



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

Influencia del tiempo de espera en la satisfacción de pacientes y acompañantes



A. Fontova-Almató^{a,b,*}, D. Juvinyà-Canal^{b,c} y R. Suñer-Soler^{b,c}

^a Servicio de Urgencias, Hospital de Figueres, Fundació Salut Empordà, Figueres, Girona, España

^b Grupo de investigación Salud y Atención Sanitaria, Universidad de Girona, Girona, España

^c Departamento de Enfermería, Universidad de Girona, Girona, España

Recibido el 19 de diciembre de 2014; aceptado el 28 de diciembre de 2014

Disponible en Internet el 4 de febrero de 2015

PALABRAS CLAVE

Satisfacción del
paciente;
Tiempos de espera;
Servicio de urgencias;
Triage

KEYWORDS

Patient satisfaction;
Time to treatment;
Emergency care;
Triage

Resumen

Objetivo: Evaluar la satisfacción de pacientes y acompañantes de un servicio de urgencias hospitalario y su relación con el tiempo de espera.

Método: Estudio observacional transversal. Ámbito de estudio: Servicio de Urgencias del Hospital de Figueres (Girona). Variables estudiadas: características sociodemográficas, nivel de satisfacción, tiempo de espera real y percibido hasta el triaje y la visita médica.

Resultados: Se recibieron 285 respuestas. La edad media ($n=257$) fue de 54,6 años ($DE=18,3$). La puntuación media de la satisfacción global con la visita ($n=273$) fue de 7,6 ($DE=2,2$) y la mediana, de 8 (rango intercuartílico [RIC]=2). Se observó, a menor tiempo de espera percibido hasta ser atendidos por la enfermera de triaje, mayor satisfacción global ($\rho=-0,242$, $p<0,001$), y a menor tiempo de espera percibido hasta la visita médica, mayor satisfacción global ($\rho=-0,304$; $p<0,001$). Los usuarios que fueron informados sobre el tiempo de espera hasta la visita médica mostraron mayor satisfacción que los que no fueron informados ($p=0,001$).

Conclusiones: La satisfacción de los usuarios del servicio de urgencias es elevada. La percepción del tiempo de espera y la información sobre este tiempo influyó en la satisfacción de los usuarios. © 2014 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Influence of waiting time on patient and companion satisfaction

Abstract

Objective: To evaluate patient and companion satisfaction of a hospital Emergency Department and its relationship with waiting time.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aurorafontova@gmail.com (A. Fontova-Almató).

Methodology: Prospective, observational study. Setting: Hospital de Figueres Emergency Department (Girona, Spain). Study variables: sociodemographic characteristics, satisfaction level, real and perceived waiting time for triage and being seen by a physician.

Results: A total of 285 responses were received from patients and companions. The mean age of the patients and companions ($n=257$) was 54.6 years ($SD=18.3$). The mean overall satisfaction ($n=273$) was 7.6 ($SD=2.2$). Lower perceived waiting time until nurse triage was related to higher overall satisfaction (Spearman rho (ρ) = -0.242 , $P < .001$), and lower perceived waiting time until being seen by physician, with a higher overall satisfaction ($\rho = -0.304$; $P < .001$). Users who were informed about estimated waiting time showed higher satisfaction than those who were not informed ($P = .001$).

Conclusions: Perceived waiting time and the information about estimated waiting time determined overall satisfaction

© 2014 SECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El servicio de urgencias es el primer punto de contacto de muchas personas que necesitan los servicios de salud de forma aguda. Este servicio suele tener cada vez mayores niveles de congestión, ya que el número de pacientes a menudo excede las capacidades del servicio, tendiendo a incrementar los tiempos de espera y disminuyendo la satisfacción del paciente, así como la calidad asistencial¹⁻³. La calidad del encuentro inicial entre el personal, los pacientes y la familia o cuidadores que los acompañan en el servicio de urgencias determina la forma en que los pacientes y sus acompañantes perciben la experiencia hospitalaria, la calidad de los cuidados que reciben y la satisfacción con el servicio sanitario⁴. Evaluar la satisfacción mediante encuestas permite mejorar la calidad de cuidados en los servicios de urgencias, detectar las variables que afectan al nivel de satisfacción y conocer las causas de insatisfacción⁵.

