

María Clara Bayona Bou, Sergi Calvo Mateu

**DETECCIÓN DE LAS NECESIDADES DEL PACIENTE
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: PLAN DE MEJORA**

TRABAJO DE FINAL DE GRADO

Dirigido por: Dra. Olivia Hernández Villén

Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultad de Enfermería

TARRAGONA 2022

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN:	6
2. OBJETIVOS:	7
3. MARCO TEÓRICO:	8
4. METODOLOGÍA	24
5. RESULTADOS:	31
6. DISCUSIÓN	47
7. PLAN DE MEJORA:	48
8. CONCLUSIONES:	50
9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	53
10. ASPECTOS ÉTICOS	54
11. ANEXOS	55
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	66

ÍNDICE DE ABREVIATURAS:

AMA: American Medical Association

CAP: Centro de Atención Primaria

DE: Desviación estándar

EPI: Equipo de Protección Individual

HCV: Hospital Clínico de Valencia

HJ23: Hospital Joan XXIII

ICS: Institut Català de la Salut

MAT: Modelo Andorrano de Triage

MTS: Sistema triaje de Manchester

OMS: Organización Mundial de la Salud

SCMU: Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias

SEEUE: Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias

SEM: Servicio Emergencias Médicas

SET: Sistema Español de Triage

SUH: Servicio de Urgencias Hospitalarias

TCAE: Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

UUH: Unidad Urgencias Hospitalarias

RESUMEN

Detección de las necesidades del paciente en el servicio de urgencias y el consiguiente plan de mejora.

Relevancia del estudio. Realizar un plan de mejora para el servicio de urgencias para incrementar el confort y la satisfacción del paciente.

Objetivos. Detectar las necesidades que se dan en los pacientes del Servicio de Urgencias y elaborar un plan de mejora con relación a los conceptos de satisfacción y confort.

Metodología. Las respuestas se han obtenido a través de encuestas y formularios a pacientes y profesionales de los servicios de Urgencias del Hospital Joan XXIII de Tarragona y del Hospital Clínico de Valencia.

Variables estudiadas de los pacientes: nivel de satisfacción en el servicio de urgencias, características de los pacientes (edad y sexo), ítems recogidos en las encuestas: acompañamiento, intimidad y confidencialidad, información, trato y atención,

Resultados. Respondieron 51 pacientes con una edad media de 57,3 años y 56 profesionales, la mayoría de enfermería, con una media de años trabajados de 10,66 años. La media de satisfacción global de los pacientes del Hospital Clínico de Valencia fue de 3,75 sobre 5, siendo más baja que la aportada por los usuarios que acudieron al servicio de urgencias del Hospital Joan XXIII, que puntuaron el grado de satisfacción global con una media de 4,21 (sobre 5).

Respecto a la encuesta de los pacientes los ítems peor valorados en la escala de satisfacción fueron el acompañamiento y la información, ambos influyen en el confort del paciente.

Los sanitarios coinciden que el factor interno que en muchas ocasiones dificulta su labor, es la saturación del servicio por el incremento de la demanda de los pacientes en el servicio de Urgencias.

Conclusiones. Mejorar y ampliar la educación sanitaria de la población, realizar un plan de gestión y administración del servicio, ofrecer una información clara y concisa tanto a pacientes como a familiares durante la estancia en el servicio, y valorar y/o priorizar el acompañamiento del paciente. Son algunas de las medidas propuestas en el plan de mejora del servicio de urgencias para mejorar la satisfacción y el confort del usuario.

Palabras clave. servicio de urgencias, necesidades, satisfacción, saturación, confort, plan de mejora.

ABSTRACT:

Detection of patients' needs in the emergency department and the resulting improvement plan.

Relevance of the study. Carry out an improvement plan for the emergency department to increase comfort and satisfaction of patients.

Objectives. Identify needs of patients in the emergency department and develop an improvement plan regarding concepts of satisfaction and comfort.

Methodology. Answers have been obtained through surveys and forms given to patients and professionals of the emergency services of the Hospital Joan XXIII of Tarragona and the Hospital Clínico of Valencia.

Variables studied in patients are: level of satisfaction in the emergency department, characteristics of patients (age and genre), items collected in the surveys: accompaniment, privacy and confidentiality, information, treatment and care.

Results. 51 patients with a mean age of 57.3 years and 56 professionals responded. The average years of service is 10.66 years. The mean overall satisfaction of the patients of the Clinical Hospital of Valencia was 3.75 out of 5, being lower than that provided by the users who went to the emergency department of the Hospital Joan XXIII, which scored the overall degree of satisfaction with an average of 4.21 (out of 5).

Regarding patient survey, worst rated items on the satisfaction scale were accompaniment and information, both influenced patients' comfort.

Healthcare professionals agree that the internal factor hindering their work is saturation of the service due to the increase in demand of patients in the Emergency Department.

Conclusions. Improving and expanding health education of population, carrying out a management plan and administration of the service, providing clear and concise information to both patients and family members during their stay in the service, and assessing and/or prioritizing patient accompaniment. These are some of the measures proposed in the emergency service improvement plan to improve user satisfaction and comfort.

Keywords. emergency service, needs, satisfaction, saturation, comfort, improvement plan.

1. INTRODUCCIÓN:

Durante los últimos años se ha evidenciado un aumento de la demanda de urgencias hospitalarias en el sistema sanitario español.

Desde el inicio de la pandemia de Sars-Cov-2, la situación ha empeorado y es por ello que se han realizado cambios en la política sanitaria, desde el nivel de gestión hasta el nivel asistencial. Debido a estos cambios junto al aumento de la demanda de urgencias y a nuestra experiencia en las prácticas en el servicio de Urgencias del Hospital Clínico de Valencia, hemos detectado necesidades en cuanto a la atención en el servicio de urgencias a los pacientes.

En referencia a nuestras prácticas, las necesidades detectadas en cuanto a la atención a los pacientes que se dan con relativa frecuencia son: desconocimiento de los problemas de salud básicos por parte del paciente, falta de personal y recursos avanzados, saturación o “burnout” del personal, estructura arquitectónica y/o distribución insuficiente para la población asumida, etc.

La identificación de estos problemas y el estudio de las necesidades que se dan con una mayor frecuencia permitirá conocer un nuevo enfoque en este ámbito y a su vez, elaborar un plan de mejora del servicio.

Por lo tanto, el objetivo general del trabajo es establecer un plan de actuación que incluya acciones de mejora, con un catálogo de medidas concretas, que se puedan evaluar y que optimicen el funcionamiento y/o organización de los servicios de urgencias del hospital.

2. OBJETIVOS:

GENERALES

- Detectar las necesidades que se dan en los pacientes del Servicio de Urgencias
- Elaborar un plan de mejora para este servicio teniendo en cuenta las necesidades detectadas anteriormente

ESPECÍFICOS:

- Describir la organización y los sistemas de triaje del servicio de Urgencias.
- Realizar una comparativa entre los dos hospitales donde se han llevado a cabo las encuestas, pertenecientes a dos comunidades autónomas distintas.
- Identificar debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades (metodología DAFO) del servicio de Urgencias según los profesionales.
- Analizar qué factores son los contribuyentes de los problemas que se detectan en el servicio de Urgencias.
- Valorar el confort y la satisfacción de los pacientes en el servicio de Urgencias.

3. MARCO TEÓRICO:

3.1 CONCEPTOS BÁSICOS:

La American Medical Association (AMA), define el término urgencia como una situación que requiere atención inmediata tras la aparición repentina de una afección médica que se manifiesta con síntomas. En ella, se incluye tanto la urgencia real, que requiere sin matices una atención médica inmediata, como una urgencia generada por la ansiedad, miedo o preocupación ante una situación que, según la percepción del propio paciente, familia o responsables legales, requiere la necesidad de una atención médica. ¹

La Unidad de Urgencias Hospitalarias (UUH), o servicio de urgencias es la puerta de entrada a pacientes que necesitan una atención urgente dentro de los servicios de salud.² Esta unidad, también conocida como Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) “ubicada en un área específica del hospital, consta de un equipo multidisciplinar y cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garantizan condiciones de seguridad, calidad y eficiencia para atender a las urgencias y emergencias”.² (*Ministerio de Sanidad y Política Social, p.9*)

Esto convierte a estas unidades en el único nivel asistencial que garantiza una atención de máxima continuidad, sin limitaciones ni barreras para el acceso.³

Para llevar a cabo un buen abordaje, es necesario saber qué es una urgencia, cómo es el proceso que se realiza ante esta y conocer el resto de los conceptos claves en este ámbito.

3.1. FUNCIONAMIENTO URGENCIAS

El funcionamiento de los servicios de urgencias viene determinado por la demanda de la atención, la propia estructura organizativa de la institución, los recursos existentes y la conexión del servicio con los otros niveles asistenciales. ⁴

Cada hospital con servicio de urgencias presenta diferentes características, contando cada uno de ellos con su propia idiosincrasia.

En todo caso, desde un punto de vista global, existen una serie de características y elementos comunes a todas las UUH, que la convierten en una unidad con una atención compleja y única.

En cuanto a la organización, se requiere una estructura y una disponibilidad de esta de forma continua, proyectada hacia el lugar de la demanda de atención (cadena asistencial).

Imposibilidad de planificación previa a la actividad, dado que, el paciente acude cuando considera que es necesario, y cuando presenta un problema de aparición súbita, generalmente inesperado. Lo cual está relacionado con la elevada presión asistencial, al ser la puerta de entrada al sistema sanitario.

3.1.1. ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS:

En primer lugar, a la entrada del servicio de urgencias encontramos la unidad de admisión, encargada de la gestión de los ingresos urgentes, los partes judiciales, entre otras funciones. Por su ubicación, es el primer punto de información y atención al paciente.⁵

La gestión de los ingresos urgentes se basa en realizar el registro de todos los pacientes que acuden al hospital por la puerta de entrada.

El registro se efectuará de una forma u otra dependiendo de la procedencia del paciente a su llegada, que puede ser por su propio pie o a través del Servicio de Emergencias Médicas (SEM), siendo efectuado el registro en este último caso por el SEM, que será el encargado de comunicar la información de registro a la unidad de admisión previamente a la llegada al hospital.

El registro es realizado por el personal administrativo de la unidad de admisión. El paciente deberá aportar la cartilla de la seguridad social o tarjeta sanitaria y DNI. El registro consta de los siguientes datos del paciente: nombre y apellidos, número de tarjeta sanitaria y el motivo de entrada.

Esta información se registrará en el sistema informático de urgencias, donde tienen acceso tanto el equipo médico como el personal de enfermería. Una vez realizado el registro, el paciente pasará a triaje.

El sistema de triaje, se define como un proceso de valoración clínica primario, cuyo objetivo es establecer un orden según la prioridad y/o gravedad de la urgencia para posteriormente poder realizar la valoración completa y el estudio diagnóstico del paciente. Tiene como finalidad mantener una organización de atención estructurada según este orden establecido y es realizado por el personal de enfermería.

Según la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE), a través del establecimiento de criterios homogéneos, coherentes y basados en la evidencia sobre las intervenciones de enfermería y la necesidad de atención, estaríamos garantizando una mayor seguridad de esta, y una mejora en la calidad y la eficacia de los servicios de urgencias, con una respuesta adecuada a las necesidades de cada usuario.

“La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) reconoce como intervención de enfermería el triaje NIC [6364], con el objetivo de preservar la seguridad del paciente NOC [3010] con el fin de detectar el riesgo NOC [1908], y optimizar así su calidad de vida NOC [2000] mediante la vigilancia del riesgo NANDA [0035].” (Cañizares Sánchez, Rubén, 2018, p.2) ⁶

La estructuración del triaje conlleva mecanismos de control continuo del paciente dentro del servicio de urgencias y en las áreas de espera. Las funciones inherentes al proceso de clasificación son la ubicación de los pacientes clasificados, el control de tiempos de espera, el control de salas y espacios; así como, indirectamente, la gestión de la actividad de los diferentes equipos asistenciales. El triaje se convierte así en un instrumento valioso de ayuda a la gestión de la asistencia del servicio de urgencias, colaborando en la eficiencia del servicio. ⁷

En España, los sistemas de triaje con mayor implantación son el SET (Sistema Español de Triaje) y el MTS (Triaje de Manchester). Contando con nueve comunidades autónomas que emplean el SET, cuatro el MTS y únicamente dos emplean ambos.

De forma análoga, ambos incorporan elementos de monitorización de la calidad del propio servicio de urgencias y cuentan con proyección para poder ser aplicados en el ámbito extrahospitalario.

En el año 2000 en Andorra se desarrolló un sistema de triaje basado en cinco niveles de priorización, el Modelo Andorrano de Triaje (MAT), que fue declarado tres años más tarde como el modelo estándar de triaje en España por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencia (SEMES) y aceptado en 2002 como estándar catalán de triaje por la Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias (SCMU).

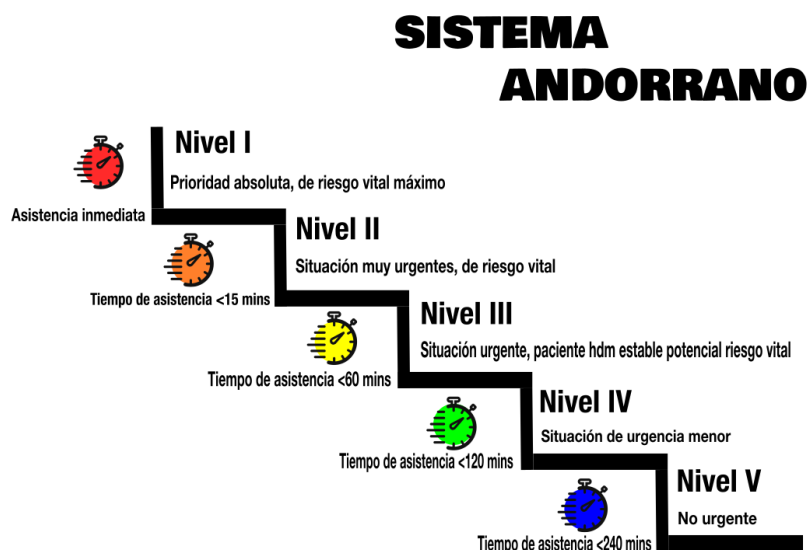
Todos los sistemas de triaje se estructuran en escalas que describen estos 5 niveles de priorización, pero se diferencian en ciertos matices.

Por ello, el Modelo Andorrano de Triage (MAT) utilizado en el hospital Joan XXIII de Tarragona. Se estructura de la siguiente manera.

En primer lugar, el nivel I, definido como prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora. En el nivel II se incluyen las situaciones muy urgentes, de riesgo vital, cuya demora de asistencia médica es de hasta 15 minutos.

El nivel III, se trata de una situación urgente, pero en la que el paciente está hemodinámicamente estable, con potencial riesgo vital. La demora máxima es de 60 minutos. El nivel IV, consta de situaciones de urgencia menor. y la demora máxima es de 120 minutos.

Por último, el nivel V de clasificación no urgente cuya demora puede llegar a alcanzar los 240 minutos.⁷



Infografía 1. Esquema Sistema andorrano. Fuente: elaboración propia.

Por consiguiente, el sistema de Manchester (MTS) utilizado en el Hospital Clínico de Valencia. El cuál aplica los mismos niveles de urgencia y categorización, pero en vez de ordenarlos por números, se clasifican por colores.

Las categorías son las siguientes: color rojo que representa prioridad absoluta.

Color naranja el cual define una situación de emergencia, por lo tanto, el tiempo de atención no debe superar los 10 minutos.

Color amarillo, empleado para una situación urgente, en la cual el paciente está hemodinámicamente estable pero no por mucho tiempo y la atención debe de ser de un tiempo inferior a 60 minutos.

Color verde, donde el problema de salud es menos urgente, sin riesgo vital del paciente y la espera de tiempo puede alcanzar los 120 minutos.

