

# Identificación de problemas de calidad en la información clínica a usuarios de un servicio de Urgencias hospitalario

S. Núñez Díaz<sup>a</sup>, A. F. Martín-Martín<sup>a</sup>, I. Rodríguez Palmero<sup>a</sup>, I. González Hernández<sup>a</sup>, J. Antolín Arias<sup>b</sup>, R. Hernández González<sup>b</sup> y L. Álvarez Rubio<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Urgencias y <sup>b</sup>Unidad de Calidad. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias.

**Objetivos.** Valorar el nivel de asimilación de la información facilitada a los pacientes y familiares en el servicio de Urgencias y conocer el grado de satisfacción. **Métodos.** Se diseñó un estudio descriptivo transversal. La selección de los sujetos a estudio se realizó mediante un muestreo aleatorio simple, obteniéndose una muestra de 213 pacientes. En el momento del alta estos pacientes con sus acompañantes contestaron una encuesta escrita y anónima. Para valorar la comprensión de la información se contrastaron las respuestas del cuestionario con la historia clínica.

**Resultados.** La presentación del médico, la información sobre el tiempo de estancia aproximado en Urgencias, la explicación de las pruebas complementarias a realizar y de los resultados de las mismas determinó significativamente la puntuación de satisfacción sobre la información ofrecida, que para los pacientes fue de 6,3 puntos sobre 10. El porcentaje de pacientes que tenía conocimiento puntual de las pruebas realizadas fue del 61,5%, del diagnóstico el 50,7% y del tratamiento administrado el 35,2%. La comprensión del diagnóstico y del tratamiento administrado fue diferente según la edad ( $p < 0,001$ ), y la asimilación de la información sobre las recomendaciones al alta fue diferente según el nivel de estudios ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones.** La identificación del personal sanitario permitiría un mejor flujo bidireccional de la información. Dadas las características socioculturales de nuestro medio, la información debe ser clara y concisa. Para que la información se transmitiera a la mayoría de los usuarios del servicio de Urgencias sería útil la información previa sobre el funcionamiento del servicio en forma de folletos en la entrada y establecer protocolos para el consentimiento informado sobre diversas técnicas diagnósticas y de tratamiento propias de la Medicina de urgencias.

**PALABRAS CLAVE:** calidad, información, urgencias hospitalarias.

Núñez Díaz S, Martín-Martín AF, Rodríguez Palmero I, González Hernández I, Antolín Arias J, Hernández González R, Álvarez L. Identificación de problemas de calidad en la información clínica a usuarios de un servicio de Urgencias hospitalario. *Rev Clin Esp* 2002; 202(12):629-34.

Identification of quality problems in the clinical information to hospital emergency department patients

**Objectives.** To evaluate the comprehension level of the information provided to patients and relatives attending an emergency department and to know their satisfaction degree.

**Methods.** A cross-sectional descriptive study was designed. The selection of study patients was made by means of a simple randomized sampling and the total of patients was 213. At discharge, these patients and their relatives answered a written, anonymous questionnaire. To evaluate the comprehension of the information provided, the questionnaire responses were checked against the clinical records.

**Results.** The self-identification of the health care providers, information on the estimated length of stay at the ED, the explanation of complementary tests and their results significantly determined the satisfaction score on the provided information, which for the patients was 6.3 on a 10-point scale. The percentages of patients who were knowledgeable of the performed tests, diagnosis, and administered treatment were 61.5%, 50.7%, and 35.2%, respectively.

Understanding the diagnosis and the administered treatment differed according to age ( $p < 0.001$ ) and the assimilation of the information on recommendations at patients's discharge differed according to the education level ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions.** The self-identification of health care personnel would allow for a better bi-directional information flow. Given the socio-cultural characteristics of our population, the information provided should be clear and concise. The transmission of information to most emergency department users would be best achieved with previous information of the workflow at the emergency department in the form of booklets at the entrance, and also establishing protocols for the informed consent on different diagnostic and treatment techniques inherent to emergency care.

**KEY WORDS:** quality, information, hospital emergencies.

Correspondencia: S. Núñez Díaz.  
Servicio de Urgencias.  
Hospital de la Candelaria.  
Carretera del Rosario, s/n.  
38010 Santa Cruz de Tenerife.  
Correo electrónico: salvadorn@comtf.es

Aceptado para su publicación el 8 de noviembre de 2001.