El motivo principal para acudir a urgencias es para recibir una visita médica. El paciente espera que se le preste tratamiento rápido para sus síntomas y piensa que habrá un médico esperándole en el momento que entre al servicio de urgencias⁶. En cambio, cuando una persona entra en el servicio, el primer proceso que encuentra es el triaje^{2,7,8}, que es la estrategia que agiliza, de forma ordenada, la atención de las personas que acuden a un servicio de urgencias, de forma que sean atendidas con la máxima celeridad y garantía⁹. Este sistema de clasificación está realizado en España por profesionales de enfermería en el 77,6% de los hospitales y en Cataluña por más del 80%^{7,10}, por lo que la impresión que da la enfermera influye en la experiencia del paciente en el servicio⁹. Los pacientes que acuden al servicio de urgencias frecuentemente sobreestiman la urgencia de su necesidad de cuidados, por lo que a menudo no comprenden el sistema de clasificación o triaje y pueden percibir el tiempo de espera como demasiado largo¹¹. Una vez los pacientes han sido clasificados, esperan a ser atendidos por el médico.

La espera del paciente se hace más larga cuando siente malestar, cuando su estado de ánimo es ansioso o depresivo o cuando espera una visita del médico, un resultado de

una prueba o la desaparición de un dolor insoportable. En cambio, el médico experimenta una percepción disminuida de la duración de tiempo¹². Se ha observado que los tiempos de espera son un factor importante en los cuidados del paciente, que la rapidez en la valoración es más importante que el tiempo total de espera, y que la percepción de la espera está influida por un componente psicológico¹³.

Boudreaux y O'Hea¹⁴ apuntaron que lo que determina la satisfacción en relación con el tiempo de espera es la experiencia subjetiva de este, ya que en todos los estudios en los que se comparaba el tiempo de espera real y el percibido, el segundo parecía ser mucho más importante a la hora de determinar la satisfacción. En la misma línea, Brown et al.¹⁵ y Bustamante Veas et al.¹⁶ señalaron que el tiempo de espera percibido era uno de los aspectos que podían mejorar la satisfacción del paciente. Taylor y Benguer¹⁷ también reconocieron la importancia del tiempo de espera, prestando especial atención a la percepción de este tiempo.

Otros investigadores han observado que la insatisfacción aflora cuando las expectativas del servicio no se cumplen, observándose que pacientes que esperaban el mismo tiempo estaban satisfechos o no con la visita dependiendo de si este tiempo era mayor o menor de lo que esperaban¹. También se ha evidenciado que el tiempo de espera está relacionado de forma inversa con la satisfacción del paciente^{13,18}.

El objetivo de este trabajo es valorar la satisfacción de pacientes y acompañantes de un servicio de urgencias hospitalario y su relación con el tiempo de espera.

Material y métodos

Estudio observacional transversal de los pacientes y acompañantes del servicio de urgencias del Hospital de Figueres (Girona) durante los meses de octubre a diciembre de 2012 que aceptaron voluntariamente participar en el estudio.

Se incluyeron todos los pacientes que acudieron al servicio de urgencias mayores de 18 años. Se excluyó a los pacientes residentes fuera del territorio español, a los que abandonaron el servicio sin ser visitados, a los que solo

precisaron un cuidado enfermero, a las que acudieron a la sala de partos sin pasar por el servicio de urgencias y a los trabajadores del hospital atendidos.

Se administró la encuesta de satisfacción validada por González et al.¹⁹ y que constaba de 34 preguntas divididas en 6 dominios: información y comunicación con el médico, trato o cuidados enfermeros, bienestar y confort, visitas, intimidad y limpieza. Para analizar las respuestas a la encuesta, la puntuación de cada dominio se transformó de forma lineal de 0 a 100 puntos, donde 0 indicaba el mínimo grado de satisfacción y 100 el máximo¹⁹.

El cálculo del tamaño muestral se realizó considerando una diferencia de 10 puntos respecto a los resultados obtenidos en el estudio de González et al.²⁰, de modo que para obtener una potencia del 80% con un nivel de significación de 0,05 se requerían 194 pacientes o acompañantes, calculando unas pérdidas de respuesta del 40%. La muestra fue probabilística mediante una selección de los pacientes de forma aleatoria a partir de 4 tablas de números aleatorios del censo diario de urgencias durante 3 meses naturales.

