

Mejorar la satisfacción de los pacientes de un centro de urgencias rural

AMBER J. IRWIN, DNP, MSN, BSN, RN, LSN

MUCHAS COMUNIDADES rurales carecen de opciones sanitarias y de atención de urgencias, y los pacientes que viven en estas zonas a veces sufren desigualdades en la atención sanitaria debido a su ubicación geográfica¹. El condado de Adams, en Ohio, con un alto índice de paro y de pobreza, es una de estas comunidades rurales donde las opciones sanitarias pueden ser limitadas. Como el acceso al transporte público también es limitado, las familias de la zona pueden tener dificultades para obtener atención sanitaria sin transporte particular².

En el condado se abrió hace 2 años una clínica de atención de urgencias, la única de ese tipo en un radio de 80 kilómetros. Lamentablemente, los pacientes tienen que aguantar largos tiempos de espera para que los atienda el médico. En este artículo abordamos un proyecto de cambio iniciado para mejorar la satisfacción de los pacientes de la clínica.

El problema de la práctica

La clínica de urgencias, que se encuentra dentro de un centro de salud familiar, tenía el problema de una satisfacción de los pacientes a la baja. Se recopiló una gran cantidad de datos para identificar el motivo, y las encuestas a pacientes revelaron que la insatisfacción se debía en gran medida a los largos tiempos de espera en la consulta del médico. Según los Centers for Disease Control and Prevention (CDC), el 69% de los centros de urgencias tienen tiempos de espera de 20 minutos, lo cual se considera menos que conveniente³. Además, el 28% tiene tiempos de espera

de 21 a 40 minutos, y el 3%, superiores a 40 minutos³. En la clínica de urgencias del condado de Adams, muchos pacientes esperaron durante una hora o más antes de su exploración, lo cual redujo la satisfacción de los pacientes.

Si los pacientes no están satisfechos, es posible que interrumpan el tratamiento en ese centro. Como las opciones sanitarias en las comunidades rurales son limitadas, probablemente estos pacientes se abstengan de buscar asistencia por no tener que aguantar los largos tiempos de espera. Los pacientes que no reciben una atención preventiva, urgente o de seguimiento adecuada se exponen a la posibilidad de sufrir un deterioro de su salud y complicaciones prevenibles⁴.

Si no mejorara la satisfacción de los pacientes, posiblemente estos interrumpirían el tratamiento en el centro. Y sin un caudal de ingresos sostenible, la clínica de urgencias se vería obligada a cerrar, la plantilla perdería su trabajo y la comunidad local perdería una valiosa opción de atención sanitaria.

El objetivo del proyecto, medido mediante encuestas previas y posteriores a la intervención, era aumentar la satisfacción de los pacientes en un 10% durante los largos tiempos de espera.

Para remediar esto, el centro inició un proyecto de cambio planteando una pregunta basada en un enfoque PICOT [por sus siglas en inglés de *patient/problem, intervention, comparison, outcome, time* (paciente/problema, intervención,

comparación, resultado y tiempo)], que serviría de base para los cambios de comunicación implementados⁵. La pregunta del estudio PICOT era: *Para pacientes sometidos a largos tiempos de espera (P), ¿cómo afectaría a la satisfacción del paciente (O) la implementación de un protocolo de comunicación (I) de práctica basada en la evidencia (PBE) en comparación con no usar el protocolo de comunicación (C) durante un periodo de 8 semanas (T)?*

Seguir el protocolo de comunicación AIDET

La declaración de objetivos del proyecto de cambio de 8 semanas fue mantener una atención sanitaria de calidad para la comunidad a través de la mejora de la satisfacción de los pacientes y de la atención centrada en el paciente. Se presentó un protocolo de comunicación llamado AIDET (por sus siglas en inglés de *acknowledge, introduce, duration, explanation, thank you* (saludar, presentar, duración, explicar, agradecer)] para dar apoyo a esta misión⁶. El personal de enfermería respaldó y dirigió

a personal asistencial no titulado y ayudó con la comunicación y la coordinación. Utilizando el protocolo AIDET, el personal sigue la siguiente secuencia de eventos:

- **Saludar (Acknowledge):** Se saluda a los pacientes por su nombre y con una sonrisa.