*Conocer aquello que los usuarios esperan de nosotros es sólo una parte del reto. La otra, la más grande, es corresponder a sus expectativas*

PARASURAMAN

## Introducción

La calidad de la atención urgente en los servicios de Urgencias hospitalarios constituye uno de los principales retos de nuestro sistema sanitario. El servicio de Urgencias del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, como el de muchos hospitales del Estado, registra con frecuencia situaciones de masificación y colapso que se agravan sobre todo durante los meses de invierno. Estas circunstancias generan insatisfacción tanto en los pacientes y sus acompañantes como en los profesionales que trabajan en estos servicios. Uno de los aspectos asistenciales que se ve afectado en gran medida, y que tiene efecto significativo sobre los resultados de la calidad asistencial, es la información médica que se ofrece a pacientes y familiares en los servicios de Urgencias. La opinión pública y la prensa se hacen eco de estas circunstancias, y año tras año demandan a las autoridades sanitarias una solución al problema<sup>1</sup>. En este sentido, R. L. Schwartz y D. T. Overton ponen como prioridad para disminuir las quejas del enfermo y aumentar su satisfacción que «el personal debe hacer todos los esfuerzos necesarios para proporcionar a los enfermos y a sus familiares toda la información posible»<sup>2</sup>.

Otro aspecto de la información es la calidad de la misma. Es necesario mejorar la información oral y escrita proporcionada a los pacientes que acuden al servicio de Urgencias, contando con la presencia del acompañante y comprobando su asimilación para garantizar el cumplimiento de las recomendaciones al alta<sup>3</sup>. Recientes publicaciones en la literatura médica mundial han estudiado este problema. S. Krishel<sup>4</sup> y M. Kologlu<sup>5</sup> encontraron que la distribución de un formulario informativo entre los pacientes y familiares con información sobre el funcionamiento del servicio de Urgencias, el tiempo de espera y el porqué esperan los pacientes y por qué otros precisan de cuidados prioritarios influyó en el grado de satisfacción de los usuarios.

La situación actual en nuestro centro es que sólo un 3,14% de las quejas planteadas en 1999 se refieren explícitamente a la información recibida, pero cuando se analizan las quejas relacionadas con el proceso clínico en general, la gran mayoría tienen su origen en alguna deficiencia en la información (fuente: servicio de Atención al Paciente, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria).

El objetivo general de este trabajo es investigar las posibilidades de mejora en este capítulo del proceso asistencial, que es la información médica, para seguidamente proponer medidas de acción de mejora o correctoras en nuestro servicio de Urgencias. Fueron objetivos específicos el valorar, por un lado, si la información dada a los pacientes y familiares fue enten-

dida (calidad de la información), y por otro, conocer el grado de satisfacción de los pacientes y familiares con la información recibida.

## Método

El estudio fue realizado durante los meses de junio y julio de 2000 en el servicio de Urgencias del Hospital de la Candelaria, en Santa Cruz de Tenerife. Este hospital docente tiene 933 camas y cubre a una población de 407.157 personas y su servicio de Urgencias atiende una media de 247 pacientes al día.

Para la consecución de los objetivos planteados se diseñó un estudio descriptivo transversal. Los pacientes incluidos en el estudio fueron todos aquellos que, tras ser valorados en la Unidad de Triage, necesitaron permanecer en otros departamentos del servicio de Urgencias, bien para realizar pruebas diagnósticas, bien para recibir el tratamiento correspondiente. La selección de los pacientes con criterios de inclusión se realizó mediante un muestreo aleatorio simple, obteniéndose una muestra de 213 pacientes. El tamaño de la muestra se calculó para una máxima imprecisión aceptable de  $\pm 5\%$  y con un nivel de confianza de 0,95. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: pacientes en edad pediátrica, pacientes con patología traumática y aquellos con algún tipo de deterioro de sus facultades mentales.

Los pacientes, junto con los acompañantes que se encontraban en el momento del alta, contestaron una encuesta escrita y anónima asesorados por una persona no sanitaria perteneciente al grupo de gestión del hospital. El número de acompañantes que se encontraban en Urgencias en el momento del alta y que contestaron la encuesta fue de 145 (68,1%). Se consideró que el paciente estaba dado de alta del servicio de Urgencias cuando se tomaba la decisión de que podía trasladarse a su domicilio o, por el contrario, debía permanecer ingresado en el servicio hospitalario correspondiente.

