



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

Información, comunicación y trato en un servicio de urgencias: evaluación mediante una encuesta de opinión



A. García-García^{a,d,*}, A. Arévalo-Velasco^a, M.A. García-Iglesias^b,
M. Sánchez-Barba^{c,d}, M.A. Delgado-Vicente^a, A. Bajo-Bajo^a y F. Diego-Robledo^a

^a Servicio de Urgencias, Hospital Clínico de Salamanca, Salamanca, España

^b Servicio de Documentación, Hospital Clínico de Salamanca, Salamanca, España

^c Departamento de Estadística, Universidad de Salamanca, Salamanca, España

^d Instituto de Investigación Biosanitario de Salamanca (IBSAL), Salamanca, España

Recibido el 14 de octubre de 2014; aceptado el 22 de abril de 2015

Disponible en Internet el 11 de junio de 2015

PALABRAS CLAVE

Información en salud;
Comunicación en
salud;
Encuesta;
Servicio de urgencias

Resumen

Objetivo: Conocer aspectos concretos acerca de la información y la comunicación con los usuarios de los servicios de urgencias hospitalarias y el trato recibido en ellos a través de una encuesta telefónica.

Métodos: Estudio prospectivo en 2 servicios de urgencias hospitalarias de Salamanca. Se incluyeron en el estudio 400 pacientes (edad media $56,4 \pm 20,5$ años; 58,4% mujeres). Se realizó una encuesta telefónica con 19 ítems. Doce de ellos recogían las respuestas en escala tipo Likert, con puntuaciones de 1 (muy mal) a 5 (muy bien). El resto permitían responder «sí» o «no».

Resultados: El 86% de los pacientes evaluaron positivamente el trato recibido por los profesionales en general, el 92% el respeto mostrado, el 87% el trato de los médicos y el 71% el trato recibido por enfermería. El 27,5% no recuerda haber recibido información del personal del punto azul (profesionales especialmente capacitados para dar información). Se encontró significación estadística ($p=0,045$) en relación a la amabilidad y respeto mostrado por enfermería. La mayoría de los pacientes que fueron ingresados en el área de observación del servicio de urgencias no fueron informados sobre los horarios de visita ($p=0,003$).

Conclusiones: La percepción del trato recibido por los pacientes es buena, mientras que en relación a la información y comunicación es ostensiblemente mejorable y podría ser evaluada utilizando la encuesta que proponemos, ya que permite detectar y utilizar los puntos débiles de estos aspectos de la asistencia sanitaria como lanzaderas de las iniciativas de implementación.

© 2014 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aglgarcia1@yahoo.es (A. García-García).

KEYWORDS

Health information;
Health
communication;
Health care survey;
Emergency service

Opinion survey on information, communication and treatment in an Emergency Department**Abstract**

Objective: To gather specific details about the information, communication, and treatment as regards users of hospital emergency services using a telephone survey, in order to implement improvement measures, if necessary.

Methods: A prospective study was conducted in two emergency departments in Salamanca. A total of 400 patients were included in the study (mean age 56.4 ± 20.5 years, 58.4% women). A telephone survey was performed with 19 items, of which 12 required responses on a Likert-type scale, with scores of 1 (very bad) to 5 (very good). The remainder of the questions allowed to answer "yes" or "no".

Results: The treatment received by the professionals in general was evaluated positively by 86% of the patients; with 92% reporting they were respectful, 87% were treated by doctors and 71% received treatment from nurses. More than one-quarter (27.5%) did not recall receiving information from blue point staff (personnel specially trained to provide information. Statistical significance ($P = .045$) was found in relation to the kindness and respect shown by nurses. Most patients that were admitted to the observation area of the emergency department were not informed about the visiting hours ($P = .003$).

Conclusions: Perception of care received by patients is good, while in relation to information and communication it is evidently improvable, and could be assessed using the survey that is proposed in order to detect and use the weaknesses in these aspects of health care as implementation initiatives.