Y por último el color azul, que se trata de una situación no urgente sin riesgo vital. En la cual el tiempo de espera puede demorar hasta los 240 minutos hasta ser atendido.¹⁰



Infografía 2. Esquema sistema de Manchester. Fuente: elaboración propia

En 2003, el Sistema de Triage Español (SET) fue asumido por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, como el modelo estándar de triaje en castellano para todo el territorio español. El SET reconoce 32 categorías sintomáticas y 14 subcategorías que agrupan 578 motivos clínicos de consulta, todos vinculados a las diferentes categorías y subcategorías sintomáticas. Para poder clasificar las siguientes categorías, encontramos los discriminantes factores que permiten diferenciar el grado de urgencia entre niveles de triaje. Las constantes, el dolor y signos vitales anormales entre otros.

Dividido en 5 niveles de triaje con colores representativos por cada nivel de urgencia, con diferente organización que el sistema de Manchester.

En primer lugar, el color azul corresponde al nivel prioritario donde puede ser necesaria la reanimación el tiempo de atención es inmediato. Para un nivel de emergencia donde el tiempo de atención es de 7 minutos se identifica con el color rojo.

Si está categorizado como urgente, donde el tiempo de atención es de alrededor de 15 minutos corresponde al color naranja.

Para la categoría menos urgente y con un tiempo de atención alrededor de los 30 minutos el color correspondiente es el verde y por último el color negro que corresponde a la categoría no urgente y el tiempo de atención es alrededor de 40 minutos.⁹

Para poder realizar el sistema de triaje se exige cierto grado de formación, experiencia y especialización en este ámbito para ser capaces de afrontar situaciones agudas y continuamente cambiantes, sin perder de vista el cuidado, que es la esencia de la enfermería.⁸

Una vez realizado el triaje, el paciente esperará en la sala de espera a ser llamado por el equipo médico al box correspondiente donde se le realizará la consulta y valoración médica.

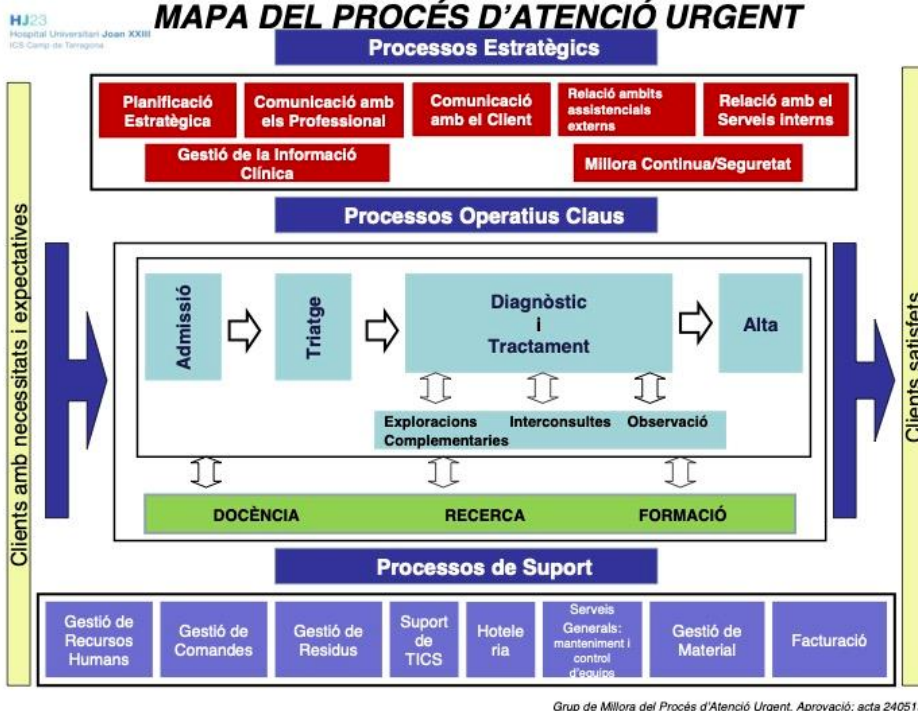
Según el motivo de consulta, y la decisión del facultativo se le realizarán los procedimientos diagnósticos correspondientes, la prescripción y/o administración del tratamiento adecuado, entre otras resoluciones de su consulta.

Una vez finalizada la consulta tras la asistencia médica correspondiente, el paciente puede necesitar una intervención quirúrgica por lo que sería derivado a quirófano, puede precisar de ingreso a otra planta o por último puede ser dado de alta a domicilio.

En caso de que tanto el quirófano como el ingreso en otra planta no estén disponibles, los pacientes esperarán encamados en las áreas de observación de dicho servicio. Este área no debe utilizarse cuando se ha ordenado el ingreso del paciente, como subestación previa al mismo, solo si no existe disponibilidad.

Además, el paciente en todo momento y sí así lo desea, tiene la opción de abandonar el servicio y por tanto el hospital, mediante la solicitud y firma de la alta voluntaria, siempre que esté en plenas facultades.

La secuencia de pasos descritos anteriormente es semejante en los servicios de urgencias de diferentes hospitales y se plasma gráficamente en un mapa del proceso de la atención urgente. No obstante, cada hospital tiene su propio mapa.



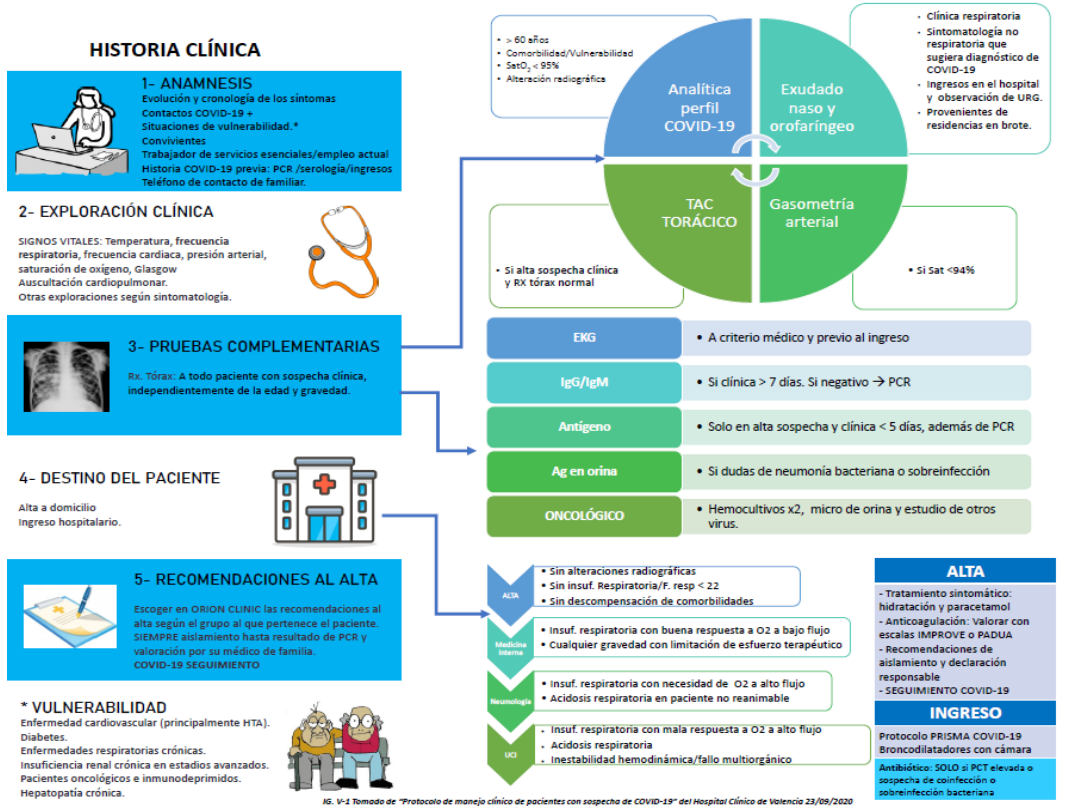
Infografia 3. Mapa del proceso de la atención urgente del HJ23. Fuente: Intranet Hospital Joan XXIII

3.1.2. ENTORNO Y ATENCIÓN COVID

Es de vital importancia destacar que el virus SARS-CoV-2 ha provocado cambios en el funcionamiento y la organización de las UUH, que ha diferido en ciertos aspectos en comparación con los procedimientos anteriores. A día de hoy, en las urgencias hospitalarias se rigen unas normas de obligado cumplimiento, como el uso de mascarillas, la distancia de seguridad interpersonal, el lavado de manos, el uso de equipos de protección individual (EPI) por parte de los profesionales, las restricciones de visitar por parte de familiares y/o acompañantes, entre otras medidas recogidas en el documento “Manejo de Urgencias del COVID-19” del Ministerio de sanidad.

Desde el momento de registro se identificarán pacientes con sintomatología compatible con el virus, y serán conducidos por un circuito de aislamiento, tras haberse realizado una PCR, aunque esto también depende de los protocolos de cada hospital.¹¹

Manejo del paciente con sospecha de COVID-19 en urgencias



Infografía 4. Manejo del paciente con sospecha de COVID-19 en urgencias HCV. Fuente: Intranet HCV

3.1.3. RECURSOS HUMANOS:

En relación con los recursos humanos, el personal que forma parte de una UUH se constituye de enfermeros/as, médicos/as, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), celadores, auxiliares administrativos y el equipo de limpieza contando cada uno de estos con competencias específicas.²

Los profesionales son las figuras que representan la personificación de los valores del sistema, y su finalidad es proteger y mejorar la salud de la comunidad, gracias a sus conocimientos y acciones.

Por todo ello, será de vital importancia que las instituciones sanitarias estén integradas por profesionales altamente capacitados, motivados y apoyados, asegurando un entorno óptimo, esencial para lograr las metas de la sanidad nacional y garantizar la calidad de los resultados de los pacientes, el resultado en la sociedad y un rendimiento organizativo.¹²

3.2. INCREMENTO DE LA DEMANDA

Desde hace unos años en España el aumento de la demanda de los servicios de urgencias viene siendo uniforme. Los últimos indicadores hospitalarios publicados por el Ministerio de Sanidad, exponen que en el año 2010 en nuestro país se atendieron un total de 25.913.432 urgencias en los hospitales públicos, con un promedio de 562 visitas por cada 1.000 habitantes, mientras que durante el año 2018, el número de visitas aumentó hasta alcanzar las 30.372.076 visitas urgentes, lo que equivaldría a 650 por cada 1.000 habitantes durante este año ^{13,14}, lo que nos permitiría cuantificar la magnitud de este problema.

En cuanto a los datos aportados por el Sistema Nacional de Salud, existe una importante heterogeneidad entre las comunidades autónomas, que oscilan entre las 432,9 urgencias/1.000 habitantes en la Comunidad de Navarra y las 773,1 urgencias/1.000 habitantes de las Islas Baleares en el año 2017, debido a que las competencias en materia de sanidad están transferidas a cada región. ¹⁴

El aumento de la demanda también va ligado a un incremento en el consumo de recursos, y a una gran trascendencia social ³ lo cual supone un reto en cuanto a la gestión y organización tanto de las UHH como de los hospitales en términos generales.

Este acrecentamiento se ha visto incrementado notablemente tras la declaración de la actual pandemia por SARS-CoV-2 en marzo de 2020, dónde se calcula que el 5% de la población española fue infectada, llegando a dificultar la capacidad de muchos hospitales de cubrir las necesidades de atención sanitaria de la población.¹⁶

Quizás, de una forma asertiva podríamos afirmar que el gran número de contagios y la transmisión del virus, fue mucho antes de lo esperado y anunciado por las autoridades, y que probablemente no se tuvo en cuenta el factor globalización como un agente clave en la expansión de algunos problemas de salud en el siglo XXI.

De esta forma, los servicios de urgencias han sido uno de los pilares fundamentales, junto a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), en el abordaje y la lucha en primera línea frente al virus. ¹⁷

3.3. SATURACIÓN DEL SERVICIO:

Cuando existe una asincronía, de carácter temporal, entre la demanda y los recursos disponibles, tanto humanos como materiales u organizativos, se ve afectado el flujo de pacientes, dificultando así la capacidad y la calidad asistencial de la atención en las unidades de urgencias ¹⁸, a la vez que produce esperas no deseables en cuanto a esta.

Este fenómeno es conocido bajo el concepto de saturación del servicio.

El concepto de saturación es discutible, ya que clásicamente se ha relacionado como un factor atribuible únicamente a los servicios de urgencias de los hospitales, sin embargo, la evidencia ha demostrado que se trata de una manifestación a nivel local, que realmente es una problemática sistemática del hospital en su globalidad. ¹⁹

Actualmente, la saturación de los servicios de urgencias hospitalarias (SUH) es un fenómeno universal entre los países desarrollados, como España, Reino Unido, Estados Unidos, Japón, Suiza o Australia ³, que supone una afectación en cuanto a la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes. ²⁰

Multitud de investigadores coinciden en la definición exacta de la saturación en urgencias, así como en la definición de sus causas, características, efectos y soluciones. ¹⁹

Algunos autores tradicionalmente han desglosado las causas, así como las soluciones, de la saturación en factores de entrada o demanda, factores de flujo interno o proceso y factores de salida, en inglés *input*, *throughput* y *output*, respectivamente. De esta forma se facilita el desarrollo de estrategias para el rediseño de procesos u organización. ¹⁹

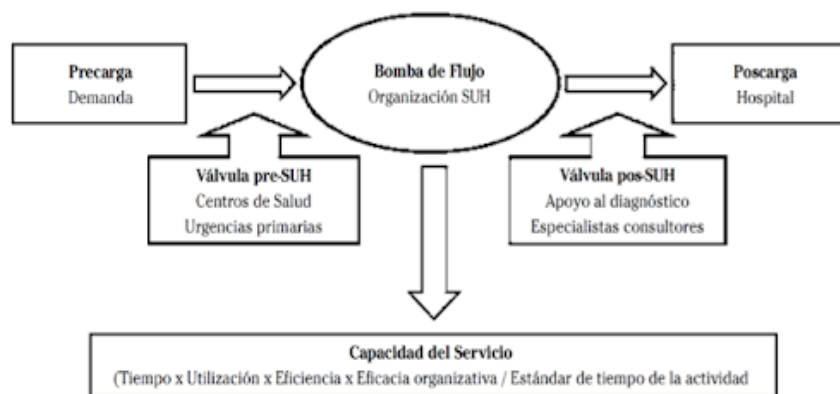
Recientemente, la Revista Española de Salud Pública publicaba un artículo en el que se exponen los principales motivos del creciente aumento de la demanda de los servicios de urgencias en los hospitales públicos de la nación. Este incremento de la demanda es de causa multifactorial. ¹⁵ Destaca un factor clave, que sería la evolución de los perfiles clínicos, con un aumento del paciente mayor de 75, pluripatológico descompensado, provocado por el paulatino envejecimiento de la población, el avance de la ciencia médica y de la calidad de vida, sobre todo de los últimos 50 años, con el consiguiente aumento de la esperanza de vida. Otros factores que se incluyen es el incremento de la cronicidad de muchos procesos fatales y la aparición de una mayor dependencia social y sanitaria por parte de los usuarios. ³

La organización sanitaria se ha visto condicionada por reformas en los últimos años con una ampliación de su cobertura, con una evidente brecha entre el desarrollo de la Atención Hospitalaria y Primaria y con la carencia de la especialidad de Medicina de Urgencias todavía a día de hoy en España.³

Algunos autores también confirman la existencia o percepción de cierta desconfianza a otras alternativas de asistencia, como la Atención Primaria, a la vez que existe una gran expectativa acerca de la atención hospitalaria, lo que provoca que en múltiples ocasiones decidan acudir a centros hospitalarios los usuarios que podrían ser atendidos en centros de primer nivel asistencial.²¹

La globalización ha provocado cambios en cuanto a los valores culturales de nuestra sociedad, inmersa en un mundo donde el acceso a la información es instantáneo y sin barreras, donde se teme increíblemente a la inseguridad y donde existe un crecimiento de la percepción de la necesidad de atención.³

Herrera Carranza et al., proponen un interesante modelo teórico del funcionamiento de las UUH, semejante a la fisiología del gasto cardíaco, que es elástico y dinámico, para facilitar el entendimiento del funcionamiento, junto a las causas de la saturación.¹⁸



Infografía 5. Modelo fisiológico de urgencias, según Herrera Carranza y cols. Fuente: Scielo

En el modelo propuesto, se diferencian 5 partes. La primera de ellas es la demanda, que depende de múltiples factores, entre ellos la hiperfrecuentación, la tipología de pacientes, los motivos de consulta o la epidemiología, entre otros.