Para realizar la selección de los pacientes y utilizar los datos personales de la historia clínica se necesitó una clave de acceso al programa informático del hospital, garantizando la confidencialidad de los datos utilizados. Las variables utilizadas de la historia clínica fueron: fecha de la visita, hora de entrada a urgencias, hora del triaje de enfermería, nivel de triaje (en una escala de 1 a 5 según la clasificación MAT-SET)⁷, hora de la visita médica y hora de alta del servicio. En el caso de los acompañantes, se utilizaron los datos de la visita del paciente.

A todos los pacientes seleccionados se les envió dentro de los 10 días siguientes a la visita una carta al domicilio que contenía una hoja de información al paciente, un consentimiento informado, una encuesta sociodemográfica y una de satisfacción, y un sobre prepagado para devolverlo al hospital. Al mes del primer envío, se envió una carta recordatoria a todos aquellos que no contestaron a la encuesta. Además, se contactó por vía telefónica con los pacientes que no respondieron para averiguar si era necesario un tercer envío. A todos los que accedieron a contestar se les envió otra vez el cuestionario con un nuevo sobre prepagado.

Se envió una encuesta de satisfacción a los pacientes y acompañantes seleccionados por correo ordinario. Se incluyó un ítem para identificar a quien respondía (paciente o acompañante). Si era el acompañante, se le preguntaba el parentesco con el paciente. Aquellos casos en los que respondían conjuntamente paciente y acompañantes se trataron como si la respuesta fuera del paciente. Las variables sociodemográficas estudiadas fueron la edad, el sexo, el nivel de estudios, el estado civil, la ocupación y la valoración subjetiva de la situación económica actual (en una escala de 0 a 10, donde 0 era la peor puntuación posible y 10 la mejor posible).

Se preguntó sobre la satisfacción global de la visita a urgencias (en una escala de 0 a 10, donde 0 era la peor puntuación posible y 10 la mejor posible), el tiempo de espera hasta que le atendió por primera vez la enfermera (en minutos), la percepción de este tiempo de espera mediante una escala de tipo Likert (muy poco, poco, adecuado, elevado, extremadamente elevado), el tiempo de espera hasta que le atendió el médico (en minutos), la percepción del tiempo de espera médico mediante una escala de tipo Likert (muy

poco, poco, adecuado, elevado, extremadamente elevado) y la información sobre el tiempo aproximado de espera (sí o no).

El proyecto de investigación fue aprobado por el comité de ética e investigación clínica de referencia antes de iniciar el estudio. Se respetaron los principios éticos de investigación vigentes según la Ley Orgánica 15/99 (LOPD) y el documento de consenso de las buenas prácticas clínicas (BPC), y en todo momento se mantuvo la confidencialidad de los datos de los pacientes y profesionales.

Los datos se analizaron a través del paquete estadístico SPSS Statistics® V19. Como nivel de significación estadística se consideró un valor de $p < 0,05$.

Resultados

Se seleccionó de forma aleatoria a 1.526 pacientes visitados en el servicio de urgencias del Hospital de Figueres entre octubre y diciembre de 2012. Al aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se incluyeron 864 pacientes, recibiendo un total de 285 respuestas de usuarios (tasa de respuesta: 33,0%); el 77,5% eran pacientes. La edad media de los participantes ($n = 257$) fue de 54,6 años ($DE = 18,3$); el 53,6% fueron mujeres. El estado civil de las personas estudiadas ($n = 282$) fue mayoritariamente casado o en pareja (68,8%). La puntuación media de la valoración de la situación económica subjetiva ($n = 271$) fue de 4,5 ($DE = 2,3$), y la mediana, de 5 ($RIC = 3$) (tabla 1).

La media de puntuación de la satisfacción global con la visita ($n = 273$) fue de 7,6 ($DE = 2,2$), y la mediana, de 8 (rango intercuartílico [RIC] = 2). El dominio mejor valorado de la escala de satisfacción fue el de limpieza, seguido por el de información y comunicación. El dominio peor valorado fue el de bienestar y confort (tabla 2).