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

Introducción

La información prestada a los usuarios de los servicios de urgencias y sus acompañantes acerca de su estado de salud y los procedimientos a seguir durante su proceso asistencial, junto con una mejora continua de la comunicación y el trato administrados, deben ser objetivos prioritarios en la búsqueda de una adecuada asistencia sanitaria de calidad. Actualmente, la relación con el paciente tiende a estar fundamentada en el principio de autonomía, es decir, la opinión del enfermo respecto a los procesos diagnósticos y terapéuticos en los que se vea involucrado ha de ser tenida en cuenta¹. Se ha considerado que una correcta información es el factor decisivo que asegura la satisfacción del paciente, y con una comunicación adecuada es más probable el cumplimiento de las recomendaciones médicas²⁻⁵, además de ser un derecho de los usuarios reconocido en las leyes españolas⁶. Los diferentes grados de satisfacción en relación con la edad y el nivel socioeconómico de los pacientes han sido ampliamente estudiados^{2,4,7,8}. En diversas ocasiones se constató que una buena información mejora la relación terapéutica médico-paciente aliviando la angustia de los familiares y evitando reclamaciones como consecuencia de una insuficiente comprensión de la naturaleza y el alcance de los problemas y de los cuidados procurados⁹. Asimismo, algunos de los motivos de queja más frecuentes entre los usuarios de los sistemas sanitarios derivaron de problemas en la comunicación médico-paciente, como fueron una inadecuada información o ausencia de ella, informaciones incongruentes por parte de distintos profesionales y la ausencia de respeto, de la confidencialidad o la intimidad

del paciente². Por otra parte, el trato que el paciente recibió por parte de los distintos profesionales de los servicios de urgencias fue el aspecto más valorado^{8,10}.

Actualmente existen herramientas disponibles en forma de encuesta para evaluar la satisfacción global de los usuarios del sistema sanitario¹¹⁻¹³. Sin embargo, en la bibliografía revisada no hemos encontrado ninguna que se adapte a nuestras necesidades para evaluar la información, la comunicación y el trato del profesional al paciente que se focalice en las peculiaridades de los servicios de urgencias hospitalarias.

El objetivo de este trabajo fue conocer aspectos concretos acerca de la información y comunicación con los usuarios de los servicios de urgencias hospitalarias y el trato recibido en ellos, con el fin de obtener una serie de medidas descriptivas de cada una de las preguntas, a través de una encuesta telefónica.

Material y método

Se realizó un estudio prospectivo en el ámbito de 2 servicios de urgencias hospitalarias de Salamanca. Cada uno de estos servicios dispone de personal de enfermería, auxiliares de enfermería y celadores propio, mientras que los médicos y el personal del punto azul es común. Este personal del punto azul es el que está capacitado para proporcionar la información a los pacientes y familiares en la sala de espera. El consultorio de *triage* permaneció operativo en turno de mañana y tarde, pero no de noche.

Todos los datos recogidos (tabla 1) se obtuvieron con la colaboración de 400 pacientes seleccionados por muestreo

Tabla 1 Datos sociodemográficos

	n	%
Sexo		
Hombre	97	41,6
Mujer	136	58,4
Actividad actual		
Trabaja fuera	75	32,2
Está en paro	19	8,2
Jubilado/a	85	36,5
Ama de casa	35	15
Estudiante	19	8,2
Estado civil		
Soltero/a	51	21,9
Casado/a	138	59,2
Divorciado/a	13	5,6
Viudo/a	31	13,3
Nivel de estudios		
Sin estudios	41	17,6
Primarios	107	45,9
Secundarios	39	16,7
Universitarios	46	19,7

n: número de la muestra.

aleatorizado, mayores de 14 años, que acudieron a dichos servicios durante el periodo comprendido entre el 2 de abril de 2011 y 13 de junio de 2011. Debido a las características de funcionamiento del consultorio de *triage*, en los ítems correspondientes al respecto solo pudieron responder 233 pacientes. Los criterios de exclusión fueron: deterioro cognitivo grave o negativa expresa a participar en el estudio.