En segundo lugar, propone una válvula pre-UUH, que son dispositivos que modulan la demanda, como algunos circuitos asistenciales (código IAM, PPT, sepsis...), derivaciones, Centros de Atención Primaria (CAP) o equipos de emergencias extrahospitalarios. A continuación, distingue la bomba de flujo, que es el núcleo del sistema, formado por un plan de funcionamiento (estructura, procesos y recursos).

La válvula post hace referencia a las unidades de apoyo al diagnóstico y especialistas, y por último, la post-carga se relaciona con la disponibilidad de camas asistenciales en las plantas hospitalarias.

Una extensa literatura asocia la presencia de la saturación en estas unidades con efectos negativos en la atención, como un descenso de la calidad, el empeoramiento de la seguridad del paciente, una mayor frecuencia de efectos adversos y abandonos del servicio sin ser atendidos, un aumento del tiempo de espera medio, un incremento de los costes y de las demandas y/o reclamaciones por parte de los usuarios e incluso insatisfacción o Síndrome de Burnout por parte del profesional.¹⁹

Otro efecto negativo producido a causa de la saturación es el retraso en la hospitalización de un paciente ha sido descrito como un factor que incrementa los efectos adversos; la mortalidad a corto plazo (independientemente de la edad, el diagnóstico y la urgencia) los costes relacionados y la media de estancia en el hospital, además de suponer un factor que retrasa el ingreso de nuevos pacientes.²¹

La saturación implica también que muchas veces debido a la alta demanda asistencial haya un menor tiempo de atención en cada paciente, lo que supone una dificultad para los profesionales a la hora de establecer un conocimiento profundo del paciente y su entorno.

3.4. BURNOUT DEL PERSONAL

En el ámbito laboral, las consecuencias del síndrome de burnout son negativas tanto para el propio profesional como para la institución, ya que este afecta a la calidad de vida del sanitario, y en consecuencia, a su salud física y mental.

Trasladando este hecho a la institución sanitaria, laboralmente supondrá un aumento del cansancio tanto físico como emocional, la aparición de ansiedad o su incremento.

El deterioro de las relaciones laborales, con la sucesiva disminución de la eficacia y eficiencia en el servicio, el incremento del absentismo laboral y el empeoramiento en la calidad asistencial.¹²

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000), recomendó la realización de una buena gestión de los sistemas de salud, dónde se tenga en cuenta aspectos como la satisfacción en el trabajo, el desarrollo de la carrera profesional y unas óptimas condiciones laborales, ya que, si no se tienen en cuenta estos aspectos, pueden producirse daños en el sistema sanitario con relativa facilidad.

Estudios previos han reportado que “una buena percepción del clima organizacional, particularmente una buena relación entre compañeros de trabajo y un adecuado liderazgo, se asocia con una salud mental positiva” (Bronkhorst et al., 2015; Ylipaavalniemi et al., 2005). Por el contrario, una pobre percepción del clima organizacional, particularmente un pobre liderazgo en el ámbito de urgencias, se asocia con más problemas emocionales, mayor cantidad de problemas entre compañeros y baja satisfacción del personal (Raup, 2008).²²

Son las áreas de los servicios de Urgencias y Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), donde se detectan mayor incidencia del Burnout, éste, constituye una agresión continuada a la salud de los profesionales sanitarios que afecta a todos los profesionales, especialmente en servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios (Bustinza et. al, 2000)

En estas áreas se viven situaciones límites muy a menudo, con un estado de vigilancia, emergencia e inestabilidad permanente, que muchas veces requiere una rápida y efectiva actuación por parte de los sanitarios, que sufren una sobrecarga laboral o incluso problemas de organización, tiempo o espacio.⁴

De forma general, muchos sanitarios rechazan la oferta de desempeñar su labor en un servicio de urgencias, debido a que existe un continuo flujo de pacientes, una elevada carga asistencial, y un equipo de trabajo inestable, que exige grandes dotes resolutivas.²³

El espacio físico de estos servicios en algunas ocasiones no se ajusta con la demanda existente para atender todas las urgencias. Esto se traduce a infraestructuras u organización estructural inadecuadas, contando con el número de boxes, salas de observación o consultas insuficientes, lo cual provoca un enlentecimiento de la atención, generando colas y produciendo dicha saturación.

A su vez, esta falta de espacio física también ocasiona que algunos pacientes deban permanecer en lugares no habilitados para su estancia, como algunos pasillos o áreas, vulnerando así la intimidad y la confidencialidad de estos.²³

Las recientes mejoras tecnológicas y los avances producidos en el ámbito de la Sanidad, exigen la formación continua de los profesionales y a su vez, ha provocado una evolución también en la práctica asistencial, que implica el riesgo de que la calidad asistencial se vea afectada por una asistencia más técnica y menos centrada en los aspectos psicosociales del paciente.

3.5. SATISFACCIÓN

Etimológicamente, la satisfacción proviene del latín “satisfactio”, que es la acción de satisfacer o satisfacerse. La noción en el ámbito de urgencias está relacionada con la acción de satisfacer unas necesidades, tanto de los pacientes como de sus familiares.²⁴

Es un concepto multidimensional, compuesto por factores como la facilidad en el acceso a la atención, la percepción del trato y la atención recibida, la infraestructura y la organización, implicando tanto a profesionales como a los usuarios del sistema de salud, repercutiendo indirectamente en la calidad asistencial.²⁵

La saturación de los servicios de urgencias es quizás, la amenaza más importante para una buena satisfacción, que está directamente relacionada con la calidad y seguridad de la asistencia.

Del mismo modo, la satisfacción laboral se considera que es “el grado de conformidad de la persona respecto a su entorno de trabajo” (Pérez Porto, 2011). Esta incluye la remuneración, las relaciones, el tipo de trabajo o la seguridad, y se ha relacionado una mayor satisfacción laboral con un aumento del compromiso por parte del profesional y un incremento de la motivación.²⁴

Generalmente, la hospitalización de un paciente supone una situación complicada tanto para él como para su entorno. Esto implica cambio de roles, desplazamientos, desconocimiento, miedo y/o incertidumbre. Algunos autores argumentan que los familiares experimentan un proceso de adaptación con diferentes fases.

“El paciente en la primera fase describe confusión, incertidumbre y ansiedad, en la segunda búsqueda de información, y en la tercera y cuarta la observación del entorno y de recursos” (Fernández Caballero, Miguel Ángel, p.2)²⁵

3.6. CONFORT:

Relacionado con la satisfacción, pero teniendo matices diferentes en su definición, del francés “Confort”, dicese del bienestar o comodidad material.²⁶

Otra acepción encontrada en la teoría en la cual se basa nuestro proyecto es la Teoría del Confort de Katharine Arnold Kolcaba (1994). Esta, define el término confort como “la experiencia inmediata e integral de fortalecerse cuando se abordan las necesidades de la persona”, remarcando que el objetivo a conseguir será la comodidad de la persona.

La hospitalización de un paciente supondrá muchos procesos en la unidad familiar, como el cambio de roles, la adopción de un rol pasivo o la interrupción de la función familiar, que tendrán un impacto en el bienestar propio de la persona o su familia. Impacto que trataremos de aliviar, satisfaciendo los tres tipos de estrés en los cuatro contextos de la experiencia, con una atención eficaz, basada en favorecer el bienestar y la tranquilidad, proporcionando comodidad y educación a la familia para proporcionar el confort e involucrándose como miembro activo del cuidado.

En resumen, satisfaciendo las necesidades que pueda llegar a tener tanto el paciente como su entorno.

Kolcaba a través de la definición de los cuatro paradigmas que se incluyen en la teoría, describe el papel de la enfermera en el camino hacia lograr el confort, que engloba valorar las necesidades del paciente, diseñar un plan de intervenciones para satisfacer estas necesidades y revalorar de nuevo los niveles de comodidad, modificando factores que procuren el bienestar físico, psicológico, ambiental y espiritual.

La comodidad para el cuidado de la salud es definida como el estado inmediato de ser fortalecido por tener las necesidades de alivio, tranquilidad y trascendencia abordadas en los cuatro contextos de la experiencia humana holística.

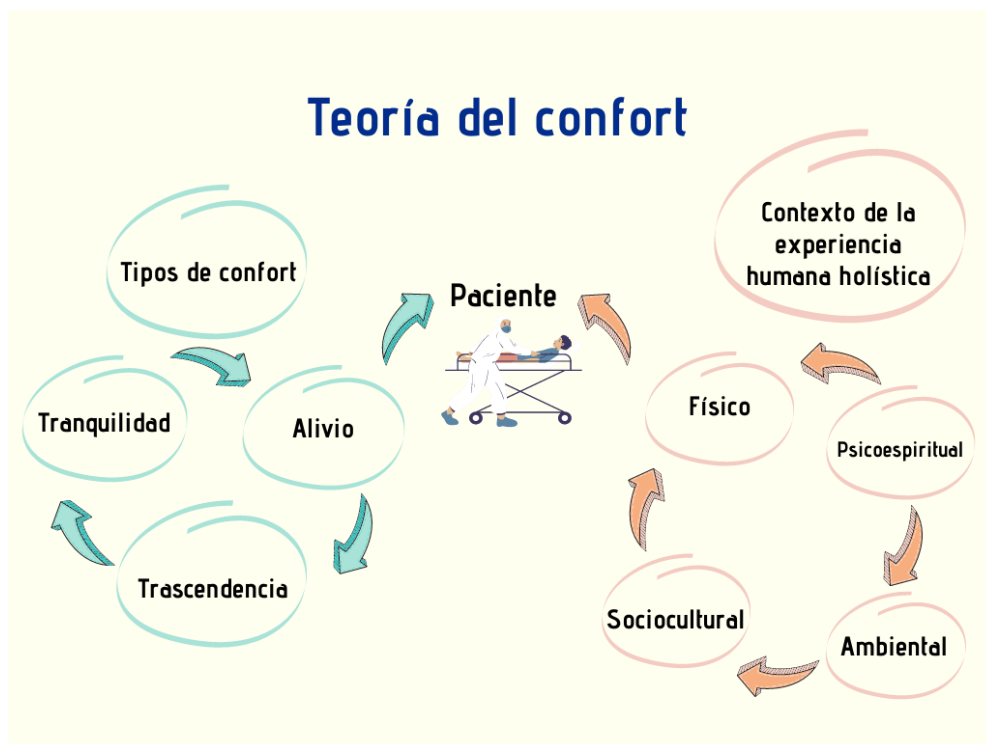
La necesidad de alivio refiriéndose al estado de la persona cuando quedan satisfechas las necesidades de la persona.

La tranquilidad como estado de total calma y satisfacción completa de la persona. Y la trascendencia donde el estado de la persona se eleva por encima del dolor o el problema de salud en concreto.

Abordadas en el contexto físico engloba las sensaciones corporales y mecanismos de homeostasis del cuerpo. El contexto psicoespiritual, la consciencia de uno mismo, autoestima, autoconcepto, sexualidad, sentido de la vida, etc.

El contexto sociocultural, las relaciones interpersonales, la concepción de la sociedad y su papel en ella, entre otros. Y por último el ambiental, donde alberga todo lo relacionado con su entorno, la luz, la temperatura, el ruido, las instalaciones...

En la práctica asistencial se cumple la teoría si el paciente durante la estancia hospitalaria, recibe una atención eficaz, gracias a la satisfacción de los tres tipos de confort en los cuatro contextos de la experiencia.²⁷



Infografía 6. Esquema teoría del confort según Kolcaba. Fuente: Elaboración propia

4. METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO:

Se ha optado por el diseño de un estudio mixto, transversal de carácter descriptivo, cuya finalidad es detectar las necesidades que se dan en los Servicios de Urgencias de los hospitales y que tienen a ver con la satisfacción de los pacientes, mediante la realización de encuestas y formularios, junto a una búsqueda bibliográfica para la posterior elaboración de un plan o estrategia de mejora con el objetivo de satisfacer las necesidades percibidas.

4.2. ENTORNO

Este estudio se ha realizado en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico de la ciudad de Valencia y en el Servicio de Urgencias del Hospital Joan XXIII de Tarragona.

El Hospital Clínico de Valencia fue fundado en 1894. La población asignada a dicho hospital es de 321.793 habitantes y cuenta con alrededor de 582 camas, según fuentes del Ministerio de Sanidad. Este hospital es de carácter público, y pertenece a la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana.

El Servicio de Urgencias de este hospital se divide en Urgencias de Pediatría, Urgencias de Traumatología, Urgencias Médicas (generales), Urgencias Psiquiátricas, Urgencias Oncológicas, el área de triaje y dos áreas de observación, dotadas con alrededor de 37 camas donde se encuentran los pacientes críticos que requieren de pruebas complementarias, ingreso en planta o necesidad de vigilancia continua, hasta que el estado de salud del paciente permita tomar una decisión.²⁸ Además, consta de 2 consultas de triaje.

Por otro lado, el Hospital Universitario Joan XXIII, fue fundado en el año 1967 y reformado en 2008. Se trata de un hospital público de segundo nivel que pertenece al Institut Català de la Salut (ICS), y cuya población asignada es de un total de 800.000 habitantes.

El hospital dispone de alrededor de 372 camas, según datos del Ministerio de Sanidad y 36 servicios, alguno de los cuales son de referencia para toda la provincia²⁹.

El Servicio de Urgencias de este hospital, se divide en 5 áreas, entre las que se encuentran inicialmente dos consultas de triaje; el área de observación, que cuenta con un total de diez boxes; el área de pediatría, con cuatro consultas, seis boxes de observación y un box de críticos; la puerta A (clasificados como nivel 1, 2 y 3a), que cuenta con cuatro boxes entre ellos dos para el paciente politraumatizado; y la puerta B, con pacientes clasificados como nivel 3b, 4 y 5.

En términos de organización, el Hospital Universitario Joan XXIII se gestiona a través de un Modelo de Gestión por Procesos, entendiendo los procesos como “un conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados”³⁰

De esta forma, se establece un mapa de procesos (*ver Infografía 3*), en el que se ven reflejados todos y cada uno de los procesos del hospital, entre los que se encontrarían los procesos estratégicos, los procesos clave (atención urgente, atención ambulatoria, atención a la hospitalización y atención quirúrgica), y procesos de apoyo, constatando así una representación gráfica de la organización de la institución, incluyendo las relaciones existentes entre ellos y la coordinación. (*Ver Anexo 1*).

Los turnos establecidos en el Hospital Joan XXIII son de 7h en el caso de las enfermeras, mientras que en el Hospital Clínico de Valencia son de 12h.

En la siguiente tabla (*ver Tabla 1*), se describe la distribución de enfermeras por turno en los diferentes espacios dentro del Servicio de Urgencias.

ÁREA	HJ23	H. Clínico Valencia
Triaje	2	2
Observación	1	2
Área de pediatría	1	2
Área de críticos	2	6
Nivel I, II, III a	3	
Nivel III b, IV	1	
Área traumatología	1	2

Tabla 1. Distribución de las enfermeras por turno en las áreas del servicio de Urgencias. Fuente: Elaboración propia

4.3. SUJETOS DE ESTUDIO

Se incluyen todos los pacientes mayores de 15 años y menores de 90 años, que de forma voluntaria y tras haber sido informados y haber firmado el consentimiento informado, han aceptado participar en el estudio.

De igual forma, la muestra del estudio realizado a los profesionales se compone de profesionales sanitarios que hayan ejercido su labor en los últimos años o la estén ejerciendo en la actualidad en un servicio de urgencias de uno de los dos hospitales planteados.

Los criterios de exclusión son:

- Pacientes que se encuentran en una situación crítica
- Pacientes que presentan alguna patología que dificulta la comunicación
- Pacientes desorientados, o con algún tipo de demencia.

4.4. RECOGIDA DE DATOS

Los datos se recogieron en las unidades de urgencias de los dos hospitales descritos anteriormente, entre el mes de diciembre del año 2021 y marzo del 2022.