Tiempo de espera hasta la atención en el triaje

El tiempo medio de espera real desde que entró el paciente hasta que le atendió la enfermera del triaje fue de 5,9 min ($DE = 4,2$) (mediana 5 min [$RIC = 5$]). En cambio, los encuestados refirieron haber esperado una media de 16,7 min ($DE = 28,9$; mediana 10 min [$RIC = 10$]; prueba de Wilcoxon; $p < 0,001$). El 2,8% de los encuestados refirieron que el tiempo de espera fue extremadamente elevado.

Al analizar el tiempo de espera real hasta que le atendió la enfermera de triaje según el nivel de satisfacción global, no se halló una correlación entre ambas variables ($\rho = -0,021$; $p = 0,730$). En cambio, al comparar el tiempo de espera referido hasta ser atendido por la enfermera con la satisfacción global, se halló una relación inversa: a menor tiempo de espera percibido, mayor satisfacción global ($\rho = -0,242$, $p < 0,001$).

Se comparó la percepción del tiempo de espera hasta la atención de la enfermera con la satisfacción global; los pacientes que percibieron haber esperado muy poco puntuaron más alto en la satisfacción global (prueba de Kruskal-Wallis; $p < 0,001$) (tabla 3).

También se analizó la relación entre este tiempo de espera percibido con cada uno de los dominios de la escala de satisfacción, y se observó que la puntuación de la satisfacción descendía a medida que la percepción del tiempo de

Tabla 1 Características sociodemográficas de pacientes y acompañantes

Variable	n (%)
<i>Persona que responde</i>	
Paciente	221 (77,5)
Acompañante	62 (21,9)
No clasificado	2 (0,7)
<i>Sexo</i>	
Hombres	130 (46,5)
Mujeres	150 (53,6)
<i>Parentesco con paciente</i>	
Hijo/a	39 (62,9)
Pareja	14 (22,6)
Hermanos/otros	5 (8,1)
Padres/tutores	4 (6,4)
<i>Estado civil</i>	
Casado/pareja	194 (68,8)
Soltero	30 (10,6)
Viudo	38 (13,5)
Divorciado	20 (7,1)
<i>Nivel de estudios</i>	
Sin estudios	58 (20,9)
Primarios	126 (45,5)
Secundarios	67 (24,2)
Universitarios	26 (9,4)
<i>Ocupación</i>	
Estudiante	5 (1,8)
Hogar	21 (7,5)
Empleado	74 (26,5)
Autónomo	27 (9,7)
Desempleado	44 (15,8)
Jubilado	108 (38,7)

espera aumentaba en los dominios de información y comunicación, trato de las enfermeras, bienestar y confort y limpieza (prueba de Kruskal-Wallis) (tabla 4).

Tiempo de espera hasta la atención médica

El tiempo medio real desde la entrada del paciente a urgencias hasta la visita médica fue de 38,3 min (DE = 34,4) (mediana 27 min [RIC = 38]). Los encuestados refirieron haber esperado una media de 50,3 min (DE = 68,4) (mediana 30 min [RIC = 45]). Estas diferencias no demostraron diferencias estadísticamente significativas (prueba de Wilcoxon; $p = 0,343$). El 7,1% de los encuestados refirieron que el tiempo de espera fue extremadamente elevado.

Al analizar el tiempo de espera real hasta la visita médica con la satisfacción global, no se encontró correlación entre ambas variables ($\rho = -0,075$; $p = 0,219$). En cambio, sí se halló relación entre menor tiempo de espera percibido con mayor satisfacción global ($\rho = -0,304$; $p < 0,001$).

Se comparó la percepción del tiempo de espera hasta la visita médica y la satisfacción global, hallándose que los pacientes que percibieron haber esperado muy poco o poco estaban más satisfechos que el resto (prueba de Kruskal-Wallis; $p < 0,001$) (tabla 3).

Al comparar el tiempo de espera percibido hasta la visita médica con los dominios de la escala de satisfacción, se observó que la puntuación de la satisfacción descendía a medida que la percepción del tiempo de espera aumentaba en todos los dominios excepto en el de intimidad, aunque se observó una tendencia en el mismo sentido (prueba de Kruskal-Wallis) (tabla 5).