Se desarrolló una encuesta (tabla 2) compuesta por 19 ítems. Fue elaborada teniendo en cuenta otras previas utilizadas por el servicio de atención al paciente de nuestra institución y encuestas similares realizadas en el servicio de urgencias del Hospital Donostia, previo permiso a través de contacto telefónico. Se obtuvo permiso del servicio de protección de datos del hospital para la obtención de listados y la realización de la encuesta. Las entrevistas se realizaron por un único entrevistador mediante llamadas telefónicas 15 días después de la consulta del paciente en el servicio de urgencias. Previo a la entrevista, se informó al paciente sobre los objetivos de la encuesta. En los pocos casos en que no se obtuvo respuesta se procedió a la sustitución, respetando el orden de recogida de la información, para que la composición de la muestra no se viera afectada.

Se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, situación laboral) y se incluyeron 2 preguntas sobre la hora a la que asistió a urgencias y si acudió o no con acompañante. Las preguntas a responder hacían referencia a 3 aspectos de la urgencia: Datos sobre el *triage* (3 ítems), datos sobre la información recibida por el paciente (11 ítems) y datos sobre el trato recibido en urgencias (5 ítems). Doce de los 19 ítems recogen las respuestas en escala tipo Likert, con puntuaciones de 1 (muy mal) a 5 (muy bien). El resto de ítems de nuestro cuestionario permitían responder «sí» o «no». Se realizó un análisis descriptivo de las variables cuantitativas y tablas de contingencia para las cualitativas.

Análisis estadístico

Para el análisis descriptivo se calcularon medias y desviaciones típicas para las variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. En el estudio comparativo se utilizó el test t de Student, y cuando los grupos a comparar eran más de 2 se utilizó el análisis de la varianza (ANOVA) si los datos seguían una distribución normal. Para los datos que no seguían una distribución normal se utilizaron las correspondientes versiones no paramétricas de los test anteriormente nombrados. En el caso de 2 grupos en estudio se utilizó la U de Mann-Whitney, y cuando en el estudio intervenían más de 2 grupos, el test de Kruskal Wallis. El análisis de variables cualitativas se llevó a cabo con el test Chi-cuadrado o el test de Fisher, dependiendo del tamaño muestral con el que se trabajó. El nivel de significación estadística empleado fue de $p < 0,05$.

Se calculó un tamaño muestral ajustado a las pérdidas de 226 pacientes, con una proporción esperada de pérdidas del 10%, un nivel de confianza ($1-\alpha$) del 95% y una precisión del 3%, para una población total de 153.952 atenciones en urgencias.

Las repuestas de los participantes a los cuestionarios se introdujeron en una base de datos y se analizaron mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics, versión 20.0.

Resultados

Las características sociodemográficas de la muestra se recogen en la tabla 1. La media de edad fue $56,4 \pm 20,5$ años. La mayoría estaba casado/a (59,2%, $n = 138$). Un 58,4% ($n = 136$) fueron mujeres y el 36,5% ($n = 85$) eran jubilados/as. En cuanto al nivel cultural se refiere, el 17,6% ($n = 41$) no tenían estudios, mientras que el 45,9% ($n = 107$) tenían estudios primarios, el 16,7% ($n = 39$) secundarios y el 19,7% ($n = 46$) superiores. De los individuos encuestados, el 67,4% ($n = 157$) acudió a uno de los hospitales participantes en el estudio y un 32,6% ($n = 76$) al otro. El 88% ($n = 205$) realizaron su consulta en el servicio de urgencias acompañados de un familiar o conocido. Se atendió al 40% ($n = 93$) por la mañana, al 42% ($n = 98$) por la tarde, y el 18% ($n = 42$) acudió por la noche.

El 62,3% ($n = 145$) de los pacientes no recibieron presentación de los profesionales.