Como instrumentos de medida se utilizaron dos cuestionarios, uno realizado a pacientes (*ver Anexo 2*), que consta de un total de 13 preguntas, entre las que podemos encontrar cinco ejemplos de dicotómicas y otras cinco que utilizan la Escala de Likert que busca obtener un valor según el grado de satisfacción en cada una de las cuestiones o afirmaciones planteadas.

En el caso de los profesionales, se realizó un cuestionario a través de la plataforma de Formularios de Google (*ver Anexo 3*), el cual se compuso de 8 preguntas abiertas, entre las cuales se encuentran dos que tienen como objetivo la composición de variables (años de experiencia y hospital dónde ha desempeñado su labor), a parte de la edad y el sexo, y el resto de las preguntas, basadas en la metodología DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades), que permite analizar la realidad del servicio.

Esta metodología se basa en una herramienta diagnóstica que busca analizar, a través de una muestra obtenida por parte de los profesionales de la institución, el estado de un servicio. Se estratifica en cuatro procesos básicos; en primer lugar, las debilidades, que en el propio contexto hospitalario hacen referencia a los puntos débiles o desfavorables de la institución.

Las amenazas tienen que ver con los factores externos, relacionados con la población y/o otros ámbitos que dificultan la correcta organización del servicio, y que, por tanto, suponen una amenaza para este.

En tercer lugar, las fortalezas se componen de los recursos, ventajas y aspectos favorables del servicio, que, en consecuencia, promueven el buen funcionamiento y organización.

Por último, las oportunidades hacen referencia tanto a las ventajas que posee la población, como la posibilidad de mejora y cambio a través de diferentes medidas.

4.5. VARIABLES DE ESTUDIO

Las variables utilizadas en el caso de los profesionales fueron la edad, el sexo, el hospital donde trabajaban y el servicio, el tiempo trabajado y la categoría profesional.

En cuanto a las encuestas de pacientes, las variables que se tuvieron en cuenta fueron la edad, el sexo, el tiempo de espera para ser atendido tras el triaje, la procedencia al ingreso y el hospital donde se encontraba.

4.6. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Nuestra búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo mediante distintas bases de datos referentes en el ámbito de las ciencias de la salud, como son: Mendeley, PubMed, Scielo, etc. (ver Anexo 4)

LÍMITES DE BÚSQUEDA

- Idioma: español, inglés
- Tiempo: con 6 años de margen
- Tipos de estudio:

BASE DE DATOS	MeSH (palabras clave)	RE (Resultados encontrados)	FILTROS (Criterios de inclusión)	RV (Resultados revisados)
Mendeley	“urgencias” and “necesidades”	86	6 años En español, catalán o inglés.	1
	“urgencias” and “satisfacción”	70		2
	“urgencias” and “triaje”	66		1
	“urgencias” and “hospitalarias”	138		2
Scielo	“triaje” and “urgencias”	17		1
	“modelo” and “urgencias”	56		1

Tabla 2. Estrategia de búsqueda. Fuente: Elaboración propia

4.7. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para realizar el estudio de los resultados obtenidos se creó una base de datos que comprendía las variables recogidas a través de las encuestas a pacientes, utilizando el programa “Jamovi”, y otra que recoge los datos de los profesionales obtenidos en los formularios de la plataforma de Google.

Los formularios realizados a los profesionales se estudiaron a través de un análisis descriptivo de la frecuencia de las respuestas obtenidas. Las características sociodemográficas y laborales fueron analizadas para el establecimiento de medias y el cálculo de variables, con el consiguiente uso de la desviación estándar (DE) en aquellas variables cuantitativas. También se utilizaron líneas de correlación para establecer la relación entre algunas variables.

En las encuestas de los pacientes se utilizaron, entre otras cosas, tablas de frecuencias de las variables y se realizó un análisis descriptivo de estas frecuencias en porcentajes. También se extrajeron medias, medianas y riesgos intercuartílicos (RIC) en las puntuaciones obtenidas en los diferentes dominios de satisfacción.

También se utilizó la prueba estadística no paramétrica del Test Chi-Cuadrado (X^2) para estudiar la asociación entre variables relacionadas con el sexo y la puntuación obtenida y la prueba Mann-Whitney U para establecer si la diferencia era significativa.

4.8. FASES DEL ESTUDIO: CRONOGRAMA

El estudio consta de 3 fases principales:

El objetivo de la primera fase ha sido en primer lugar la elección del tema de estudio, tras la asignación del correspondiente tutor, junto a la elaboración de la justificación, con los respectivos objetivos a conseguir y el diseño de la metodología a usar.

En una segunda fase, el objetivo fue elaborar un marco teórico a través de una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas y la posterior puesta en marcha de las encuestas y cuestionarios, tanto a pacientes como profesionales, tras contar con el permiso explícito de estos y el correspondiente permiso de ambos centros.

En la última fase, se realiza un análisis de los datos recogidos para poder elaborar una discusión y extraer los resultados, para finalmente realizar la conclusión basándose en estos.

ACTIVIDAD		TIEMPO								
		Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
FASE I	Asignación de la tutora	(26)								
	Elección del tema		(23)							
	Justificación									
	Redacción de objetivos									
	Diseño de metodología									
FASE II	Elaboración marco teórico									
	Autorización centro									
	Realización cuestionarios									
FASE III	Análisis de los datos									
	Discusión y conclusiones									
	Defensa ante el tribunal									
TUTORÍAS			(9,18,23)	(14,28)	(20)		(22)	(20)	(5)	

Tabla 3. Cronograma del trabajo global. Fuente: Elaboración propia

4.9. ELECCIÓN TEORÍA DE ENFERMERÍA

La elección de la teoría de enfermería descrita en el marco teórico del presente trabajo fue motivada por la relación de los conceptos y las bases que engloba la teoría con algunos conceptos tratados en nuestro estudio.

En concreto, el acompañamiento, la intimidad, la información y el trato son los que se relacionan con el confort, que según Kolcaba, se define como un estado inmediato de ser fortalecido por tener las necesidades de alivio, tranquilidad y trascendencia abordadas en los cuatro contextos de la experiencia humana holística. En las encuestas formuladas a los pacientes, donde se preguntaba por cinco ítems concretos, aparecen estos cuatro conceptos relacionados con el confort.

Para el análisis y posterior extracción de resultados del conjunto de los 4 ítems propuestos relacionados con el confort, se han utilizado la media y la desviación estándar.

El paciente en urgencias es una persona que, en términos generales, es vulnerable. Presenta cierto grado de incertidumbre, ansiedad, nerviosismo, y demás sentimientos y/o emociones, que disminuyen con algunas acciones, como son el hecho de estar acompañado para favorecer el aumento de la tranquilidad y/o el alivio personal o el hecho de informar acerca de la situación o estado actual, haciéndolo partícipe de su evolución. Así mismo, empatizar con el paciente es fundamental, el trato y la atención correctas y otorgarle la intimidad necesaria en todo su proceso, son factores que ayudan al bienestar del paciente.

5. RESULTADOS:

5.1. ENCUESTAS A PACIENTES:

El periodo de realización de las encuestas comprende entre el día 15 de diciembre de 2021 y el 20 de marzo de 2022. El total de pacientes encuestados es de 51 personas. (n=51)

El estudio se realiza con un índice de confianza del 95%, un nivel de precisión del 5%.

PERFIL DE LOS ENCUESTADOS

La edad media de las personas que respondieron a las preguntas fue de 57,3 años (n=51), con una desviación estándar (DE) de 19,1.

Del total de encuestados, un 58,8% fueron mujeres (n=30), mientras que los 21 pacientes restantes eran hombres un 41,2%.

La edad media de los hombres fue de 55,6 años (DE=17,4), mientras que la de las mujeres fue de 61,6 años (DE=21). No se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres en función de la edad (prueba t Student, p= 0,289).

Variable	Categoría	n (%)
Edad	15-39 años	9
	40-64 años	16
	> 65 años	26
Sexo	Hombre	21 (41,2%)
	Mujer	30 (58,8%)

Tabla 4. Perfil de los encuestados según variables: edad y sexo. Fuente: elaboración propia.

En término del centro donde se realizaron las encuestas, la muestra obtenida en el Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona (HJ23) fue de n=23. El resto de la muestra (n=28) pertenece al Hospital Clínico de Valencia (HCV).

Según los protocolos de urgencias, el tiempo de espera desde la entrada a la sala de espera hasta ser atendidos por el personal de enfermería de triaje no debería ser mayor de 5 minutos.

El 39,28% (n=11) de los pacientes del Hospital Clínico afirman que la espera en este caso fue mayor, mientras que un 35,71% (n=10) negó que el tiempo de espera superara estos 5 minutos. El resto no procede (n=7). Por otro lado, el 65,21% (n=15) de los pacientes encuestados en el Hospital Joan XXIII, negaron una espera mayor, mientras que el resto lo afirmaba.

El tiempo medio de espera de los pacientes a ser atendidos por un facultativo médico desde su entrada a urgencias (n= 44) fue de una media de 55 minutos, con una mediana de 30 minutos. Se observaron diferencias significativas entre los resultados obtenidos en ambos hospitales, por un lado, el tiempo de espera medio en el HCV fue de 93,1 minutos (DE=83,2), mientras que el tiempo de espera de los pacientes del HJ23 fue de 22,9 minutos. (DE=42,7).

Se aprecian diferencias significativas en cuanto a la indicación de acudir al servicio de urgencias. Por una parte, del total de usuarios encuestados en el HCV, tan solo un 7,14% (n=2) acudió mediante ambulancia, mientras que en el HJ23 un 30,43% (n=7) acudió a través de este medio.

En este último centro, un total de 5 pacientes acudieron por su propio pie o acompañados por sus familiares (21,73%), y el resto, un 8,69% (n=2) habían acudido derivados de otros centros hospitalarios, o de atención primaria. En el caso del Hospital Clínico, un 28,57% (n=8) de los pacientes, habían sido derivados de centros de atención primaria.

Procedencia de ingreso	Grupo de edad	N
SEM	15-39	2
	40-64	3
	> 65	4
Propio pie o familiar	15-39	3
	40-64	8
	> 65	2
Atención Primaria	15-39	1
	40-64	8
	> 65	1
Otros	15-39	5
	40-64	6
	> 65	8

Tabla 5. Clasificación del paciente según variables: edad, procedencia de ingreso. Fuente: elaboración propia.

Según las variables, edad y procedencia de ingreso se determinan las siguientes observaciones.

La población de mediana edad (40-64 años) en un 32% de los casos acudían al servicio de urgencias procedentes del centro de atención primaria, o por su propio pie (n=8).

En cambio, en el grupo de edad de mayores de 65 años la procedencia de ingreso era mayoritariamente con un 53'3% de los encuestados por otras procedencias (n=8). O transportados por el SEM en ambulancia con un 26'67% (n=4).

En la Tabla 6. se aprecia la puntuación obtenida en cada dominio propuesto para el estudio de la satisfacción mediante la escala de Likert. En este caso, el mejor valorado fue el ítem de trato y atención, con una media de 4,11 de puntuación sobre 5. Por el contrario, el acompañamiento ha sido el ítem peor valorado por los pacientes.

Escala de satisfacción	Total muestra (n)	Media (DE)	Mediana (RIC)
Intimidad y confidencialidad	49	4,16 (0,94)	4
Trato y atención	44	4,11 (1,17)	5
Organización	44	4,14 (1)	4
Información	44	3,70 (1,15)	4
Acompañamiento	50	3,50 (1,17)	4

Tabla 6. Puntuación media y mediana de los pacientes en los distintos dominios. Fuente: Elaboración propia.

Escala de satisfacción	Sexo Media (DE)		X ²
	Hombre	Mujer	
Intimidad y confidencialidad	4'25 (1'07)	4'10 (0'86)	0'217
Trato y atención	4 (1'20)	4'20 (1'15)	0'148
Organización	4'21 (1'03)	4'08 (0'99)	0'443
Información	3'89 (1'15)	3'56 (1,16)	0'676
Acompañamiento	3'24 (1'04)	3'69 (1'31)	0'233

Tabla 6.1. Escala de satisfacción de los pacientes en función del sexo. Fuente: Elaboración propia.

Según la clasificación por sexo, el grupo de hombres puntuó todos los dominios, exceptuando uno, con una valoración más alta en la Escala de Likert. El único aspecto donde las mujeres dieron una puntuación más alta fue en el acompañamiento, con una puntuación media de 3,69 (DE=1,31).

La prueba del X² (chi-cuadrado) niega la afirmación de que exista una relación entre el valor obtenido en cada dominio de satisfacción y el sexo de la persona que responde, exceptuando el caso de la información, donde si que habría esta relación (p)

Según la prueba Mann-Whitney U, el único dominio donde la diferencia no es estadísticamente significativa es el de organización. ($p=0,611$). En el resto de los ítems analizados, las diferencias son significativas entre los dos sexos propuestos. $p<0'005$.

Escala de satisfacción	Sexo		(p<0'005)
	Hombre	Mujer	
Intimidad y confidencialidad	4,25 (1,07)	4,10 (0,86)	0,598
Trato y atención	4 (1,20)	4,20 (1,15)	0,579
Organización	4,21 (1,03)	4,08 (0,99)	0,674
Información	3,89 (1,15)	3,56 (1,16)	0,346
Acompañamiento	3,24 (1,04)	3,69 (1,31)	0,198

Tabla 6.2. Escala de satisfacción de los pacientes en función del sexo. Fuente: Elaboración propia.

Escala de satisfacción	Edad (años)		
	15-39	40-64	> 65
Intimidad y confidencialidad	4,22 (0,833)	4,25 (0,931)	4,08 (1,02)
Trato y atención	4,22 (1,39)	3,94 (1,34)	4,21 (0,918)
Organización	4 (1,22)	4,19 (1,05)	4,16 (0,898)
Información	3,67 (1,22)	3,50 (1,21)	3,89 (1,10)
Acompañamiento	4 (1,32)	3,38 (0,957)	3,40 (1,32)

Tabla 6.3 Escala de satisfacción de los pacientes en función de la edad. Fuente: Elaboración propia.

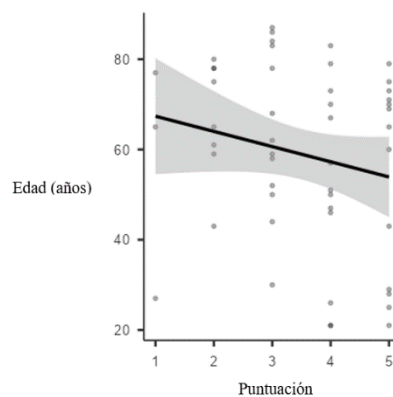


Gráfico 1. Análisis de correlación de matrices del dominio acompañamiento en función de la edad y la puntuación obtenida. Fuente: Elaboración propia

La diferencia más estadísticamente significativa en función de la edad se encuentra en la puntuación obtenida en el dominio de acompañamiento, con una diferencia de 0,60 puntos sobre un total de 5. En el Gráfico 1 se muestra la correlación de matrices de este dominio, donde se aprecia el descenso de los valores de puntuación al aumentar progresivamente el número de años.

Escala de satisfacción	Hospital Joan XXIII de Tarragona		Hospital Clínico de Valencia	
	Media (DE)	p (Shapiro-Wilk)	Media (DE)	p (Shapiro-Wilk)
Intimidad y confidencialidad	4,57 (0,59)	<0'001	3,81 (1,06)	<0'001
Trato y atención	4,43 (0,896)	<0'001	3,76 (1,34)	>0'001
Organización	4,43 (0,945)	<0'001	3,81 (0,981)	>0'001
Información	4 (1,04)	<0,001	3,38 (1,20)	>0'001
Acompañamiento	3,35 (1,11)	>0,001	3,63 (1,31)	<0'001

Tabla 6.4. Escala de satisfacción según los diferentes hospitales. Fuente: Elaboración propia

El nivel de satisfacción global, donde se tienen en cuenta los cinco ítems señalados anteriormente (acompañamiento, trato, organización, intimidad e información) obtuvo una media global de 3,99 (n=51), con una DE de 1,08. La mediana fue de 4 y el rango intercuartil (RIC) de 2.