- **Presentar** (*Introduce*): El personal asistencial no titulado y las enfermeras se presentan y solicitan un consentimiento verbal para participar.
- **Duración** (*Duration*): A los pacientes les indican un tiempo de espera estimado basándose en su nivel de urgencia y su puesto en la cola. En la sala de espera hay una pizarra con el tiempo de espera que se actualiza cada 15 minutos.
- **Explicación** (*Explanation*): En el momento del registro, los pacientes reciben un folleto informativo donde se explica el proyecto de cambio.
- **Agradecer** (*Thank you*): Cuando el paciente se va, el personal asistencial no titulado da las gracias a todos los pacientes que han elegido su centro para sus necesidades de atención urgente. Los pacientes reciben por correo electrónico una encuesta de seguimiento para documentar su experiencia.

Antes de la implementación del protocolo AIDET, los pacientes se registraban en el mostrador y esperaban para entrar en la consulta sin haber sido informados del tiempo de espera estimado. Durante la espera, no se tomaron medidas para mantener a los pacientes informados de cuándo les visitarían.

Los investigadores colaboraron con la plantilla para asegurar el éxito del proyecto de cambio⁷. Se programó una semana de instrucción para abordar el proyecto con todo el personal implicado en el cambio. El equipo de enfermería y el personal asistencial no titulado recibieron formación sobre el protocolo de comunicación AIDET, con el apunte de que la mejora de la satisfacción de los pacientes era importante para la sostenibilidad y la rentabilidad de la clínica de atención de urgencias. Después de revisar todas las responsabilidades, se ejecutó el ensayo durante una segunda semana para asegurarse de que todas las enfermeras y el personal asistencial no titulado lo cumplían, y en este periodo no se enviaron encuestas a los pacientes.

Después del periodo de ensayo, el protocolo AIDET se implementó. Los investigadores siguieron discutiendo sobre el protocolo de comunicación AIDET con el personal en las reuniones semanales.

Cualquier problema y/o inquietud que surgiera, se abordaba y discutía para hallar estrategias que hicieran el proceso de cambio menos estresante.

Resultados

Según lo medido por las encuestas previa y posterior a la intervención, el objetivo del proyecto era aumentar la satisfacción de los pacientes en un 10% durante los largos tiempos de espera, que los CDC se encargaron de definir y especificar³. Si los pacientes se sienten respetados y

Al iniciar un cambio relativamente sencillo y económico en un protocolo hospitalario, el proyecto mostró muchos beneficios, entre ellos la retención de pacientes y el potencial de atraer nuevos pacientes.

valorados, estarán más satisfechos con la atención que reciben, aunque se prolongue el tiempo de espera para ver al médico⁸. Los investigadores lanzaron la hipótesis de que el protocolo de comunicación y un flujo de información mejorado dejarían a los pacientes más satisfechos durante los tiempos de espera largos.

Para evaluar la respuesta al proyecto, se envió una encuesta por correo electrónico a cada paciente después de su visita a urgencias. La encuesta validada que se utilizó para este proyecto se tomó de un estudio de MBE de 2011 y se utilizó para recopilar datos antes y después de la intervención⁹. Las encuestas eran anónimas, por lo que no se obtuvo información identificable de los pacientes. Las preguntas ofrecieron información sobre cuántas veces habían acudido los pacientes a la clínica en los 3 meses previos, la urgencia de la visita más reciente, el momento del día, el tiempo de espera y su satisfacción con la experiencia. Se exportaron los datos para analizarlos y se obtuvieron datos ordinales según los resultados.