Las características y el horario del consultorio de *triage*, los ingresos y algunas pérdidas permitieron recoger en este ítem la clasificación de 227 pacientes. De ellos, 31 fueron elegidos con puntuación II, 114 con III y 82 con IV. Con respecto a las preguntas acerca del *triage* (ítems 1-3), fue contestada por 188 usuarios, de los cuales un 76,4% ($n = 143$) no recuerdan haber sido informados del nivel de clasificación que se les asignó y un 66,4% ($n = 125$) no recibieron información sobre el tiempo aproximado de espera en función de su clasificación (fig. 1).

En lo relativo a las cuestiones y evaluación sobre la información recibida por el paciente, así como el trato percibido (ítems 4-19), más de la mitad de los encuestados (58,8%, $n = 137$) no evaluaron satisfactoriamente la información que se proporcionó en la sala de espera (ítem 10) (fig. 2). Este porcentaje aumenta en uno de los servicios de urgencias si se consideran los 2 hospitales por separado (52,9%, $n = 123$ y 71,1%, $n = 165$, respectivamente), y el 27,5% ($n = 64$) no

Tabla 2 Modelo de encuesta

Preguntas de la encuesta		Respuestas					
<i>Datos sobre el triage</i>							
1	Nivel de clasificación	I	II	III	IV	V	NP
2	¿Se le informó sobre el tiempo aproximado que iba a permanecer en el servicio de urgencias?	Sí			No		NS/NC
3	¿Se le informó del nivel de clasificación/gravedad de su enfermedad cuando le atendieron por primera vez?	Sí			No		NS/NC
<i>Datos sobre la información recibida por el paciente</i>							
4	Evalúe la información que se le ofreció en la sala de espera	I	II	III	IV	V	NP
5	Si ingresó en el área de observación, ¿se le informó sobre los tiempos de visita?	Sí			No		NS/NC
6	Evalúe en qué medida se ajustó la información a familiares a dichos tiempos	I	II	III	IV	V	NP
7	¿Se presentaron los profesionales que le atendieron?	Sí			No		NS/NC
8	¿Se le realizó alguna prueba como análisis, radiografías, etc.?	Sí			No		NS/NC
9	En caso afirmativo, ¿se le informó por qué se le realizaba?	Sí			No		NS/NC
10	¿Y el tiempo que tardaría?	Sí			No		NS/NC
11	Evalúe la información recibida sobre el resultado de las pruebas	I	II	III	IV	V	NP
12	Evalúe la claridad de las explicaciones que le dio el médico sobre lo que tenía que hacer cuando volviera a casa	I	II	III	IV	V	NP
13	Evalúe la claridad de las explicaciones que le dio el médico sobre su ingreso (o traslado a otro centro)	I	II	III	IV	V	NP
14	En general, evalúe si la información que recibió de los médicos fue suficiente	I	II	III	IV	V	NP
<i>Datos sobre el trato recibido en urgencias</i>							
15	Evalúe el trato recibido	I	II	III	IV	V	NP
16	Evalúe si se respetó su intimidad en el trato y la información recibida	I	II	III	IV	V	NP
17	¿Cómo valora la amabilidad y el respeto con que le trataron los médicos?	I	II	III	IV	V	NP
18	¿Cómo valora la amabilidad y el respeto con que le trató el personal de enfermería?	I	II	III	IV	V	NP
19	¿Cómo valora la amabilidad y el respeto con que le trató el personal de información (punto azul)?	I	II	III	IV	V	NP

NS/NC: no sabe o no contesta.

NP: no procede.

recuerdan si habían recibido o no información por parte del personal del punto azul.

El 86% (n = 195) de los pacientes evaluaron como bueno o muy bueno el trato recibido por los profesionales en general, el 92% (n = 208) el respeto mostrado, el 87% (n = 197) el trato por parte del personal médico y el 71% (n = 161) el trato recibido por el personal de enfermería (ítems 15-18) (fig. 3).