La media de satisfacción global de los pacientes del Hospital Clínico de Valencia fue de 3,75 (DE=1,10), siendo más baja que la aportada por los usuarios que acudieron al servicio de urgencias del Hospital Joan XXIII, que puntuaron el grado de satisfacción global con una media de 4,21 (DE=1,02).

La situación problemática de las propuestas que más veces ha tenido lugar según los propios pacientes en urgencias ha sido la de la larga espera hasta la realización de pruebas diagnósticas, con una frecuencia del 35'29 % (n=18) de los casos conocidos.

En el ámbito sanitario la satisfacción engloba los cinco ítems comparados anteriormente, entre otros, ya que en algunos casos también se estudian otros como pueden ser la infraestructura. De cualquier forma, se trata de un concepto multidimensional de gran interés para la mejora de un servicio conociendo el punto de vista de los usuarios.

Estos conceptos, se relacionan directamente con pacientes, acompañantes y profesionales de la salud, y globalmente tienen un impacto en la calidad asistencial.

La aparición de algunas necesidades en las unidades da lugar en muchos casos a la proyección de ansiedad en los pacientes, entendiendo esta como un factor determinante que afecta gravemente a la satisfacción y el confort de los pacientes respecto a la atención, a la vez que causa un impacto en la sensación subjetiva de los cuidados prestados en las familias.

Los pacientes en su mayoría han encontrado efectiva la señalización de ambas unidades de urgencias, con un porcentaje de un 76'47% (n=39) de los pacientes que refirieron haber encontrado una buena indicación a la hora de desplazarse por el interior del servicio, ya sea para la entrada a un determinado box o el traslado para la realización de alguna prueba diagnóstica, como radiografías (Rx) o TAC.

En ambos hospitales, sin especificar la tipología, un 41 '18 % (n=21) de los pacientes afirmaron haber detectado algún problema dentro del servicio hospitalario, mientras que el resto negaron la existencia de estos.

Se encuentra una diferencia significativa entre los ambos hospitales, en el HJ23 el 39'13% (n=9) afirmaron la existencia de un problema. En cambio, el 60'71% de los encuestados del HCV (n=17), afirmaban sobre la existencia de problemas en el servicio.

Relacionando la pregunta anterior acerca de la existencia o no de algún problema en el servicio con la edad de los encuestados, el 57'89% (n=11) de pacientes con más de 65 años, afirmaron haber detectado algún problema en el servicio.

Por el contrario, en el rango de edad entre 40 y 65 años el 43'75% (n=7) respondieron sí a la misma pregunta. Por último, el rango de más temprana edad entre 15 a 39 años opinaron que sí había problemas solo un 33'3% (n=3).

Se puede afirmar que, a mayor rango de edad de los pacientes encuestados, mayor detección de los problemas en el servicio.

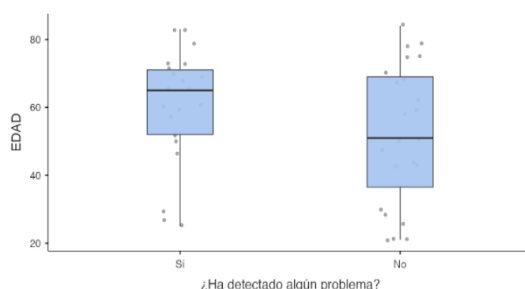


Gráfico 2. Análisis de correlación de matrices del dominio detección de problemas en función de la edad. Fuente: Elaboración propia

Al ser preguntados por si la patología que presentaban podría haber sido resuelta en otro centro, sin especificar la tipología de este, un 62'75% (n=32) afirmó que no.

Algunos de ellos, habían sido derivados incluso de otros hospitales dónde no fueron capaces de tratar la patología, por lo cual destacaron la relevancia del Hospital Joan XXIII en este aspecto, dónde tratan patologías más específicas. Mientras que hubo un total de 19 pacientes que dieron una respuesta afirmativa.

Por consiguiente, para valorar el confort según la teoría de Kolcaba, se relacionan 4 de los 5 ítems formulados en la encuesta, entre ellos, el acompañamiento, la intimidad y confidencialidad, el trato y la información.

El ítem peor valorado fue el acompañamiento con una puntuación media de 3,50 (DE=1,17). Considerando las restricciones de visitas existentes y por tanto que la mayoría de los pacientes estaban solos en el servicio de urgencias, podemos relacionar con que los pacientes necesitan del acompañamiento de una persona cercana para un mayor confort.

Es evidente el impacto que tiene el hecho de estar acompañado en un momento de incertidumbre en el confort. Considerando las restricciones de visitas que existen todavía a día de hoy, podemos afirmar que este hecho da pie en múltiples ocasiones a la falta de acompañamiento o incluso soledad en algunos pacientes, y en consecuencia, la falta de este confort.

El segundo ítem peor valorado de los conceptos relacionados con el confort, fue la información, con una puntuación media de 3,70 (DE=1,15). La falta de información puede ocasionar un clima de tensión y nerviosismo a consecuencia de la aparición de incertidumbre ocasionada en el paciente, lo cual queda reflejado en las encuestas, como necesidad para su bienestar.

Escala de ítems (relacionados con el confort)	Total muestra (n)	Media (DE)	Mediana (RIC)
Acompañamiento	50	3'50 (1,17)	4
Intimidad y confidencialidad	49	4'16 (0'94)	4
Trato	44	4,11 (1,17)	5
Información	44	3,70 (1,15)	4

Tabla 7. Puntuación media y mediana de los pacientes en los dominios relacionados con el confort. Fuente: Elaboración propia

5.2. COMENTARIOS DE LOS PACIENTES Y/O ACOMPAÑANTES QUE SE REFLEJAN EN LA ENCUESTA:

Del total de 51 participantes, 23 aportaron algún tipo de comentario, queja o propuesta de mejora. Esto aporta una visión cualitativa de los propios pacientes. Destacamos algunos comentarios como el siguiente, dónde un paciente expresa su indignación y desesperación ante las múltiples visitas a urgencias que nunca terminan de solucionar su problema:

“En los últimos meses he venido a urgencias más de 5 veces, siempre por lo mismo, siempre me terminan dando el alta a los días, tras realizarme las mismas pruebas de siempre, sin un diagnóstico completo ni claro, no se lo toman en serio”.

Otro paciente, en este caso joven, con una enfermedad digestiva, resalta la larga espera antes de subir a una habitación de planta, refiriendo que es muy incómodo estar en el área de observación, y más tras un diagnóstico establecido:

“He acudido a urgencias muchas veces tras agudizarse mi enfermedad, y creo que no deberían tenerme tanto tiempo en el box de observación, ya que saben lo que tengo, y al final siempre me derivan a una planta, pero antes estoy demasiados días aquí y la espera se hace muy larga”

En relación al personal, la mayoría de los pacientes destacan la gran profesionalidad de estos, así como el buen trato recibido por el conjunto de personal de enfermería

“Llevo ya dos noches en observación, y me han atendido muchísimas personas, y en general estoy muy contenta del trato que me han dado las enfermeras, se agradece”.

Otro paciente ante la pregunta de: ¿Cree usted, que el problema de salud que presentaba se lo hubieran podido resolver en otro sitio?, nos contestó:

“Si en mi centro de salud me atendieran cuando lo necesito no vendría aquí a Urgencias. Pero ya son reiteradas las veces que en mi centro de salud me dan cita para dentro de mucho tiempo y además no resuelven mi problema de salud”.

5.3. ENCUESTA LOS PROFESIONALES:

PERFIL DE LOS ENCUESTADOS

Los profesionales del servicio de urgencias habían trabajado una media de 10,66 años (n=56), con una (DE=10,75). Por hospitales, la media de años de experiencia en urgencias fue de 14,33 años (DE=11,25) en el Hospital Clínico y una media de 5 años en el Hospital Joan XXIII (DE=7,05).

Del total de encuestados, un 69,6% (n=39) son mujeres, mientras que sólo un 30,4% (n=17) son hombres.

La categoría profesional de los encuestados fue mayoritariamente de enfermería, con una incidencia de este grupo en los formularios del 82,14% (n=46), el resto de personal del equipo que participó fue en su mayoría facultativos/as, con un total de 6 participantes (10,71%) y TCAE, con un 7,14% de participación.

La edad media de los profesionales fue de 35,2 años (DE=14,4), con un máximo de 64 años y un mínimo de 21.

La media de edad en el HJ23 fue menor que la del HCV, siendo de 27,7 años (DE=8,81) y 40,1 (DE=15,3), respectivamente.

La media de edad se relaciona positivamente con los años de experiencia, según el análisis de correlación de matrices, ilustrado en el siguiente gráfico.

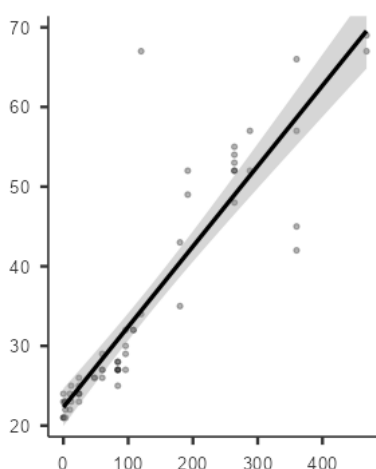


Gráfico 3. La edad de los profesionales en relación con el tiempo trabajado en el servicio de urgencias. Fuente: Elaboración propia

Variable	Categoría	n
Sexo	Masculino	17
	Femenino	39
Edad	15-39	38
	40-64	14
	> 65	4
Hospital	Hospital Joan XXIII	22
	Hospital Clínico	34
Servicio	Urgencias	50
	UCI	4
	Otros	2
Categoría profesional	Enfermera/o	46
	Facultativa/o	6
	TCAE	4
Experiencia	< 1 año	6
	1-5 años	6
	5-10 años	7
	> 10 años	9

Tabla 8. Perfil de los profesionales sanitarios encuestados. Fuente: Elaboración propia

Tras la participación de los profesionales sanitarios en la realización de los formularios mediante el análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades) obtuvimos las siguientes respuestas. (Ver Anexo 5).

La muestra total es de 56 profesionales de ambos hospitales, pero se han obtenido un total de 89 respuestas, ya que se trataba de una pregunta con múltiples respuestas posibles. Por tanto, el análisis está enfocado en el número de respuestas.

Según los sanitarios, la principal causa o **factor interno**, es decir, que procede de la propia institución, y que tiene un impacto directo en la calidad de la asistencia y los servicios prestados, y que, en muchas ocasiones, dificulta su propia labor, es la saturación del servicio, con un 23'6% de incidencia en los formularios. (n=21)

El segundo factor interno que se da en más casos es la falta de personal, siendo una respuesta que acumula el 15,7% de las respuestas obtenidas. (n=14)

En tercer lugar, se describe la falta de organización y/o coordinación obteniendo un 12,4% de las respuestas cada uno de ellos (n=11).

Realizando un análisis comparativo del Hospital Joan XXIII de Tarragona y el Hospital Clínico de Valencia, en torno a los ítems comentados anteriormente.

Analizando por separado las respuestas de cada uno, recabamos las siguientes respuestas: Como hemos comentado anteriormente, la primera causa o factor interno, fue la saturación del servicio donde ambos hospitales coinciden, aunque varió el número de respuesta en los diferentes centros.

En el HJ23, con un 20% del total de las respuestas (n=6), en cambio en el HCV obtuvo un total de 15 respuestas es decir un 24'19 %. Ambos resultados reflejan la preocupación de los profesionales acerca del exceso de pacientes en flujo constante relacionado con la sobrecarga que esto implica. ($p=0'183/ p>0.05$).

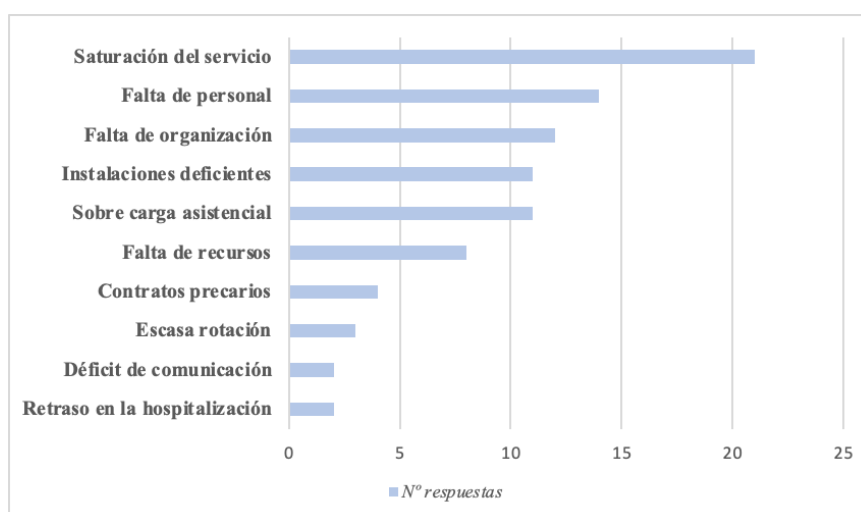


Gráfico 4. Factores internos que dificultan el desarrollo del servicio. Fuente: Elaboración propia

En consecuencia, a la segunda causa más importante, difieren los resultados entre ambos hospitales. En el HCV el 17'64% de las respuestas fueron falta de personal (n=11), en cambio la misma respuesta en el HJ23 fue un 10% (n=3).

Por otra parte, referente a la falta de organización los resultados fueron más homogéneos en ambos hospitales. Siendo un 16'67% de respuestas del HJ23 (n=5), frente a un 11'29% (n=7) del HCV.

Con los datos mencionados, cabe destacar que existe cierta homogeneidad en las respuestas de los encuestados aun siendo de hospitales y comunidades diferentes.

Factores internos como la precariedad de los contratos, la falta de personal, la saturación del servicio y sobrecarga laboral, desorganización, estrés laboral, instalaciones deficientes, falta de recursos, son factores más mencionados en las respuestas múltiples por parte de los profesionales de ambos hospitales.

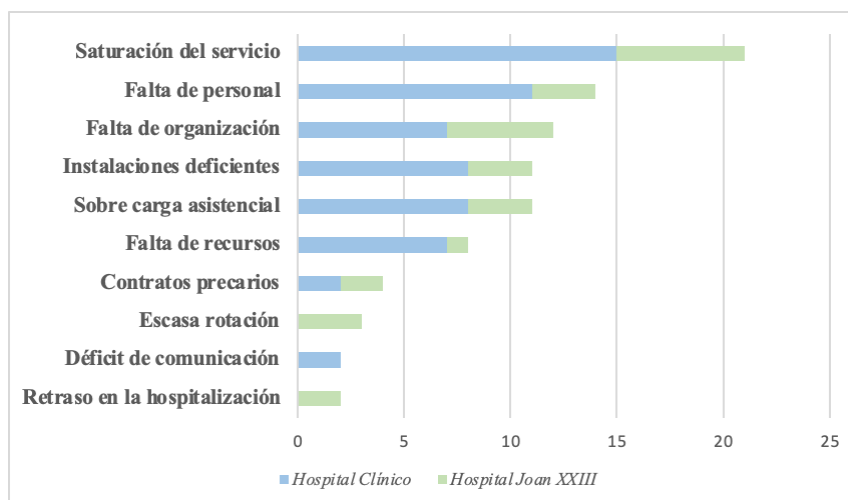


Gráfico 5. Factores internos diferenciados en ambos hospitales. Fuente: Elaboración propia.

Al ser preguntados por cuáles creen que son los **factores externos** que dificultan el cumplimiento de objetivos o que desmejoran la calidad asistencial, el 26,6% (n=11) de las respuestas obtenidas de los profesionales del Hospital Joan XXIII hacen referencia al desconocimiento de la población sobre el verdadero motivo urgente de la demanda en urgencias, es decir, la consulta por patologías popularmente conocidas como banales en los hospitales.

No es significativa la diferencia con el principal factor externo que dificulta o empeora la calidad en el Hospital Clínico, dónde el 15% de las respuestas (n=17) hacen referencia a este desconocimiento.

El 18,18% (n=11) de los profesionales del HJ23 y el 17,64% de los sanitarios encuestados en el HCV (n=17), están de acuerdo en que existe una excesiva derivación desde centros de atención primaria (CAP) de pacientes que cursan con una patología que probablemente podría ser resuelta en dichos centros. A su vez, el mismo número de profesionales incide en una actitud exigente e impaciente por parte de algunos pacientes, que incluso llegan a sobrepasar algunos límites.