Se recopilaron datos durante 8 semanas, con el protocolo de comunicación en uso para aproximadamente 840 pacientes de urgencias durante la implementación. Normalmente, la expectativa en las encuestas de satisfacción de clientes es

un índice de respuesta del 10% al 30%¹⁰. Tras descartar las encuestas incompletas, el índice de respuesta de la muestra era ligeramente inferior al 9%, con 58 encuestas previas y 54 posteriores a la intervención. Las encuestas se mandaron por correo electrónico a todos los participantes, y posiblemente se hubieran obtenido mejores resultados si se hubieran distribuido físicamente. Los datos revelaron que la satisfacción aumentó después de implementar el protocolo de comunicación AIDET.

Cabe destacar que, aunque la mayoría de los pacientes habían calificado su satisfacción positivamente, el número de pacientes que dieron una nota baja a su satisfacción era significativamente mayor antes que después de la implementación. Cada pregunta de la encuesta se calificaba de 1 (muy insatisfecho/a) a 5 (muy satisfecho/a), y la satisfacción global se calificó entre 7 y 35:

- **Muy insatisfecho/a:** de 7 a 10
- **Insatisfecho/a:** de 11 a 17
- **Neutral:** de 18 a 24
- **Satisfecho/a:** de 25 a 31
- **Muy satisfecho/a:** de 32 a 35

Las encuestas previas a la implementación dieron una media de satisfacción de 23,26, con una desviación estándar de 10,8. Las encuestas posteriores a la implementación dieron una media de satisfacción de 31,52, con una desviación estándar de 4,68. A partir del conjunto de datos, hay una confianza del 95% de que la tasa de satisfacción global de los pacientes antes de la implementación era de 10,4 y 26,1 de media. Las puntuaciones posteriores a la implementación fueron de 30,24 a 32,8, con una satisfacción global entre 9,84 y 6,7 puntos más de media que en las correspondientes previas a la implementación.

Los tiempos de espera se midieron en incrementos de 15 minutos. Después

de la implementación, los pacientes calificaron consistentemente su nivel de satisfacción con notas más altas que antes de la intervención en todos los intervalos. Incluso el paciente que tuvo el mayor tiempo de espera (90 minutos, posterior a la implementación) dio una puntuación de satisfacción alta. Estos resultados demostraron la mayor satisfacción de los pacientes como consecuencia del protocolo de comunicación.

Discusión y análisis

Estudios previos sobre el protocolo de comunicación AIDET demuestran beneficios en contextos hospitalarios, pero pocos se han llevado a cabo en contextos de centros de urgencias rurales⁶. Los análisis de datos mostraron que la satisfacción de los pacientes aumentó aproximadamente en un 24% en este contexto después de la implementación del protocolo. En concreto, los investigadores ejecutaron un análisis SWOT [por sus siglas en inglés de *strengths, weaknesses, opportunities, threats* (puntos fuertes, puntos débiles, oportunidades y amenazas)], analizaron los resultados del proyecto y concluyeron que los beneficios del proyecto superaban sus limitaciones.

Al iniciar un cambio relativamente sencillo y económico en un protocolo hospitalario, el proyecto mostró muchos beneficios, entre ellos la retención de pacientes y el potencial de atraer nuevos pacientes. Una gran limitación fue el tamaño de muestra pequeño del proyecto. Además,

no se evaluó la satisfacción del personal con la implementación del protocolo de comunicación, pero puede ser beneficioso en proyectos de cambio futuros.

Conclusión

En el contexto sanitario actual, la satisfacción de los pacientes impulsa no solo el pago de los servicios, sino también las derivaciones de pacientes y el reconocimiento del centro dentro de la comunidad. Las herramientas de comunicación de MBE como el protocolo AIDET se pueden utilizar en urgencias de hospitales y de centros rurales, donde los largos tiempos de espera pueden afectar negativamente a la experiencia y los resultados de los pacientes.