En el análisis de las respuestas de los pacientes mediante el test Chi-cuadrado, clasificados según el nivel de *triage*, se encontró significación estadística en el ítem 18 (p = 0,045) en relación a la amabilidad y respeto mostrado por el personal de enfermería, con una valoración de 4-5 sobre 5 de la mayoría de los pacientes, independientemente de su nivel de clasificación. En la agrupación de respuestas en el test

de Fisher como malo o regular y bueno o muy bueno, el mismo ítem obtuvo significación (p = 0,016), mientras que el trato general recibido (ítem 15) la rozaba (p = 0,077). En la agrupación con el test de Fisher como malo o bueno la cuestión acerca de la información recibida en la sala de espera fue evaluada negativamente por la mayoría de los pacientes, con independencia de su nivel de *triage* (p = 0,036). Por el contrario, la percepción fue positiva en lo referente a la información recibida por el personal médico, el trato general recibido y la amabilidad y respeto mostrados por el personal de enfermería (p = 0,044, p = 0,027 y p = 0,021, respectivamente).

La mayoría de los pacientes que fueron ingresados en el área de observación del servicio de urgencias no fueron

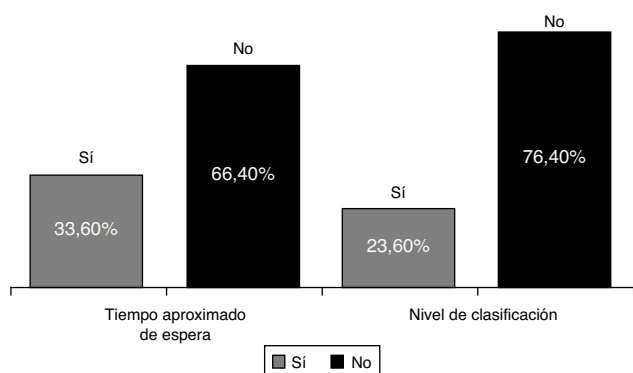


Figura 1 Percepción de los pacientes sobre la información recibida en el triage sobre el tiempo aproximado de espera para su atención completa y sobre su nivel de clasificación en el mismo.

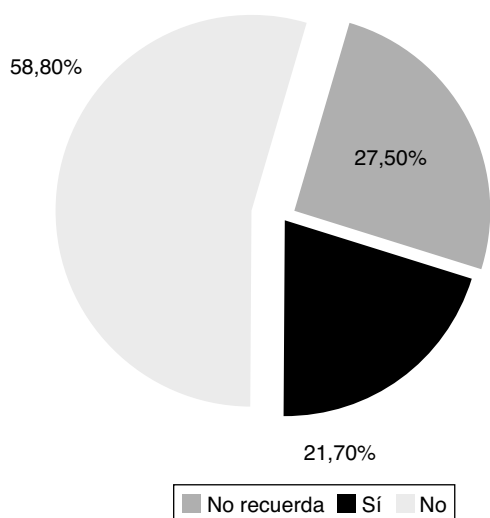


Figura 2 Percepción de los pacientes acerca de si recibieron información por parte del personal del punto azul durante su estancia en la sala de espera.

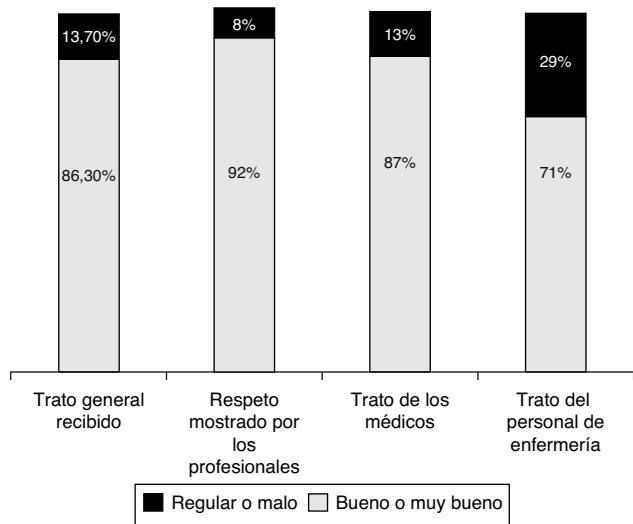


Figura 3 Opinión de los pacientes sobre el respeto y el trato recibido por los distintos profesionales.

informados sobre los horarios de visita ($p=0,003$). Respondieron de forma positiva a la realización de pruebas complementarias 167 pacientes, con satisfacción acerca de la información sobre la indicación precisa de dichas pruebas y el tiempo aproximado que tardarían ($p=0,04$); 86 de ellos con nivel de clasificación III.