En una menor frecuencia, los profesionales también consideran que el abandono del servicio o el trato vejatorio hacia los sanitarios son factores que afectan directamente a la calidad de la atención, y que, a su vez, dificultan el cumplimiento de los objetivos del propio servicio.

Siguiendo el modelo estructural del formulario tipo DAFO, preguntamos a los profesionales sanitarios sobre las **fortalezas** de la institución, los aspectos positivos del servicio de urgencias.

El 64'29% de las respuestas (n=36) fueron “los profesionales están muy preparados”.

Muchos coincidían que la formación de sus compañeros era óptima y esto ayudaba a un mejor trabajo en equipo.

En segundo lugar, el 21'43% a respuesta “Los recursos e infraestructuras óptimas”, la contestaron un 21,43% (n=12). Haciendo referencia a que en los respectivos hospitales disponían de los recursos necesarios para trabajar adecuadamente.

En última instancia, sólo el 14'29% de las respuestas hacen referencia a una organización y un funcionamiento adecuado. (n=8)

En cuanto a las **medidas** que tomarían los profesionales encuestados en referencia a la población general, la gran mayoría (48,6%) coincide en la importancia de la educación sanitaria en referencia a los motivos por los cuales el individuo debería acudir al servicio de urgencias de un hospital, con el objetivo de que los pacientes sepan diferenciar las patologías que realmente deben ser tratadas a nivel hospitalario de aquellas patologías banales, que pueden ser tratadas en otros centros, o incluso que pueden esperar, ya que no son urgentes.

Un 17,1% (n=56), pone énfasis en la importancia de la educación sanitaria a los pacientes con relación a las fases de agudización de una patología crónica, con el objetivo de que los pacientes que cursan con estos procesos de agudización sepan cómo actuar de una forma independiente, dentro de sus posibilidades, sin llegar a la necesidad de tener que acudir al servicio de urgencias.

En función de los datos obtenidos, la atención primaria tendría un papel clave en referencia a las medidas que deberían tomarse en cuanto a la población.

Según los encuestados, concretamente un 14,3% (n=10) se debería insistir en la importancia de la atención primaria, con sus capacidades, y resaltan la necesidad de mejorar la asistencia en estos centros, actuando también como salvoconducto que descongestiona los centros hospitalarios de patologías banales que pueden ser tratadas allí.

Del mismo modo, la educación para la salud recibió el mismo número de respuestas (n=10), relacionándose también este concepto con la atención primaria, con el objetivo de que la población general adquiera hábitos y estilos de vida saludables.

El 5,7% (n=4) de los profesionales, coincide en la importancia de concienciar a la población sobre el uso responsable de los servicios de urgencia, entre otras cosas, como el uso de los recursos, el coste, etc.

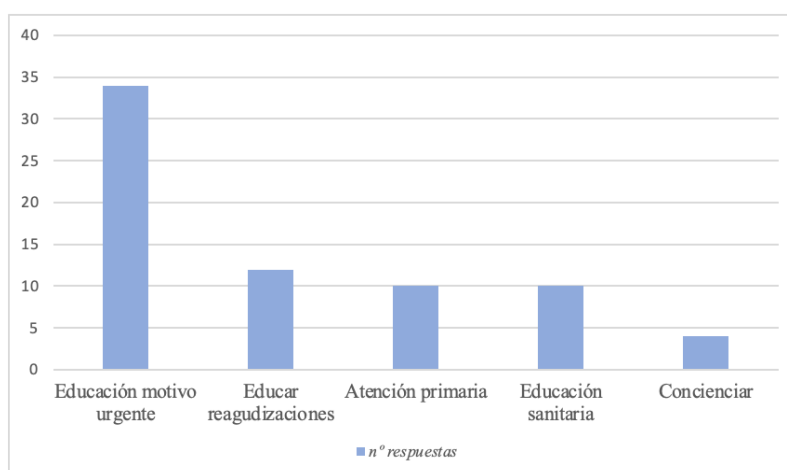


Gráfico 6. Medidas para la población general. Fuente: Elaboración propia.

El hospital como institución sanitaria debe tener unas instalaciones adecuadas que puedan ofrecer servicios de calidad. Por tanto, se considera importante preguntar a los sanitarios sobre aquellas medidas convenientes que tomarían, referente a las **instalaciones del centro**, pero concretamente del área de urgencias.

La ampliación de la sala de espera fue la medida más popular que aplicarían, siendo esta la respuesta obtenida en el 44,64 % de los casos (n=25).

Los profesionales remarcaron que las dimensiones de esta eran insuficientes en comparación con la demanda y afluencia de pacientes.

“La capacidad de esta sala, así como la distancia interpersonal y la ubicación de los pacientes influyen en el ambiente de crispación y desesperación de los pacientes”, aseguran los encuestados.

Con un total de 11 respuestas, es decir el 19'64%, estaban de acuerdo que aparte de ampliar la sala de espera es necesario ampliar el número de camas tanto en las salas de observación como en el resto de las plantas del hospital. Ya que, con dicha ampliación, se mejora la gestión de los pacientes y se evita esta sobresaturación de personas que desbordan las áreas de observación.

Además de la ampliación de número de boxes (n=7) para poder atender a más pacientes a la vez y así descongestionar la sala de espera y que el flujo de pacientes sea más activo.

Una de las respuestas más destacadas en el Hospital Joan XXIII que no mencionaron en el Hospital clínico fue la reorganización de la sala de triaje (n=10).

Los encuestados reflejaban su preocupación por la falta de intimidad y de organización de la sala de triaje. Consideraban que era necesaria una remodelación en este espacio, ya que remarcaban que se trata de una sala donde el paciente necesita expresar con tranquilidad y en un ambiente seguro, el motivo de su visita.

Además, la mejora de las instalaciones en referencia a la accesibilidad y el confort de los pacientes contó con un total del 5,36% de las respuestas.

Los profesionales mencionan que las indicaciones para dirigirse a los boxes y las que delimitan el circuito de urgencias podrían ser más visuales para evitar confusiones en el recorrido de los pacientes.

Por último, se decidió abordar el tema de **la gestión y la administración** del servicio de urgencias. Para ello se pidió a los profesionales que propusieran medidas de mejora.

Con un 57'14 % de las respuestas, (n=32) los sanitarios coinciden en que es necesaria la ampliación del personal, para así mejorar el ratio profesional-paciente, en concreto las enfermeras. Y los mismos que propusieron esta ampliación, detallaron que este aumento sería una ayuda para mejorar las condiciones laborales.

Refiriéndose a una mejora de la gestión y administración por parte de los supervisores y gerentes, el 32,14% (n=18), expresan una disconformidad con la gestión, ya que argumentan que no se debe recortar en recursos para ahorrar. Como medida de mejora proponen realizar cambios en la dirección y supervisión, y basar la gestión en agilizar el servicio de urgencias.

En último lugar, el servicio de urgencias consta de un equipo multidisciplinar el cual debe estar unificado y cooperar para la atención centrada en el paciente. El 25'84% de las respuestas argumentaban que se descuidaba la cooperación interprofesional, además que la precariedad de los contratos favorecía a un cambio constante de grupos de trabajo y por tanto a la no unificación del equipo. Como mejora proponen la fidelización del personal, además de la unión y cooperación entre diferentes sanitarios.

6. DISCUSIÓN

El presente estudio ha supuesto la detección de necesidades y el análisis de la satisfacción en pacientes y profesionales de los servicios de urgencias del Hospital Joan XXIII de Tarragona y del Hospital Clínico de Valencia.

La satisfacción en urgencias es un concepto que engloba múltiples dimensiones y que tiene en cuenta varios factores. Detectar las necesidades que surgen en el área de urgencias de un hospital, con el objetivo de satisfacerlas es clave para lograr un buen nivel de satisfacción.

La manifestación de las necesidades conlleva la aparición de conceptos como la ansiedad, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una “emoción natural que comprende las reacciones que tienen los seres humanos ante la amenaza de un resultado negativo o incierto”.

Durante la evaluación y el posterior análisis de las encuestas registradas se evidencian unos resultados peores en cuanto a la satisfacción en dos de los dominios o ítems formulados: la información y el acompañamiento. Este hecho coincide con otros estudios realizados anteriormente, donde la información es la principal necesidad detectada en las familias. Este estudio incluye otras necesidades no reflejadas en el presente estudio, como son la proximidad o la confianza.²⁵

Por otra parte, en relación con el dominio de acompañamiento, podemos añadir lo siguiente.

Durante la realización del estudio, el número de visitas y acompañantes al servicio de urgencias estaban restringidos. De tal manera que el paciente adulto únicamente podía ir acompañado en el servicio de urgencias si se trataba de una persona con discapacidad funcional, psíquica, con demencia, con necesidades especiales, o en algún caso extraordinario y concreto.

El resto de personas eran atendidos solos y los acompañantes debían esperar fuera del área de urgencias. Esta restricción se impuso a principios de la pandemia, con el fin de reducir la propagación del virus. Pero cabe mencionar que esta medida implica que los pacientes que se agraven los niveles de malestar y sumado a otros factores externos, el nivel de ansiedad, durante la espera en el área de urgencias, tanto en las salas de espera como en las observaciones.¹²

7. PLAN DE MEJORA:

Basándonos en las necesidades detectadas mediante las encuestas realizadas a los pacientes de los servicios de urgencias de ambos hospitales, y a través de los datos recogidos de los formularios realizados a los equipos que desempeñan su actividad en estos servicios, proponemos las siguientes medidas de mejora que podrían ser implementadas a nivel clínico en ambos hospitales, siempre teniendo en cuenta la validez y la eficiencia de estas, mediante estrategias como el Método Kaizen o ciclos de mejora continua que tienen como objetivo reevaluar continuamente las medidas aplicadas, estudiar otras nuevas y reajustar los objetivos.

Las medidas de mejora propuestas son las siguientes:

ÁREA	OBJETIVOS	ACCIONES QUE IMPLEMENTAR
EDUCACIÓN SANITARIA	Disminuir el número de pacientes que acuden por patologías posibles de derivar a atención primaria.	Elaboración de un programa de “PRIMERA VISITA AL CAP” por parte de atención de la ciudadanía*, que incluya: <ol style="list-style-type: none"> 1. Lista de los motivos de demanda por patología banal más frecuente que deberían acudir a un centro de atención primaria 2. Recursos de los que dispone la AP 3. Información y garantías de seguridad
	Educación en cuanto a las reagudizaciones de patologías en pacientes crónicos	La medida incluye los siguientes puntos: <ul style="list-style-type: none"> • Infografías sobre el modo de actuar oportuno, dependiendo de la patología y/o el cuadro. • Creación de una directa con un profesional encargado de dar indicaciones y/o informar en estos casos • Educar en charlas o reuniones con grupos de gente que presenten la misma problemática.
GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN	Prever las camas de las plantas que harán falta diariamente para evitar la estancia de pacientes en urgencias más de 24h	Realización de un plan de gestión basado en las estadísticas y datos anuales acerca de las camas que, de media, son necesarias cada día para el ingreso de los pacientes de Urgencias.
INFRAESTRUCTURAS E INSTALACIONES	Mejora del confort del paciente en la sala de espera del Servicio de Urgencias	Las medidas que se incluyen son: <ol style="list-style-type: none"> 1. Aumento del espacio físico de la sala de espera de la UUH. 2. Mejora de los asientos 3. Proyección en pantallas del tiempo estimado de espera con un margen establecido para la realización de pruebas y/o otros procesos.
ACOMPañAMIENTO	Aumentar el confort del paciente	Permitir la entrada de un acompañante, a ser posible el mismo, en aquellos casos en que la gravedad del paciente lo consienta.

Tabla 9. Esquemización del plan de mejora propuesto. Fuente: Elaboración propia.

*En el Hospital Joan XXIII recientemente se ha publicitado este lema a través de las pantallas de la sala de espera, pero no se ha elaborado un programa como tal.

En el Hospital Clínico de Valencia sería favorable la instalación de un servicio como el creado recientemente en el Hospital Joan XXIII que tenga como objetivo informar a la familia y/o amigos del paciente ingresado acerca de los procesos o cambios que experimenta el propio paciente.

8. CONCLUSIONES:

Tras el análisis de la información obtenida mediante la búsqueda bibliográfica y posterior realización de encuestas tanto a pacientes como a profesionales, llegamos a las siguientes conclusiones.

En primer lugar, recalcar que dicho estudio está realizado en dos hospitales situados en dos comunidades autónomas distintas, Comunidad Valenciana y Cataluña, por tanto, difieren en la gestión y organización.

En cuanto al servicio de urgencias, cuentan con dos sistemas de triaje diferentes, Sistema de Manchester y Sistema Andorrano, respectivamente. Indudablemente, ambos hospitales no cuentan con la misma densidad de población ni con las mismas instalaciones ni infraestructuras. Aun partiendo de esta base, tras las encuestas tanto a pacientes como a profesionales, existen ciertas semejanzas en los resultados.

El nivel de satisfacción de los pacientes es, en general, notable, aunque existen diferencias significativas en dos de los cinco elementos estudiados: el acompañamiento y la información; dominios, que han obtenido una puntuación más baja respecto al resto.

La diferencia de la media de satisfacción global es significativa a la hora de comparar ambos hospitales descritos, siendo menor en el Hospital Clínico de Valencia, sobre todo en el ámbito de la intimidad y confidencialidad, donde existe una importante diferencia respecto al Hospital Joan XXIII.

Asimismo, el Hospital Joan XXIII cuenta con servicios encargados de informar a los familiares del proceso o actividad del paciente hospitalizado en el servicio de urgencias. Lo cual mejora el nivel de satisfacción por parte de los pacientes respecto al otro hospital.

En el lado opuesto, la mayoría de los profesionales coinciden a la hora de establecer el principal “input” que dificulta el día a día en los servicios de urgencias y el buen desarrollo de las actividades que en este se llevan a cabo, como la saturación de los servicios. Esto evidencia la discordancia existente entre los recursos ofrecidos y la demanda que viene dándose en los últimos años, lo que conlleva un aumento de la carga laboral.

Destacan también otros inputs como la falta de personal y la falta de organización y/o coordinación y las instalaciones.

La ampliación de la sala de espera y/o la modificación de esta para garantizar la intimidad y confidencialidad del paciente, es uno de los puntos de mejora de los que una parte de los sanitarios están de acuerdo en llevar a cabo, de ambos hospitales.

Los aspectos positivos que destacar de estos, es la gran preparación y formación por parte de la mayoría de los sanitarios de los servicios de urgencias, haciendo referencia también a los recursos existentes, pero no a la gestión llevada a cabo con estos.

El desconocimiento del motivo real de la demanda urgente, es el principal problema externo, o “output”, que los profesionales detectan como factor que dificulta el buen funcionamiento, haciendo referencia la gran mayoría a la necesidad de educar a la población general en cuanto a este motivo de demanda en los servicios urgentes de un hospital, con el fin de disminuir esta demanda o derivar directamente a centros de atención primaria (CAP), que tienen un papel clave a la hora de educar a la ciudadanía y solucionar urgencias que no requieran del uso de los recursos hospitalarios, aunque es verdad que algunos profesionales hablan de la necesidad de mejoras de la atención primaria (AP).

Otras medidas propuestas fueron la educación en la reagudización de las patologías crónicas y la concienciación a la población en el buen uso del servicio.

El conjunto de “inputs” y “outputs”, descritos tanto por pacientes como profesionales, que de una forma reiterada dificultan el desempeño de una asistencia óptima, tiene un importante impacto en la percepción de la calidad del conjunto de elementos formulados (atención, información, intimidad, etc.), disminuyendo la percepción de esta y afectando directamente a la satisfacción que manifiestan en las encuestas y formularios.

Destaca más en aspectos relacionados con el término de confort descrito por Kolcaba o el acompañamiento, que en este último periodo ha venido siendo dificultoso, o inexistente en estas unidades, o la información recibida por parte del equipo.

En última instancia, tras detectar las principales necesidades del servicio de urgencias mencionadas, se propone un plan de mejora desarrollado en el punto 7.

