mayores de 65 años. Junto con los factores demográficos, el resultado del tratamiento, y específicamente el control del dolor en los pacientes traumatizados, es un factor que modifica la calidad y se debe tenerlo en cuenta en los estudios que valoran la calidad asistencial. En nuestro estudio el resultado del tratamiento fue el factor modificador más importante; los pacientes sin dolor a los 3 días fueron los que mejor valoraron la intervención, seguidos por lo que aún presentaban dolor leve, mientras que los que tenían dolor moderado o severo a los 3 días no cambiaron en su valoración de la asistencia tras la entrega de la información. En otros estudios el control del dolor había sido uno de los factores identificados por los pacientes como indicador de calidad^{24,25}, por lo tanto, está justificado realizar los análisis de calidad percibida en función de los resultados de la asistencia.

Las limitaciones del estudio proceden fundamentalmente de la selección de los pacientes y de la encuesta telefónica. La utilización de voluntarios genera sesgos de sobrestimación de la calidad percibida, que podrían dificultar el efecto de la intervención. El estudio se centra en la satisfacción de los pacientes, mientras que la utilidad de la intervención requeriría otros análisis basados en el seguimiento de las recomendaciones o del número de consultas evitadas o generadas por el seguimiento de estos pacientes tras su atención en urgencias.

La valoración periódica de la calidad percibida por los pacientes permite realizar intervenciones orientadas a ellos, en las que la formación en estos aspectos de los profesionales de las áreas de urgencias se ha demostrado eficaz en la mejora de la calidad percibida²⁶. En el presente estudio la mejora en la satisfacción de los pacientes no sólo puede corresponder a la entrega de la información estructurada en forma de instrucciones al alta, sino por la implicación y formación de los profesionales que participan en el proyecto.

En conclusión, al utilizar información estructurada los pacientes mejoran su percepción de la calidad, aunque este resultado no es uniforme, ya que las mujeres y los menores de 65 años, junto con los que tienen una mejor evolución, son los que la valoran más positivamente.

Investigadores participantes

María del Carmen Fernández Petrel, Pere Llorens, Antonio J. Álvarez García, Francisco J. Vegas Rodríguez, Francisco Epelde Gonzalo, Nicolás Rico Villoria, Elías Skaf Peters, Luis García-Castrillo Riesgo, María Andrés Gómez, Víctor Palomo Martínez, M. Mercedes Lasa Garmendia, Federico Mauricio Guerrero Jiménez, Juan J. Bertos Polo, Rafael Sánchez Ortega, Marcos Sepúlveda, José M. Pavón Monzón, M. José Abadías Medrano, Agustín Blanco, M. Antonia Estecha, Manuel Salido Moña, José A. Serrano Martínez, Mariano Martínez Vergara, José Ramón Parada Castellanos, Luis Amador Varicela, Ricardo Juárez González, Salvador Rubini Puig, Anne M. Gas-

taminza Santacoloma, José L. Casado Martínez, Abelardo Sánchez Gutiérrez, José Lorenzo Gómez García.

Hospitales participantes

Hospital Juan Canalejo, Hospital General de Alicante, Hospital Central de Asturias, Hospital Infanta Cristina, Hospital de Igualada, Consorci Sanitari Creu Roja Catalunya, Centre Perecamps, Hospital Marqués de Valdecilla, Hospital General de Castellón, Hospital Nuestra Sra. de Alarcos, Hospital Reina Sofía, Hospital General Universitario de Guadalajara, Hospital Comarcal del Bidasoa, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Hospital Universitario Dr. Negrín, Hospital Arnau de Vilanova, Hospital 12 de Octubre, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Hospital Carlos Haya, Hospital General Universitario J. Morales Meseguer, Hospital de Navarra, Hospital Montecelo, Hospital do Meixoeiro, Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Hospital Nuestra Sra. del Valme, Hospital Virgen del Rocío, Hospital Universitario Joan XXIII, Hospital Nuestra Sra. del Prado, Hospital General Universitario de Valencia, Hospital San Eloy, Hospital Miguel Servet, Hospital Sant Joan de Alicante, Hospital Sant Pau i Santa Tecla.

Bibliografía

1. Lamarca I, Cañis A. Adaptación del modelo de planificación de recursos hospitalarios (MPRH) a una organización focalizada hacia el paciente. *Todo Hospital*. 1997;134:37-47.
2. Morales Asensio JM. Reorientación de los servicios de urgencias hacia el paciente. *Emergencias*. 2001;13:1-3.
3. Thompson DA, Yarnold PR. Relating patient satisfaction to waiting time perceptions and expectations: the disconfirmation paradigm. *Acad Emerg Med*. 1995;2:1057-62.
4. Bursch B, Beezy J, Shaw R. Emergency department satisfaction: what matters most? *Ann Emerg Med*. 1993;22:586-91.
5. Topacoglu H, Karcioğlu O, Ozucelik N, Ozsarac M, Degerli V, Sarikaya S, et al. Analysis of factors affecting satisfaction in the emergency department: a survey of 1019 patients. *Adv Ther*. 2004;21:380-8.
6. Yarnold PR, Michelson EA, Thompson DA, Adams SL. Predicting patient satisfaction: a study of two emergency departments. *J Behav Med*. 1998;21:545-63.
7. Grupo de trabajo SEMES-Insalud. Calidad en los Servicios de Urgencias. *Indicadores de calidad*. *Emergencias*. 2001;13:60-5.
8. Díaz González A, Concheiro Guisan C, Luaces Cubelles J, García García G, Gelabert Colome J, Pou Fernández J. Evaluación y control de calidad asistencial en un servicio de urgencias pediátrico. *Emergencias*. 2001;13:98-101.
9. Tejedor M, Martín JM. Sistema de calidad en un Servicio de Emergencias Sanitarias. *Rev Calidad Asistencial*. 1999;14:671-9.
10. Wesson JS. Meeting de information, psychosocial and emotional needs of each ICU patient and family. *Intensive Crit Care Nurs*. 1997;13:111-8.