Discusión

Los principales resultados de este estudio resaltan la importancia de la disponibilidad y el uso de herramientas capaces de ponderar la opinión de los pacientes atendidos en nuestros servicios de urgencias, en lo referente a información, comunicación y trato, ya que las encuestas de que disponemos se centran en la satisfacción de los usuarios sobre el uso de los servicios sanitarios en general. El análisis de las respuestas proporcionadas presenta la existencia de varios puntos débiles con respecto a la información proporcionada a los pacientes en determinados momentos y situaciones desde su entrada hasta el alta del servicio, como son el triage y la sala de espera.

En nuestra encuesta se obtuvieron resultados significativos en los ítems que hacen relación al trato (ítems 15-19), con una satisfacción de los usuarios que resultó independiente del motivo de consulta y del manejo clínico propiamente dicho. Estos son resultados similares a los de Vidal et al.⁸, que en su estudio exponen la peculiaridad que tiene la práctica de la medicina de urgencias en cuanto a los factores predictivos de satisfacción del paciente. Resaltan que, en contra de lo que se podría suponer a priori, en los servicios de urgencias el perfil demográfico del paciente adquiriría una importancia menor que en otros ambientes clínicos en lo relativo a la satisfacción^{8,14}. En este aspecto existe discrepancia con las conclusiones de Toma et al.¹⁵, que encontraron una fuerte asociación entre el nivel socioeconómico y la satisfacción, disminuyendo esta cuando lo hace el primero. En nuestro estudio, la mayoría de los pacientes, que tenían un nivel cultural medio, evaluaron la información, la comunicación y el trato como bueno o muy bueno de forma general, con una satisfacción adecuada cuando abandonaron el servicio, por lo que podríamos concluir, en concordancia con Boudreaux et al.¹⁶, que estos 3 aspectos son indicadores fiables para la medida de la opinión y satisfacción del paciente.

La información médica ofrecida a los pacientes y familiares es uno de los factores determinantes de los resultados de la calidad asistencial^{4,17}. Nuestros resultados son deficitarios en lo referente a la información sobre pruebas realizadas y tiempo aproximado de las mismas. Estudios previos han demostrado que este es un punto decisivo que valoran los pacientes¹⁸. Schwartz et al.¹⁹ proponen proporcionar a los usuarios del sistema sanitario toda la información posible, en aras a disminuir las reclamaciones interpuestas a los servicios sanitarios.

Dentro del proceso de información, la correcta identificación de los profesionales a través de una presentación clara y amable ocupa un papel primordial. Hemos encontrado que menos de la mitad de nuestros pacientes recuerdan que el personal sanitario se identificara como tal durante la estancia en el servicio de urgencias. Estos resultados siguen en la línea de los obtenidos por Nuñez et al.⁴, que

encuentran su justificación en la relación tangencial en el tiempo entre el médico de urgencias y el paciente. Sin embargo, estos autores llegaron a la conclusión de que este detalle de la presentación podría ser un indicador de satisfacción del paciente⁴. Dicho resultado no concuerda con lo que nosotros hemos obtenido, con una evaluación global del trato y el respeto como bueno o muy bueno. La importancia del trato y de la información del personal de enfermería ya ha sido resaltada por Boudreaux et al.²⁰ y se corrobora en nuestro trabajo, siendo el único ítem de la encuesta realizada que obtuvo significación estadística en todos los análisis.