Las principales propuestas del plan de mejora en relación con los conceptos de satisfacción y confort del paciente son las siguientes: la ampliación de la educación sanitaria para la población general, la mejora del plan de gestión y administración del servicio de urgencias respecto al número de camas en función de la demanda de ingresos, o la valoración y/o priorización de la función del acompañante del paciente.

El presente trabajo da pie a nuevas investigaciones futuras, como la realización de un estudio para conocer las causas que influyen en el personal de enfermería en el momento de prestar la atención para que exista una falta de calidad, o una investigación con el objetivo de conocer el punto de vista de los familiares en relación a la calidad de los cuidados prestados por parte del servicio, debido a que las limitaciones actuales han imposibilitado conocer esta visión.

Además, las medidas de mejora deberían ser estudiadas, validadas y analizadas para evaluar su eficiencia a nivel clínico, usando para ello la metodología PDCA (Plan, Do, Check, Act), conocido como ciclo de mejora continua o Método Kaizen.

9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Ante todo, esclarecer qué se trata de un Trabajo de Fin de Grado llevado a cabo durante 6 meses, por tanto, una limitación metodológica hace referencia al tamaño de la muestra obtenida, la cual precisaría más tiempo para obtener un mayor número.

Obviando el tiempo destacar que, durante la realización de las encuestas, a causa de la saturación del servicio de urgencias y el ambiente de crispación y desesperación de los pacientes recibimos la negativa de muchos pacientes los cuales no querían colaborar.

En consecuencia, algunos pacientes se encontraban en un estado de alteración y/o nerviosismo, con lo que eso conlleva a la hora de responder a las preguntas propuestas.

Tampoco se ha podido acceder a los acompañantes de los pacientes ingresados en el Servicio de Urgencias debido a las restricciones, pero hubiese sido interesante conocer su punto de vista en cuanto a la calidad de la atención recibida y demás aspectos formulados en los cuestionarios.

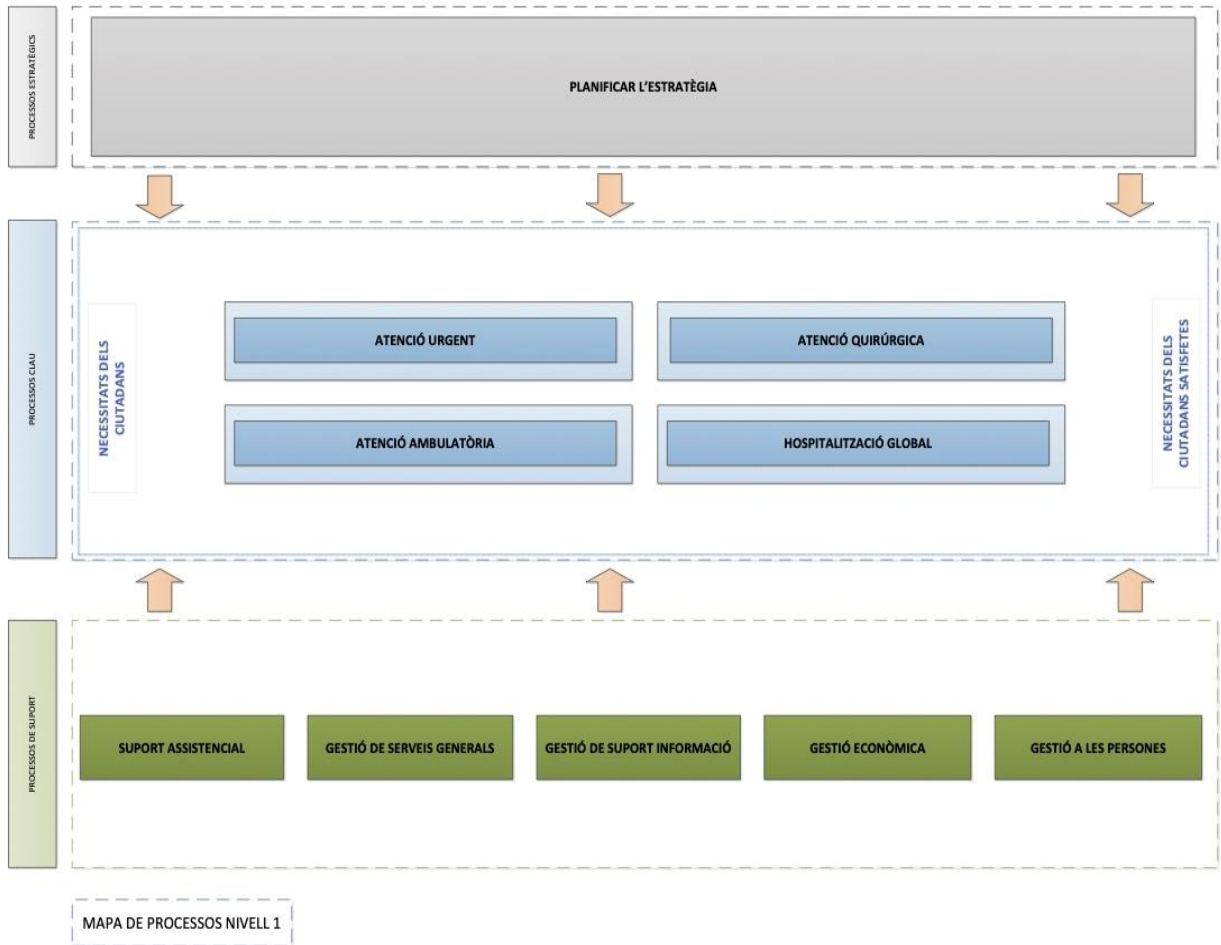
10. ASPECTOS ÉTICOS

Para la realización del presente estudio de investigación y el posterior análisis de los datos recogidos a través de las encuestas, se solicitará autorización a la dirección de las dos unidades de urgencias donde se llevará a cabo el estudio. (*ver Anexo 6*)

De igual forma, todos los pacientes participantes del estudio han recibido información explícita acerca del estudio a realizar, y han ratificado su voluntad de participar mediante el consentimiento informado (*ver Anexo 7*), además de haber sido informados del objetivo del proyecto y del trato de los datos aportados, en este caso con máximo rigor y preservando la confidencialidad, como así lo estipula la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

11. ANEXOS

ANEXO 1. MAPA DE PROCESOS



Infografia 7. Mapa de processos servicio de urgencias del Hospital Joan XXIII. Fuente: Intranet HJ23.

ANEXO 2. PLANTILLA ENCUESTA PACIENTES

Encuesta de satisfacción en la sala de espera del servicio de urgencias:

La encuesta es anónima y consta de 11 preguntas en referencia a su estancia en la sala de espera del servicio de urgencias, necesitamos que responda con total sinceridad.

1. ¿Quién le indicó acudir a urgencias?
 - a. Su centro de atención primaria (CAP)
 - b. Un familiar/amigo/conocido
 - c. Su hospital privado
 - d. Acudí mediante el SEM
 - e. Residencia
 - f. Otros:
2. En la sala de espera ¿escuchó cuando le llamaron?
 - a. Sí
 - b. No
3. Durante su paso por urgencias, ¿ha detectado usted algún problema?
 - a. Sí
 - b. No
4. Si la respuesta es sí, marque cuáles de las siguientes situaciones ha presenciado (*Si es más de una marque varias*)
 - a. Tras esperar mucho tiempo, fui atendido en la consulta muy rápido y no entendí lo que me dijo la/el médica/o
 - b. No resolvieron el motivo de mi ingreso
 - c. Recibí un trato deshumanizado por parte de las enfermeras
 - d. Esperé más de 15 minutos para que me llevaran de una sala a otra.
 - e. En la sala de espera, estaba incómodo/a y tenía frío
5. El tiempo de espera para ser atendido desde su entrada a urgencias hasta el triaje, ¿ha sido mayor de 5 minutos?
 - a. Sí
 - b. No

6. ¿Cuánto tiempo estuvo en la sala de espera desde que entró hasta que fue atendido?

Tiempo: _____

7. ¿A la hora de desplazarse se ha equivocado de sala o de box? (*Ejemplo: me he perdido yendo de la sala de espera al TAC*)

- a. Sí
- b. No

8. ¿Cuál es su grado de satisfacción en referencia a la confidencialidad y respeto de la intimidad en el servicio de urgencias? *Evalúe del 1 al 5 siendo 1 (pésimo) y 5 (muy satisfactorio)* _____

9. ¿Cree usted, que el problema de salud que presentaba se lo hubieran podido resolver en otro sitio?

- a. Sí
- b. No

10. Durante su estancia en urgencias, más concretamente en la sala de espera, ¿cómo evaluaría el trato y la atención recibida por el equipo médico? *Evalúe del 1 al 5 siendo 1 (pésimo) y 5 (muy satisfactorio)* _____

11. ¿En cuanto a la señalización y organización del servicio cómo la valoraría? *Evalúe del 1 al 5 siendo el 1 pésimo y el 5 muy satisfactorio.* _____

ANEXO 3. FORMULARIO DE GOOGLE PARA LOS PROFESIONALES

DAFO para el profesional sanitario del servicio de Urgencias

La siguiente encuesta forma parte de un estudio realizado dentro de un Trabajo de Fin de Grado del grado de enfermería de la Universitat Rovira i Virgili.

Tiene como objetivo identificar y conocer el punto de vista de los profesionales de manera anónima, acerca de la atención que se presta desde el servicio de urgencias de un hospital, y de esta forma, identificar aquellas necesidades que se puedan dar en dicho servicio y diseñar una estrategia o plan de mejora.

La tipología de las preguntas se basa en la metodología DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades).

Se divide en dos tipos de factores: internos y externos. Los primeros hacen referencia a los factores que se dan desde la institución o los profesionales, que no dependen del paciente, mientras que los factores externos hacen referencia a aquellos que dependen del paciente u o aquellos que no tienen que ver con la institución.

La metodología descrita nos permitirá analizar los datos que se obtengan de una forma agrupada y ordenada.

1. Edad
2. Sexo
3. ¿Cuál es el hospital y servicio donde trabajas?
4. ¿Cuántos años llevas trabajando?
5. ¿Qué problemas o factores internos ha detectado que dificultan su trabajo dentro del servicio de urgencias del hospital? (trato deshumanizado, saturación del servicio, falta de organización, falta de recursos materiales y/o de personal, situaciones de estrés, instalaciones deficientes...)
6. ¿Qué factores externos ha detectado que impidan cumplir los objetivos o ofrecer una buena calidad asistencial en el servicio? (desconocimiento del motivo de demanda de urgencias hospitalarias por parte de pacientes, trato vejatorio, abandono del servicio, clima de tensión...)

7. Dentro de la institución ¿qué aspectos positivos resaltaría como profesional del servicio de urgencias? (organización y funcionamiento adecuado, profesionales muy preparados, recursos óptimos, buena calidad asistencial...)
8. Referente a la población, ¿qué medidas aplicaría para mejorar el servicio de urgencias? (educación sanitaria en referencia a los motivos realmente urgentes, educar respecto a las reagudizaciones de enfermedades crónicas...)
9. ¿Qué propuestas de mejora aplicaría a la unidad de urgencias del hospital, referentes a las instalaciones del centro?
10. ¿Qué medidas aplicaría para la mejora de gestión y administración del servicio de urgencias del hospital?

ANEXO 4. ARTÍCULOS REVISADOS

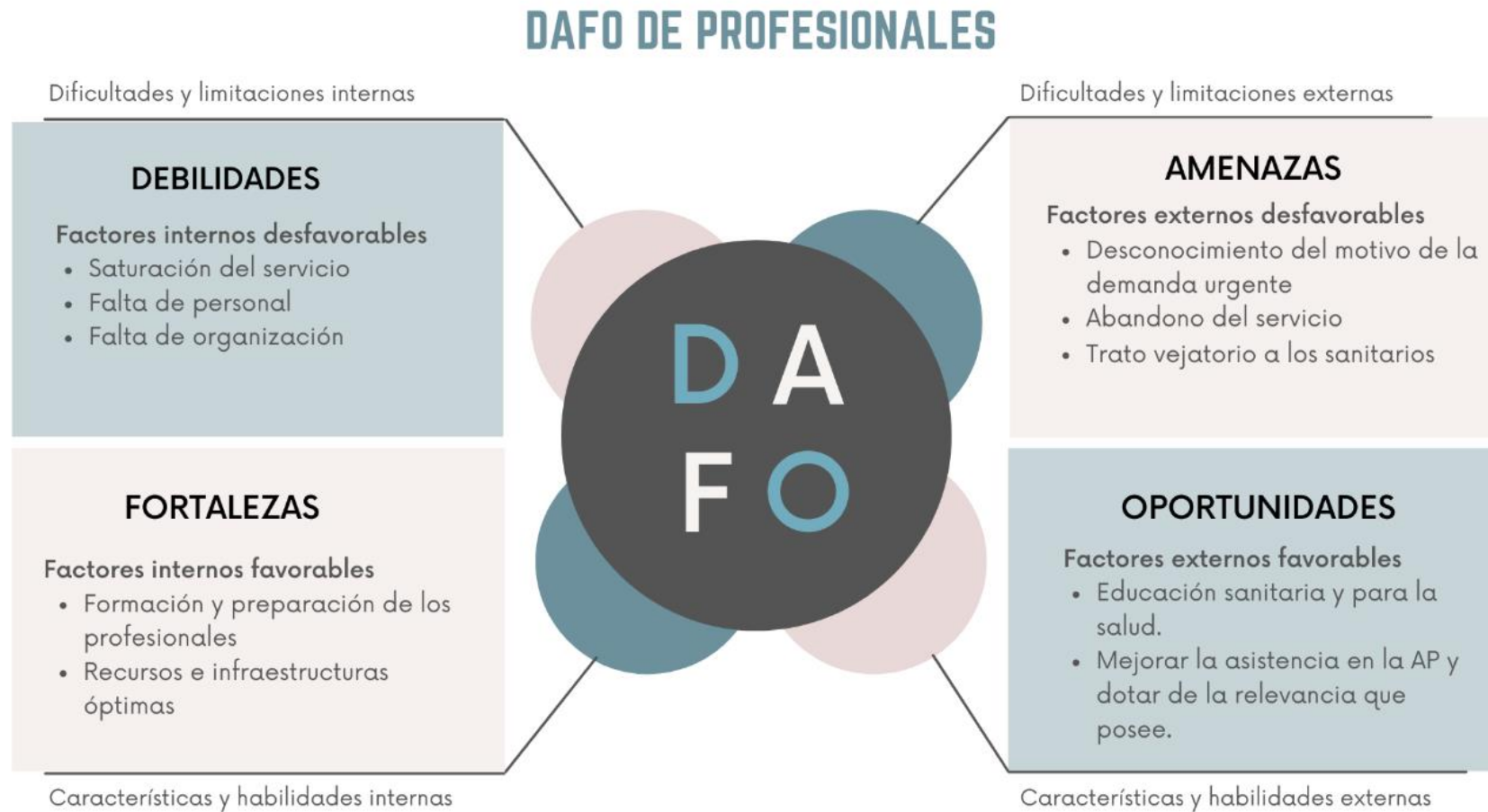
ARTICULOS REVISADOS			
Nombre del artículo/tesis	Año de publicación	Palabras clave	Resumen
Aproximación cualitativa al incremento de la demanda asistencial por iniciativa propia en un servicio de urgencias hospitalarias. Revista española de salud pública.	2021	Iniciativa propia, Servicio de Urgencias en hospital, Atención Primaria de la salud, Relaciones médico-paciente, Calidad de la atención de salud, Teoría fundamentada.	El incremento de la demanda de los servicios de urgencias como fenómeno universal tiene un origen multifactorial. Entre las múltiples causas que se detallan, encontramos la percepción de fiabilidad y seguridad que tiene la población en cuanto a las urgencias hospitalarias en comparación con la Atención Primaria, el elevado tiempo de espera para la realización de pruebas o la baja accesibilidad para ser atendido por un facultativo médico en AP, la falta de recursos, por la cercanía del hospital, la mayor confianza en especialistas, el desconocimiento de los servicios existentes, factores culturales y/o sociales, o la falta de educación sanitaria por parte de la población, entre otros.
¿Estamos utilizando nuestros servicios de urgencias como si fueran Google?	2019	Saturación, urgencias, esperas, multifactorial, recursos humanos	El incremento de la atención urgente puede provocar una saturación en los servicios. La causa del incremento es multifactorial, y el aumento de esta demanda es heterogéneo debido a la descentralización en materia de sanidad. La Atención Primaria (AP) debería ser un elemento clave para combatir este incremento, y se ha relacionado con mejores indicadores de salud. La cultura social de la inmediatez, el cambio de perfil clínico, el uso inadecuado son algunas de las causas, entre otras. Medidas como campañas con acciones formativas a pacientes hiperfrecuentadores o el fomento de la AP son algunas de las medidas para luchar contra esta saturación de las UUH.