Información sobre el tiempo de espera

El 78,5% de los encuestados refirieron no haber sido informados sobre el tiempo de espera. Al analizar la asociación entre la información sobre el tiempo de espera y la satisfacción, se observó que los usuarios que sí fueron informados sobre el tiempo de espera hasta la visita médica puntuaron más alto; satisfacción media: 8,4 (DE = 1,8) (mediana: 9 [RIC = 3]); la puntuación media de los que no fueron informados fue 7,4 (DE = 2,2) (mediana: 8 [RIC = 3]) (prueba U de Mann-Whitney; $p = 0,001$).

Discusión

La percepción del tiempo de espera es uno de los factores determinantes de la satisfacción global de los pacientes, tanto en la atención de enfermería como en la visita médica. En la misma línea, Welch¹¹ observó que la percepción del tiempo de espera, y no el tiempo real de espera, es el factor que más influye en la satisfacción del paciente, y un tiempo percibido como corto o aceptable se relaciona positivamente con la satisfacción. También Boudreaux y O'Hea¹⁴ apuntaron que lo que determina la satisfacción en relación con el tiempo de espera es la experiencia subjetiva de este. Otros autores señalaron que el tiempo de espera percibido era uno de los aspectos que podían mejorar la satisfacción del paciente^{15,16}. En el estudio de López Madurga et al.²¹, los pacientes que refirieron haber esperado menos tiempo estuvieron más satisfechos que los que esperaron más, de forma similar a los hallazgos de Fajardo Moriña et al.²² (urgencias domiciliarias) y de Mercer et al.²³, donde los pacientes que refirieron haber esperado más tiempo estaban menos satisfechos.

Al comparar los tiempos de espera reales con la escala de satisfacción, se observó relación de menor tiempo de espera hasta la visita médica con una mayor satisfacción en los dominios de información y comunicación, trato de las enfermeras y visitas. En la misma línea, Damghi et al.²⁴ constataron que los pacientes que esperaron menos de 15 min hasta la visita médica estuvieron más satisfechos que los que esperaron más tiempo.

Los tiempos de espera percibidos fueron superiores al tiempo real, tanto en la atención por parte de la enfermera de triaje como en la visita médica. Además, el 2,8% de los encuestados refirieron que el tiempo de espera fue extremadamente elevado hasta la atención de la enfermera, y el 7,1%, hasta la visita médica. Estos datos se asimilan a los hallados por Iraola Ferrer et al.²⁵ en una investigación en la que se estudiaban los tiempos de espera percibidos y la satisfacción en un servicio de urgencias, en el cual el 2,7% de los pacientes consideraron el tiempo de espera hasta la clasificación excesivo y el 6,6% consideraron excesivo el tiempo de espera hasta la atención médica. En el sentido contrario, Carbonell Torregrosa et al.²⁶ no hallaron diferencias entre

Tabla 2 Resultados de la escala de satisfacción de pacientes y acompañantes

Escala de satisfacción	n	Media (DE)	Mediana (RIC)
Información y comunicación	234	84,0 (17,2)	89,6 (24,1)
Trato enfermeras	254	79,7 (19,9)	84,2 (26,3)
Bienestar y confort ^a	133	65,7 (19,1)	64,7 (23,5)
Visitas	181	78,3 (11,7)	81,8 (9,1)
Intimidad ^b	145	79,6 (30,0)	100 (25,0)
Limpieza	219	91,3 (14,1)	100 (16,7)

^a En el dominio bienestar se excluyeron 152 casos porque no procedía el ítem.

^b En el dominio intimidad se excluyeron 140 casos porque no procedía el ítem.

Tabla 3 Relación entre el tiempo de espera percibido hasta el triaje y hasta la visita médica en función de la satisfacción global

Tiempo de espera percibido	Satisfacción global visita					
	Triaje de enfermería			Visita médica		
	n	Media (DE)	Mediana (RIC)	n	Media (DE)	Mediana (RIC)
Muy poco	60	8,8 (1,5)	9 (2)	39	8,8 (1,2)	9 (2)
Poco	46	7,8 (2,1)	8 (2)	41	8,4 (1,6)	9 (3)
Adecuado	128	7,4 (1,9)	8 (2)	106	7,9 (1,7)	8 (2)
Elevado	29	6,2 (2,4)	6 (4)	63	6,6 (2,3)	7 (3)
Extremadamente elevado	8	4,1 (3,2)	3,5 (5)	20	4,5 (2,8)	4,5 (5)

el tiempo de espera real y el percibido ni en la atención de enfermería ni médica en un estudio realizado en un servicio de urgencias hospitalario en el cual comparaban los tiempos reales y percibidos del proceso asistencial del servicio.