Otro factor importante en la percepción del paciente es el tiempo de espera. Se trata de una característica inherente a los servicios de urgencias en los que la demanda es incontrolada y la espera no depende de la hora de llegada, sino del nivel de gravedad asignado en el *triage*. Previamente se ha establecido el umbral de tolerancia en la espera en un máximo de 30 min¹⁹. Este es el motivo por el que los pacientes con menor gravedad y, por consiguiente, con una clasificación más elevada por el Sistema Español de Triage (SET)^{21,22}, suelen ser los que respondieron con valoraciones más negativas.

En la línea de información al paciente, varios estudios señalan la evidencia de que una total conformidad del paciente no siempre se consigue cuando se cumplen las expectativas terapéuticas con las que el usuario acude al servicio de urgencias^{15,23}. En ellos, el sentimiento de «muy satisfecho» se consiguió cuando el sanitario mostró unas habilidades interpersonales adecuadas^{15,23}, cuando recibieron información acerca del tiempo de permanencia en urgencias y cuando recibieron una explicación acerca de su patología¹⁵. También en el trabajo de Kologlu et al.¹⁸ los pacientes más satisfechos fueron aquellos a los que se les había proporcionado información escrita acerca del funcionamiento del servicio de urgencias, tanto del tiempo de espera como de la posible demora en la atención en función de la gravedad de la patología.

Por todo lo anterior se pone de manifiesto la necesidad de un trabajo en equipo en los servicios de urgencias, donde la comunicación y la información es una herramienta primordial. Sus objetivos son comunes a los de los planes de mejora para la reducción de los errores clínicos, la reducción de los tiempos de espera y la seguridad del paciente²⁴.

Algunas limitaciones del presente estudio merecen ser tenidas en cuenta. Primero, son necesarios estudios futuros en los que el número de pacientes encuestados sea mayor, ya que el número de pacientes total y el número que contestó las preguntas acerca del *triage* no permiten obtener resultados significativos. Segundo, debemos trabajar en la mejora de la encuesta que se ha utilizado como herramienta y su posterior validación para poder utilizarla de forma rutinaria en nuestros servicios con la intención de mejorar la percepción de los usuarios. Tercero, son necesarios más estudios que comparen la percepción del paciente a su salida del servicio de urgencias con la misma percepción varios días después mediante la encuesta telefónica. Ello podría ayudarnos a tener en cuenta factores que son importantes para los usuarios de los servicios de urgencias, como es el tiempo de espera hasta ser atendidos, cuyo recuerdo, con el paso del tiempo, podría verse diluido con otros, como el trato, el correcto diagnóstico y el tratamiento.

La utilización de esta encuesta nos permitió detectar inferencias sobre la comunicación con el usuario, así como poner en marcha acciones de mejora.

En conclusión, la percepción del trato recibido por los pacientes es buena, mientras que lo que se refiere a la información y comunicación es ostensiblemente mejorable y podría ser evaluado utilizando la encuesta que proponemos, ya que permite detectar y utilizar los puntos débiles de estos aspectos de la asistencia sanitaria como lanzaderas de las iniciativas de implementación. Debemos trabajar en la mejora de la información a los pacientes durante su estancia en los servicios de urgencias hospitalarias, y debemos contar con herramientas que nos capaciten en la evaluación de la misma. Esta misión debe asumirse de forma multidisciplinar por todo el personal, sanitario o no, que forma parte de nuestros servicios. Si se consigue este objetivo podríamos mejorar la relación con el usuario, disminuir el número de reclamaciones y trabajar en un ambiente más cordial, evitando, en muchas ocasiones, situaciones conflictivas que empeoran la relación médico-paciente y pueden comprometer la seguridad de este último.