Nombre del artículo/tesis	Año de publicación	Palabras clave	Resumen
Los servicios de urgencias y emergencias ante la pandemia por Sars-CoV-2	2020	Urgencias, pandemia, incidencia, seguridad, profesionales, entrada	El servicio de urgencias de los hospitales ha sido el punto de entrada del virus al sistema sanitario, que, junto a los servicios de medicina interna y las unidades de cuidados intensivos, han formado los tres pilares fundamentales que han soportado los momentos más duros de la pandemia. La seguridad de los profesionales que trabajan en estas áreas es clave para el buen funcionamiento de estos servicios y el objetivo de reducir la incidencia del virus.
Los sistemas de triaje en los servicios de urgencias	2020	Triage, urgencias, clasificación, modelos, prioridad	El triaje es un proceso de clasificación de pacientes según la gravedad clínica estableciendo un nivel de prioridad, que garantiza una atención eficiente y eficaz, y además aumenta la seguridad en esta. En nuestro país existen varios modelos de triaje, según la comunidad autónoma. El papel de triar corresponde a Enfermería, que asume sus competencias, debiendo atender a los pacientes con el suficiente grado de conocimiento, entendiendo el triaje como un sistema integral de calidad.
Estudio de la satisfacción de pacientes y profesionales en un servicio de urgencias hospitalario	2015	Promoción de la salud, Satisfacción de los pacientes, Servicio de urgencias, Enfermería, Satisfacción en el trabajo, Síndrome de burnout.	Dicha tesis doctoral tiene como objetivo el estudio de la satisfacción de pacientes y profesionales en el servicio de urgencias. A través de encuestas se pudo concluir los siguientes datos. Para los pacientes los factores asociados a la satisfacción son la edad, el sexo, el optimismo, el tiempo de espera percibido hasta la visita médica y el control del dolor. Sin embargo, para los profesionales el agotamiento emocional y la realización personal son los factores asociados a la satisfacción.

Nombre del artículo/tesis	Año de publicación	Palabras clave	Resumen
Programa de intervenciones enfermeras a un familiar en urgencias para reducir la ansiedad y mejorar la satisfacción: estudio experimental	2019	Familia, Ansiedad, Satisfacción personal, Cuidado de enfermera, Urgencias.	El proceso hospitalario tanto para la familia como para el paciente ocasiona intranquilidad y muchas veces aumenta sus niveles de ansiedad. En este estudio experimental se quiso comprobar en el hospital Clínic de Barcelona. Dicho estudio comprueba que mantener informada a la familia acerca de la organización del servicio y la evolución del paciente y cubrir sus necesidades conlleva a que disminuya la ansiedad tanto del paciente como de los familiares y por tanto que tengan una mayor satisfacción con el servicio de urgencias.
Una propuesta de modelo fisiológico del servicio de urgencias hospitalario	2017	Servicio de Urgencia Hospitalario, Aglomeración, Sobrecarga, Gestión en Salud.	Creando una analogía con el músculo cardíaco, Herrera Carranza et al., han explicado el sistema organizativo del servicio de urgencias. Compuesto por 4 partes: la precarga que hace referencia a la demanda del servicio, los pacientes. La válvula pre-SUH, los centros de salud y urgencias de atención primaria, la válvula post-SUH, el apoyo al diagnóstico y los especialistas consultores y por último la post-carga que hace referencia al hospital. Todas estas partes recaen en la bomba de flujo es decir en la organización del servicio. La cual da lugar a la capacidad del servicio. Cuando una de estas partes falla o se saturan el sistema cae y da lugar a la sobrecarga laboral y a la saturación del servicio de urgencias.
El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Anales del Sistema de Sanidad de Navarra	2010	Triaje, Servicio de Urgencia Hospitalario, Indicadores de calidad, Sistema de triaje Manchester, Sistema de triaje español.	El triaje es un instrumento esencial en el servicio de urgencias hospitalarias. De manera objetiva evalúa y clasifica a los pacientes para mejorar el funcionamiento y el rendimiento de la unidad. Los diferentes sistemas de triaje, MAT, SET y Sistema de Manchester están estructurados y basados en escalas de clasificación de cinco niveles. Los profesionales de enfermería son los responsables del triaje, para ello es necesaria la preparación y especialización en dicho sistema para que se lleve a cabo de manera correcta y eficaz.

Tabla 10. Artículos revisados. Fuente: Elaboración propia

ANEXO 5. DAFO DE PROFESIONALES



Infografía 8. Esquema DAFO de profesionales. Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 6. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL CENTRO

El trabajo que realizar está siendo llevado a cabo por los estudiantes de enfermería de la Universitat Rovira i Virgili, dentro de la asignatura de Trabajo de Fin de Grado (TFG), el Sr. Sergi Calvo Mateu y la Sra. Maria Clara Bayona Bou.

El objetivo principal de dicho trabajo es la detección de necesidades en la atención a los pacientes de un Servicio de Urgencias Hospitalarias y la elaboración de un plan de mejora teniendo en cuenta las necesidades detectadas con anterioridad.

Como supervisor/a o director/a de la unidad de Urgencias, se le está pidiendo consentimiento para la realización de encuestas tanto a profesionales como a pacientes en dicho servicio, y durante el tiempo aproximado de dos meses, siempre que la situación lo haga posible.

Los datos en todo caso serán tratados bajo el anonimato, y no implicará ninguna consecuencia en ninguno de los pacientes o profesionales.

Su consentimiento será totalmente voluntario, y la negativa de este tampoco comportará ninguna consecuencia. En todo caso, la decisión será revocable en cualquier momento del proceso, o posterior a este.

Yo, _____ como director/a o supervisor/a de la Unidad de Urgencias del Hospital _____ he leído las condiciones descritas anteriormente, y estando de acuerdo con estas, doy mi consentimiento para la realización de encuestas dentro de la unidad tanto a pacientes como profesionales y el posterior análisis de los resultados

Firma y número de documento del profesional

Firma del investigador/a

ANEXO 7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTES

Hoja de información

Se le está pidiendo que conteste unas preguntas que nos permitirán recolectar datos sobre su experiencia durante su estancia en el Servicio de Urgencias del hospital.

Este estudio se realiza dentro del marco de un Trabajo de Final de Grado del Grado de Enfermería, con el objetivo de explorar las necesidades más comunes detectadas en el servicio del hospital anteriormente mencionado, y así poder elaborar un plan de mejora de este.

Su participación es completamente voluntaria, y su negativa no le traerá ningún inconveniente.

Usted puede realizar todas las preguntas que necesite al investigador que realizará la encuesta antes de tomar la decisión de formar parte o no.

Este estudio será llevado a cabo por parte de la Sra. Maria Clara Bayona Bou y del Sr. Sergi Calvo Mateu, ambos estudiantes del Grado de Enfermería de la Universidad Rovira i Virgili.

La encuesta es anónima y sus datos personales serán tratados de forma confidencial como así lo exige la Ley.

Consentimiento Informado

He leído la hoja de Información del consentimiento informado, he recibido una explicación satisfactoria sobre los procedimientos del estudio y su finalidad.

He quedado satisfecho con la información recibida, la he comprendido y se han resuelto las dudas que he formulado, y comprendo que mi participación es completamente voluntaria.

Presto mi consentimiento para la realización de dicha encuesta y el posterior análisis de los resultados y conozco mi derecho a retirarlo cuando así lo desee, con la única obligación de informar mi decisión a los responsables.

Firma del sujeto, número de documento y fecha

Firma del investigador y fecha

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Emergency Medical Services [Internet]. American Medical Association. Policy finder. 2018. [citado 23 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://policysearch.ama-assn.org/policyfinder/detail/H-130.970?uri=%2FAMADoc%2FHOD.xml-0-270.xml>
2. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de urgencias hospitalaria. Estándares y recomendaciones [internet]. España 2010; Madrid [citado 12 de diciembre de 2021] Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>
3. Relinque-Medina F, Pino-Moya E, Gómez-Salgado J, Ruíz-Frutos C. APROXIMACIÓN CUALITATIVA AL INCREMENTO DE LA DEMANDA ASISTENCIAL POR PROPIA INICIATIVA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS. Rev Esp Salud Pública. [Internet]. 2021 ;(95):1-14. [citado el 14 de diciembre de 2021] Disponible en: http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/19997/RS95C_202106087.pdf?sequence=2
4. Barquín Rodríguez F, Gomis Coloma A. Síndrome de Burnout en Urgencias. Revista de Psicología de la Salud (New Age) [Internet]. 2019 [citado 20 de diciembre de 2021];:308–310. Disponible en: <https://revistas.innovacionumh.es/index.php/psicologiasalud/article/view/880>
5. Gobierno Balear Ibsalut. Admisión y documentación clínica. [Internet]. 2021 [Citado el 20 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.ibsalut.es/asme/ca/17-hospital/cartera-de-servicios/20-admision-y-documentacion-clinica.html>
6. Rubén Cañizares Sánchez, 2018. *ENFERMERÍA EN LA CLASIFICACIÓN DE PACIENTES EN URGENCIAS: DIFICULTADES Y PROPUESTAS DE MEJORA*. [Internet] Revistaenfermeriacyl.com.[Citado el 15 de diciembre de 2021]. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/213/187>

7. Soler W., Gómez Muñoz M., Bragulat E., Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2010 [citado el 2 de enero de 2022]; 33 (Suppl 1): 55-68. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008&lng=es.
8. Segura, E., Fortuño, M., Usach, T., Miravete, et al. *Perfil competencial en los profesionales de triaje de los servicios de urgencias hospitalarios*. [Internet] 2017. Dialnet. [Citado el 12 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6004141>
9. RSI - REVISTA SANITARIA DE INVESTIGACIÓN. Los sistemas de triaje en los servicios de urgencias. [Internet] 2020 [Citado el 10 de diciembre de 2021] Disponible en: <https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/los-sistemas-de-triaje-en-los-servicios-de-urgencias/>
10. Manchester: Sistemas de clasificación de pacientes en la Comunidad Valenciana. San.gva.es. 2009. [Internet] [Citado el 12 de diciembre de 2021] Disponible en: http://www.san.gva.es/documents/157385/637798/5_Manchester_Sistemas_clasificacion_pacientes_Urgencias_C.V.pdf
11. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Documento técnico “Manejo en urgencias del COVID-19”. Sanidad.gob.es. 2020. [Internet] [Citado el 9 de enero de 2022] Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_urgencias_pacientes_con_COVID-19.pdf
12. ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN DE PACIENTES Y PROFESIONALES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO. Tdx.cat. 2015. [Internet] [Citado el 10 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/302799/tafa.pdf>
13. INDICADORES HOSPITALARIOS. EVOLUCIÓN 2010-2018 Mscbs.gob.es. 2022. [Internet] [Citado el 19 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2018/Indic_hospital_Evol_2010_18.pdf

14. Consulta Interactiva del SNS. Pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es. 2022. [Internet] [Citado el 10 de enero de 2022]. Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/C/siae/siae/hospitales/actividad-asistencial/actividad-urgencias>
15. Moreno, F. *¿Estamos utilizando nuestros servicios de urgencias como si fueran Google?*. Revista de la S.E.M.U.E. Dialnet. 2019 [Internet] [Citado el 12 de enero de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6981120>
16. ANÁLISIS DE LOS PROTOCOLOS Y RECURSOS DE CUIDADOS CRÍTICOS PARA PACIENTES CON COVID-19 ATENDIDOS EN SERVICIOS DE URGENCIAS ESPAÑOLES EN LA PRIMERA OLA PANDÉMICA. Mcbs.gob.es. 2021 [Internet] [Citado el 10 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C_202108103.pdf
17. Armengol, J. and Lima, M. *Los servicios de urgencias y emergencias ante la pandemia por SARS-CoV-2*. Revista de la Revista de SEMUE. Dialnet. 2020. [Internet] [Citado el 9 de enero de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7351828>
18. M. Herrera Carranza , F. Aguado Correa et al. *Una propuesta de modelo fisiológico del servicio de urgencias hospitalario*. Scielo.isciii.es. 2017. [Internet] [Citado el 11 de enero de 2022]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v40n1/1137-6627-asisna-40-01-00011.pdf>
19. Rodrigo, R. and Parra, C., *DOCUMENTO DE CONSENSO: SATURACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS. ESTRATEGIAS PARA SU REORGANIZACIÓN*. 2019. [Internet] seup.org [Citado el 21 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/gt/Consenso_reorganizacion_epid2.pdf
20. Sánchez Calvo, L. *Los sistemas de triaje en los servicios de urgencias hospitalarias*. [Trabajo Final de Grado en Internet]. [Zamora]. Escuela de Enfermería de Zamora, 2021. [citado el 29 de diciembre de 2021]. Recuperado a partir de: <https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/147134/Sánchez%20Calvo%2C%20Laura.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

21. Martínez Virto, A.M. SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS: INFLUENCIA DE LA CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES Y SU PROCESO ASISTENCIAL DURANTE SU TIEMPO DE PERMANENCIA. UAM. 2017. [TFG de Internet] [Citado 15 de diciembre de 2021] Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/681416/martinez_virto_ana_maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. Landa-Ramírez, E. et al *Vista de Clima organizacional y factores relacionados con el burnout en urgencias médicas: un estudio correlacional | Psicología y Salud*. Psicologiaysalud.uv.mx. 2017. [Internet] [Citado el 12 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2525/4407>
23. Betrán Orduna, M. Saturación en los Servicios de Urgencias hospitalarios: análisis causal y búsqueda de soluciones. Zaguan.unizar.es. 2016. [TFG de Internet] [Citado el 17 diciembre de 2021]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/57571/files/TAZ-TFG-2016-1126.pdf>
24. Sánchez Sánchez, F., *SATISFACCIÓN Y BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO*. [Internet] Dspace.umh.es. 2018 [Citado el 14 de enero de 2022]. Disponible en: <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/5846/1/SANCHEZ%20SANCHEZ%2C%20FRANCISCA%20CARMEN%20TFM.pdf>
25. Fernández Caballero, M Ángel. Programme of nursing interventions to a relative in the emergency department to reduce anxiety and improve satisfaction: experimental study [Internet]. Nure investigación. 2019 [citado el 21 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1813/906>
26. RAE. Real Academia Española. 2022 [Internet] [citado el 7 de diciembre de 2021] Disponible en: <https://dle.rae.es/comfort>

27. Bosch Alcaraz, Alejandro. et al La teoría del confort en los cuidados enfermeros: Project: Discomfort of critically ill pediatric patients and their families / Revista de enfermería (Barcelona, Spain) 41(10):688-692. 2018. [Internet] [citado el 8 de diciembre de 2021] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/328601196_La_teoria_del_confort_en_los_cuidados_enfermeros
28. Urgències - Hospital Clínico Universitario de Valencia: Departamento Clínico-Malvarrosa. 2022 [Internet] [Citado el 9 de enero de 2022]. Disponible en: <http://clinicomalvarrosa.san.gva.es/urgencias>
29. Urgencias – Institut Català de la Salut. ICS 2022. [Internet] [Citado el 11 de enero de 2022] Disponible en: <https://icscampdetarragona.cat/web/index.php/hospital-joan-xxiii/els-nostres-serveis/urgencies/?lang=es>
30. Lorenzo Martínez, S., Mira Solves J., Moracho del Río, O. La gestión por procesos en instituciones sanitarias. [Internet]. Máster en Dirección Médica y Gestión Clínica. [Citado el 22 de febrero de 2022] Disponible en: https://calite.umh.es/data/docs/110/Gestion_procesos.pdf