Informar sobre el tiempo aproximado de espera también influye en la satisfacción del paciente, y los presentes resultados muestran que los pacientes que fueron informados sobre el tiempo aproximado de espera puntuaron

mejor en la satisfacción del servicio. En el estudio de Kington y Short²⁷ los encuestados demandaron una mayor información sobre los tiempos de espera. También Boudreaux y O'Hea¹⁴ hallaron que el dar información es un aspecto predictor de la satisfacción global, por lo que varios autores afirman que centrarse en los tiempos de espera y en la comunicación puede mejorar la satisfacción del paciente^{13,28,29}.

Tabla 4 Relación entre la satisfacción de pacientes y acompañantes y el tiempo de espera percibido hasta la atención de la enfermera de triaje

Escala de satisfacción	Tiempo de espera percibido ^a					p
	Muy poco	Poco	Adecuado	Elevado	Extremadamente elevado	
Información y comunicación	[51] 91,2 (11,0) 93,1 (10,3)	[41] 84,9 (14,5) 93,1 (24,1)	[109] 84,5 (16,7) 89,6 (25,9)	[26] 71,6 (21,3) 75,9 (39,7)	[6] 58,6 (22,4) 62,1 (34,5)	< 0,001
Trato enfermeras	[57] 88,0 (15,0) 94,7 (15,8)	[43] 83,1 (18,1) 89,5 (21,0)	[119] 79,6 (17,7) 84,2 (26,3)	[26] 65,0 (25,0) 68,4 (44,7)	[7] 49,6 (25,9) 52,6 (36,8)	< 0,001
Bienestar y confort	[27] 72,8 (17,0) 76,5 (23,3)	[24] 67,1 (18,7) 70,6 (22,1)	[58] 66,6 (18,7) 64,7 (29,4)	[18] 56,2 (14,1) 58,8 (14,7)	[5] 44,7 (31,8) 41,2 (61,8)	0,015
Visitas	[41] 81,1 (8,2) 81,8 (0)	[29] 78,0 (12,7) 81,8 (13,6)	[82] 77,9 (12,2) 81,8 (9,1)	[23] 77,1 (11,9) 81,8 (9,1)	[5] 67,3 (12,7) 72,7 (22,7)	0,138
Intimidad	[31] 87,1 (28,0) 100 (0)	[28] 77,7 (32,9) 100 (43,7)	[63] 79,8 (28,7) 100 (25,0)	[17] 72,0 (31,7) 75,0 (50,0)	[4] 56,2 (37,5) 50,0 (68,7)	0,120
Limpieza	[49] 97,9 (5,5) 100 (0)	[39] 92,7 (11,3) 100 (16,7)	[97] 91,1 (13,8) 100 (16,7)	[26] 80,1 (20,5) 83,3 (33,3)	[6] 77,8 (17,2) 66,7 (33,3)	< 0,001

^a Los tiempos de espera percibidos se describen con la [n], puntuación media (DE) y mediana (RIC).

Tabla 5 Relación entre la satisfacción de pacientes y acompañantes y el tiempo de espera percibido hasta la visita médica