Este estudio se plantea como una lanzadera inicial de un proyecto de mejora de la calidad de nuestro servicio a través de una gestión por procesos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- García Millán A. La información al paciente como pieza clave de la calidad asistencial. *Rev Clin Med Fam*. 2009;2:275-9.
- Mira JJ, Aranaz J. Patient satisfaction as an outcome measure in health care. *Med Clin (Barc)*. 2000;114 Suppl 3: 26-33.
- Carbonell Torregrosa MA, Girbés Borrás J, Caldach Broseta JV. Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. *Emergencias*. 2006;18:30-5.
- Nuñez Díaz S, Martín-Martín AF, Rodríguez Palmero I, González Hernández I, Antolín Arias J, Hernández González R, et al. Identification of quality problems in the clinical information to hospital emergency department patients. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2002;202:629-34.
- Wright G, Causey S, Dienemann J, Guiton P, Coleman FS, Nussbaum M. Patient satisfaction with nursing care in an urban and suburban emergency department. *J Nurs Adm*. 2013;43:502-8.
- Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado n.º 274, de 15 Dic 2002.
- Sixma HJ, Kerrens JJ, Campen CV, Peters L. Quality of care from the patients' perspective: From theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expect*. 1998;1:82-95.
- Vidal O, Romero JM, Ginesta C, Badiella L, Valentini M, Espert JJ, et al. Factors associated with patient satisfaction and care of over 65 year olds in emergency departments. *Cir Esp*. 2008;83:260-5.
- SEMES-Insalud. Calidad en los servicios de urgencias. Indicadores de calidad. *Emergencias*. 2001;13:60-5.
- Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Carbonell MA, Pérez Jover V, Blaya I, García A, et al. Causas de satisfacción e insatisfacción en urgencias. *Rev Calid Asist*. 2001;16:390-6.

11. Gonzalez N, Quintana JM, Bilbao A, Escobar A, Aizpuru F, Thompson A, et al. Development and validation of an inpatient satisfaction questionnaire. *Int J Qual Health Care*. 2005;17:465-72.
12. Gonzalez N, Quintana JM, Bilbao A, Esteban C, San Sebastian JA, de la Sierra E, et al. Patient satisfaction in 4 hospitals of the Basque Health Service. *Gac Sanit*. 2008;22:210-7.
13. Hernandez-Garcia I, Gonzalez-Torga A, Villanueva-Ruiz C, Garcia-Shimizu P, Martin-Ruiz AC, Arnau-Santos M. Satisfaction among patients attending outpatient preventive medicine clinic. *Rev Calid Asist*. 2010;25:83-9.
14. Nerney MP, Chin MH, Jin L, Karrison TG, Walter J, Mulliken R, et al. Factors associated with older patients' satisfaction with care in an inner-city emergency department. *Ann Emerg Med*. 2001;38:140-5.
15. Toma G, Triner W, McNutt LA. Patient satisfaction as a function of emergency department previsit expectations. *Ann Emerg Med*. 2009;54:360-7.
16. 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.
17. Musso MW, Perret JN, Sanders T, Daray R, Anderson K, Lancaster M, et al. Patients' comprehension of their emergency department encounter: A pilot study using physician observers. *Ann Emerg Med*. 2015;65:151-5.
18. Kologlu M, Agalar F, Cakmakci M. Emergency department information: does it effect patients' perception and satisfaction about the care given in an emergency department? *Eur J Emerg Med*. 1999;6:245-8.
19. Schwartz LR, Overton DT. La gestión de las quejas y el descontento del enfermo. *Clin Med Urg Nort*. 1992;3:589-603.
20. Boudreaux ED, d'Autremont S, Wood K, Jones GN. Predictors of emergency department patient satisfaction: Stability over 17 months. *Acad Emerg Med*. 2004;11:51-8.
21. Gómez Jimenez 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.
22. Gómez Jiménez J, Boneu F, Becerra O, Albert E, Ferrando JB, Medina M. Validación clínica de la nueva versión del Programa de Ayuda al Triage (web_e-PAT v3) del Modelo Andorrano de Triage (MAT) y Sistema Español de Triage (SET). Fiabilidad, utilidad y validez en la población pediátrica y adulta. *Emergencias*. 2006;18:207-14.
23. Taylor C, Bengner JR. Patient satisfaction in emergency medicine. *Emerg Med J*. 2004;21:528-32.
24. Kilner E, Sheppard LA. The role of teamwork and communication in the emergency department: A systematic review. *Int Emerg Nurs*. 2010;18:127-37.