Basándose en estos resultados, los investigadores recomiendan repetir el proyecto de cambio para evaluar las respuestas de los profesionales. Permitir que los pacientes rellenen las encuestas en el centro después de su visita también puede ayudar a aumentar el número de encuestas respondidas, pero hay puntos a favor y en contra de este enfoque. Aunque los pacientes tengan la visita fresca en el momento de dejar el centro, su percepción puede cambiar con el tiempo. También se recomienda más investigación sobre las intervenciones para reducir el tiempo de espera, una investigación que evalúe las puntuaciones de satisfacción y el tiempo de espera con cualquier proceso subsiguiente. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Rural health concerns. Medline Plus. 2017. <https://medlineplus.gov/ruralhealthconcerns.html>.
2. Ohio Development Services Agency. The Ohio poverty report February 2018. <https://development.ohio.gov/files/research/P7005.pdf>.
3. Urgent Care Association. Industry perspectives: urgent care quarterly - issue 3 sneak peek: wait time trends. 2017. www.ucaoa.org/blogpost/1108571/287536/Urgent-Care-Quarterly-Issue-3-Sneak-Peek-Wait-Time-Trends.
4. Taber JM, Leyva B, Persoskie A. Why do people avoid medical care? A qualitative study using national data. *J Gen Intern Med.* 2015;30(3):290-297.
5. University of Missouri J. Otto Lottes Health Sciences Library. Evidence based nursing practice. 2018. <https://libraryguides.missouri.edu/c.php?g=28271&tp=174073>.
6. Sandlin D, Tranter L, Atkinson N, et al. Partner in care: improving the patient experience through AIDET. *J Perianesth Nurs.* 2014;29(5):10-11.
7. Jones M, Harris A. Principals leading successful organisational change. *J Organ Change Manag.* 2014;27(3):473-485.
8. Hill K. Does providing a wait time for ER patients in the waiting room improve patient satisfaction? *NENA Outlook.* 2012;35(2):20.
9. Knowles E, O' Cathain A, Nicholl J. Patients' experiences and views of an emergency and urgent care system. *Health Expect.* 2012;15(1):78-86.
10. Guo Y, Kopec JA, Cibere J, Li LC, Goldsmith CH. Population survey features and response rates: a randomized experiment. *Am J Public Health.* 2016;106(8):1422-1426.

RECURSOS

- Mercieca C, Cassar S, Borg AA. Listening to patients: improving the outpatient service. *Int J Health Care Qual Assur.* 2014;27(1):44-53.
- Ogunfowokan O, Mora M. Time, expectation and satisfaction: patients' experience at National Hospital Abuja, Nigeria. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2012;4(1):398.
- Stempniak M. What, no wait? *Hosp Health Netw.* 2013;87(11):2, 30-35.
- Waclawski E. How I use it: Survey Monkey. *Occup Med (Lond).* 2012;62(6):477.

Amber J. Irwin es un miembro de profesorado asociado, directora del curso comunitario y coordinadora clínica en la Universidad de Cincinnati, Ohio.

La autora ha declarado no tener ningún conflicto de intereses económicos relacionados con este artículo.

Quiero ser socio de MSF colaborando con:

Puedes donar el 20% de tus aportaciones en la declaración del IRPF. Puedes cancelar este compromiso cuando te decidas. *El importe real donado.

6 euros al mes
 euros al trimestre*
 euros al año*

Datos personales:
 Introdúzcalos para poder enviarte el recibo correspondiente a tus aportaciones.

Nombre: LUIS
 Apellidos: SUNOL GARCÍA
 Domicilio: AVDA. PRINCIPAL
 Número: 145 Piso: 3º C.P. 37006
 Ciudad: SALAMANCA Teléfono: 92357321
 Fecha Nac.: 4-11-63 Profesión: DENTISTA
 E-mail: luissunol@dentista.es

Domiciliación bancaria
 No. Cuenta corriente: 2034 456 2 10

Acabas de vacunar a 250 niños contra la meningitis.

Haciéndote socio de Médicos Sin Fronteras haces esto y mucho más. 6 euros al mes durante todo el año hacen posible que la asistencia médica y humanitaria llegue a las personas que más la necesitan, sean quienes sean y estén donde estén, de forma independiente de instituciones políticas o económicas. **Por eso, tu compromiso garantiza nuestra ayuda.**

Llama ahora al **902 250 902** o entra en **www.msf.es** y hazte socio. Gracias.