Escala de satisfacción	Tiempo de espera percibido ^a					p
	Muy poco	Poco	Adecuado	Elevado	Extremadamente elevado	
Información y comunicación	[37] 91,4 (11,4) 93,1 (10,3)	[36] 89,2 (12,5) 94,8 (20,7)	[92] 86,5 (15,1) 89,6 (13,8)	[50] 75,0 (20,0) 77,6 (26,7)	[17] 68,5 (20,6) 69,0 (36,2)	< 0,001
Trato enfermeras	[41] 91,6 (12,3) 100 (10,5)	[38] 87,0 (15,1) 89,5 (21,0)	[99] 81,4 (17,3) 84,2 (21,0)	[57] 70,4 (20,2) 73,7 (31,6)	[17] 55,1 (25,4) 58,0 (31,6)	< 0,001
Bienestar y confort	[19] 78,6 (15,5) 76,5 (17,6)	[20] 64,1 (21,4) 67,6 (27,9)	[54] 67,9 (18,2) 70,6 (29,4)	[31] 58,1 (13,9) 58,8 (17,6)	[8] 52,9 (27,8) 58,8 (51,5)	0,001
Visitas	[29] 79,9 (11,0) 81,8 (9,1)	[28] 76,0 (10,5) 81,8 (9,1)	[79] 81,0 (9,8) 81,8 (9,1)	[33] 74,1 (13,5) 81,8 (18,2)	[10] 70,9 (18,1) 72,7 (25,0)	0,007
Intimidad	[23] 88,0 (30,0) 100 (0)	[23] 85,9 (25,9) 100 (25,0)	[58] 78,4 (30,9) 100 (25,0)	[29] 73,3 (31,3) 75,0 (50,0)	[10] 72,5 (29,9) 75,0 (56,2)	0,086
Limpieza	[34] 98,0 (5,4) 100 (0)	[36] 94,0 (9,9) 100 (16,7)	[86] 93,8 (17,3) 100 (4,2)	[45] 83,0 (17,6) 83,3 (33,3)	[16] 81,2 (19,1) 83,3 (33,3)	< 0,001

^a Los tiempos de espera percibidos se describen con la [n], puntuación media (DE) y mediana (RIC).

Los resultados del estudio muestran que la satisfacción está asociada al tiempo de espera percibido hasta el triaje, a la visita médica y a la información sobre el tiempo de espera aproximado hasta la visita médica. El estudio realizado permite conocer la opinión de los usuarios del servicio de urgencias y permite elaborar estrategias para mejorar la satisfacción. En este sentido, se debe reducir la sensación de un tiempo de espera prolongado por parte de los usuarios informando sobre el mismo para conseguir mejorar la satisfacción del paciente y sus acompañantes en el servicio de urgencias.

Entre las limitaciones del estudio cabe citar el hecho de que se trata de una investigación realizada a través de encuestas por correo, lo que puede reducir la tasa de respuesta. Además, la encuesta utilizada no está diseñada exclusivamente para el servicio de urgencias, aunque se puede utilizar con este fin.

Financiación

Este trabajo no ha recibido financiación.

Conflicto de intereses

No existen conflictos de intereses.

Bibliografía

- Cassidy-Smith T, Baumann B, Boudreaux E. The disconfirmation paradigm: Throughput times and emergency department patient satisfaction. *J Emerg Med.* 2007;32:7-13.
- McKay JI. The emergency department of the future — The challenge is in changing how we operate! *J Emerg Nurs.* 1999;25:480-8.
- Kilner E, Sheppard L. The role of teamwork communication in the emergency department: A systematic review. *Int Emerg Nurs.* 2010;18:127-37.
- Ekwall A, Gerdz M, Manias E. The influence of patient acuity on satisfaction with emergency care: Perspectives of family, friends and carers. *J Clin Nurs.* 2008;17:800-9.
- Soleimanpour H, Gholipouri C, Salarilak S, Raoufi P, Vahidi RG, Rouhi AJ, et al. Emergency department patient satisfaction survey in Imam Reza Hospital, Tabriz, Iran. *Int J Emerg Med.* 2011;4:7.
- Lott Roper M. I want to see the doctor: meeting patients' expectations in the emergency department. *J Emerg Nurs.* 2010;36:562-7.
- Sánchez Bermejo R, Cortés Fadrique C, Rincón Fraile B, Fernández Centeno E, Peña Cueva S, de las Heras Castro EM. El triaje en urgencias en los hospitales españoles. *Emergencias.* 2013;25:66-70.
- Göransson KE, Rosen A. Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department. *Int Emerg Nurs.* 2010;18:36-40.
- Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC), núm. 6412, 8 Jul 2013. Acord del consell de col·legis d'infermeres i infermers de Catalunya de 19 de Juny de 2013, pel qual s'estableixen directrius per a l'exercici de les actuacions infermeres en l'anomenada gestió de la demanda.
- Miró O, Escalada X, Boqué C, Gené E, Jiménez Fábrega FX, Netto C, et al. Estudio SUHCAT (2): mapa funcional de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias.* 2014;26:35-46.
- Welch SJ. Twenty years of patient satisfaction research applied to the emergency department: A qualitative review. *Am J Med Qual.* 2010;25:64-72.
- Bayes R. Los tiempos de espera en medicina. *Med Clin (Barc).* 2000;114:464-7.
- Nairn S, Whotton E, Marshal C, Roberts M, Swann G. The patient experience in emergency departments: A review of the literature. *Accid Emerg Nurs.* 2004;12:159-65.
- Boudreaux ED, O'Hea EL. Patient satisfaction in the emergency department: A review of the literature and implications for practice. *J Emerg Med.* 2004;26:13-26.
- Brown AD, Sandoval GA, Blackstien-Hirsch P. Developing an efficient model to select emergency department patient satisfaction improvement strategies. *Ann Emerg Med.* 2005;46:3-10.