11. Watson WT, Marshall ES, Fosbinder D. Elderly patients perceptions of care in the emergency department. *J Emerg Nurs.* 1999; 25:88-92.
12. Pride DD, Bush FM, Long S, et al. A comparison of pain measurement characteristics of mechanical visual analogue and simple numerical rating scales. *Pain.* 1994;56:217-26.
13. Downie WW, Leatham PA, Rhind VM, Wright V, Branco JA, Anderson JA. Studies with pain rating scales. *Ann Rheum Dis.* 1978;37:378-81.
14. López Madurga ET, Mozota Duarte J, González Salvatierra Y, Sánchez Torres Y, Enríquez Martín N, Moliner Lahoz J. Satisfacción de los pacientes atendidos en servicio de urgencias de un hospital de agudos. *Emergencias.* 1999;11:184-90.
15. Rebull J, Castella M, De Pablo A, Vázquez R, Portolés M, Cahanova MR. Satisfacción de los usuarios de un servicio de urgencias: comparación de resultados. *Rev Calidad Asistencial.* 2003;18:286-90.
16. Mozota J, Moliner J, Cuartero R, Soria O, Guerrero JL, López E. Las encuestas telefónicas sobrestiman la satisfacción de los pacientes en urgencias. *Emergencias.* 1999;11 Extra Jun:242.
17. Mozota J, Cortés A, Moliner J, González Y, Sánchez Y. Opinión de los pacientes atendidos en Urgencias obtenida a través de una encuesta telefónica. *Rev Calidad Asistencial.* 1999;14: 530.
18. Fajardo Moriña F, Casado López C, Gutiérrez Martínez L, Panque Sosa P, Calahorra Arenilla J, Aviles Parada B. Encuesta telefónica de satisfacción de usuarios de un servicio especial de urgencias. *Emergencias.* 2000;12:20-6.
19. Krishel S, Baraff LJ. Effect of emergency department information on patient satisfaction. *Ann Emerg Med.* 1993;22:568-72.
20. Tran TP, Schutte WP, Muelleman RL, Wadman MC. Provision of clinically based information improves patients' perceived length of stay and satisfaction with EP. *Am J Emerg Med.* 2002;20:506-9.
21. Bjorvell H, Stieg J. Patients' perceptions of the health care received in an emergency department. *Ann Emerg Med.* 1991;20:734-8.
22. Robertson C, Klein S, Bullen H, Alexander DA. An evaluation of patient satisfaction with an information leaflet for trauma survivors. *J Trauma Stress.* 2002;15:329-32.
23. Boudreaux ED, Ary RD, Mandry CV, McCabe B. Determinants of patient satisfaction in a large, municipal ED: the role of demographic variables, visit characteristics, and patient perceptions. *Am J Emerg Med.* 2000;18:394-400.
24. Bursch B, Beezy J, Shaw R. Emergency department satisfaction: what matters most? *Ann Emerg Med.* 1993;22:586-91.
25. Cimrin AH, Soysal S. Analysis of factors affecting satisfaction in the emergency department: a survey of 1019 patients. *Adv Ther.* 2004;21:380-8.
26. Mayer TA, Cates RJ, Mastorovich MJ, Royalty DL. Emergency department patient satisfaction: customer service training improves patient satisfaction and ratings of physician and nurse skill. *J Healthc Manag.* 1998;43:427-40.

Anexo 1. Documentación de instrucciones al alta

Hoja de recomendaciones para los pacientes con traumatismo osteomuscular menor

Tratamiento:

- El dolor generado por su lesión estará controlado si:
- Sigue el tratamiento y las indicaciones que el doctor le ha recomendado.
 - No espera a tomar la medicación cuando siente dolor, sino cuando se le ha pautado y durante el tiempo recomendado.
- Algunos medicamentos para el dolor pueden generar somnolencia, por lo tanto, evite actividades de riesgo. Recuerde que se los tolera mejor con el estómago lleno, la comida no altera sus efectos farmacológicos.

Cuidados que seguir:

- Mantenga la zona lesionada limpia y seca (evite que se moje al realizar su aseo diario).
- Mantenga la extremidad elevada, cuando duerma colóquela sobre una almohada.
- Evite utilizar ropa o cualquier otro elemento que genere compresión en la extremidad o zona lesionada.

En cualquier caso siga las indicaciones sobre la movilización o el apoyo de la zona lesionada que el doctor le ha recomendado.

Qué aspectos deben alarmarme para solicitar consulta médica:

1. Aumento del dolor a pesar del tratamiento.
2. Empeoramiento del aspecto de la herida.
3. Frialdad, acorchamientos o hinchazón en zonas alejadas de la lesión.
4. Fiebre.
5. Aparición de pus o hemorragia.
6. Roturas de férulas o yesos.

No falte a la cita de atención primaria para la revisión de su lesión, realización de cura, retirada de puntos, etc., o al especialista de traumatología.