16. Bustamante Veas P, Avendaño Cañas D, Camacho Martín B, Ochoa Alvarado E, Alemany González FX, Asenjo Romero M, et al. Evaluación de la satisfacción del paciente con la atención recibida en un servicio de urgencias hospitalario y sus factores asociados. *Emergencias*. 2013;25:171–6.
17. Taylor C, Benguer JR. Patient satisfaction in emergency medicine. *Emerg Med J*. 2004;21:528–32.
18. Costello BA, McLeod TG, Locke GR, Dierkhising RA, Offord KP, Colligan R. Pessimism and hostility scores as predictors of patient satisfaction ratings by medical out-patients. *Int J Health Care Qual Assur*. 2008;21:39–49.
19. González N, Quintana JM, Bilbao A, Escobar A, Aizpuru F, Thompson A, et al. Development and validation of an in-patient satisfaction questionnaire. *Int J Qual Health Care*. 2005;17:465–72.
20. González N, Quintana JM, Bilbao A, Esteban C, San Sebastián JA, de la Sierra E, et al. Satisfacción de los usuarios de 4 hospitales del Servicio Vasco de Salud. *Gac Sanit*. 2008;22:210–7.
21. López Madurga ET, Mozota Duarte J, González Salvatierra I, Sánchez Torres Y, Enríquez Martín N, Moliner Lahoz J. Satisfacción de pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital de agudos. *Emergencias*. 1999;11:184–90.
22. Fajardo Moriña J, Casado López C, Gutiérrez Martínez L, Paneque Sosa P, Calahorro Arenilla J, Avilés Parada B. Encuesta telefónica de satisfacción de usuarios de un servicio especial de urgencia. *Emergencias*. 2000;12:20–6.
23. Mercer MP, Hernandez-Boussard T, Mahadevan S, Strehlow MC. Physician identification and patient satisfaction in the emergency department: Are they related? *J Emerg Med*. 2014;45:711–8.
24. Damghi N, Belayachi J, Armel B, Zekraoui A, Madani N, Aibidi K, et al. Patient satisfaction in a Moroccan emergency department. *Int Arch Med*. 2013;6:20.
25. Iraola Ferrer MD, Fernández Jorge D, Liriano Ricabal JC, Rodríguez Toledo G, Rodríguez Carvajal A, Rojas Santana O. Satisfacción de los pacientes atendidos en urgencias y posteriormente hospitalizados en un hospital universitario cubano. *Emergencias*. 2004;16:252–7.
26. Carbonell Torregrosa MA, Girbés Borrás J, Calduch Broseta JV. Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. *Emergencias*. 2006;18:30–5.
27. Kington M, Short AE. What do consumers want to know in the emergency department? *Int J Nurs Pract*. 2010;16:406–11.
28. Cooke T, Watt D, Wertzler W, Quan H. Patients expectations of emergency department care: Phase II — a cross-sectional survey. *CJEM*. 2006;8:148–57.
29. Parra Hidalgo P, Bermejo Alegria RM, Más Castillo A, Hidalgo Montesinos MD, Gomis Cebrián R, Calle Urra JE. Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. *Gac Sanit*. 2012;26:159–65.