En el mes anterior a la puesta en marcha del trabajo se realizó una prueba piloto durante tres días, lo que permitió validar el cuestionario.

El cuestionario de pacientes era diferente al de los acompañantes y se fundamentó en preguntas abiertas y cerradas (tabla 1). Consta de una primera parte en la que se recogen los datos de filiación, la presencia o no de acompañante y se valora el nivel sociocultural del paciente a partir del máximo nivel de estudios alcanzado. La segunda parte contiene preguntas sobre la información oral recibida por el paciente en relación con pruebas diagnósticas y tratamientos recibidos durante su estancia en urgencias, así como sobre la conducta posterior que deberá seguir. Otras preguntas evalúan la comprensión de la información oral y la presencia de dudas sobre ella. Por último, se les invita a expresar libremente tanto su opinión como su grado de satisfacción, puntuando de 0 a 10. En todos los casos se utilizó como patrón de contraste el informe escrito del servicio de Urgencias que se entrega al ser dado de alta el paciente.

Se consideraron diferentes variables y algunas de ellas se agruparon en diferentes categorías: la identificación del médico, nivel de estudios (sin estudios primarios, estudios primarios, bachillerato-formación profesional y universitario), grupos de edad (15-29, 30-44, 45-59, 60-74 y más de 75 años), puntuación de satisfacción, grado de satisfacción (deficiente de 0 a 4 puntos, aceptable de 5 a 6 puntos, notable de 7 a 8 puntos y excelente de 9 a 10 puntos). Del informe clínico se extrajo la variable tipo de patología observada, que se agrupó en los siguientes síndromes: dolor abdominal, dolor torácico, alteraciones cardiológicas, insuficiencia respiratoria, alteraciones neurológicas, síndrome fe-

TABLA 1  
**Cuestionario para pacientes sobre la información médica recibida**

Fecha de nacimiento			
Sexo	<input type="checkbox"/>		
¿Acudió usted con acompañante?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
¿Se le indicó qué tiempo aproximado iba a permanecer en el servicio de Urgencias?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>
¿Se presentó el médico que le atendió?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>
¿Se le hizo alguna prueba? (analítica, radiografía, etc.)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>
¿Sabría decir qué pruebas se le han practicado?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>
	No procede <input type="checkbox"/>		
¿Podría citar las pruebas realizadas?			
¿Conoce el resultado de las mismas?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>
	No procede <input type="checkbox"/>		
¿Se le informó antes sobre qué tipo de prueba se le iba a realizar?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>
	No procede <input type="checkbox"/>		
¿Cuál fue su diagnóstico?			
¿Se le aplicó algún tratamiento?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>
Si se le aplicó algún tratamiento, ¿sabe en qué consistió?			
¿Se le informó antes de qué tipo de tratamiento se le iba a poner?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>
¿Conoce las recomendaciones que se le indicaron a su alta de este servicio?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>
¿Puede citarlas?			
Con respecto a la información recibida durante su estancia en este servicio, ¿qué puntuación le daría de 0 a 10?			
¿Le importaría indicar qué estudios tiene?			
	Ninguno básicos <input type="checkbox"/>	Bachillerato/formación profesional <input type="checkbox"/>	Universitarios <input type="checkbox"/>
Otros comentarios o sugerencias			

bril, intoxicación medicamentosa, alteraciones de la hemostasia, alteraciones metabólicas y miscelánea. Del mismo informe clínico se obtuvo el tiempo de estancia de los pacientes en Urgencias, que se agrupó en 4 categorías: 0 a 12 horas, de 13 a 24, de 25 a 36 y más de 36 horas.

Para valorar la asimilación de la información se contrastaron las respuestas del cuestionario con la historia clínica de cada paciente, dando como resultado la variable nivel de comprensión de la información. Cuando la respuesta del paciente no coincidía o coincidía poco con los datos de la historia clínica se consideró un nivel de asimilación o comprensión nulo o insuficiente, cuando coincidía en bastantes aspectos se estimó un nivel de comprensión suficiente y cuando coincidía plenamente se valoró que su nivel de asimilación era máximo.

Una vez recogidos los datos en la forma y con las consideraciones señaladas, se guardaron en una base de datos para posteriormente ser procesados mediante paquete estadístico SPSS. Como medidas descriptivas se emplearon las frecuencias absolutas y relativas, la media y desviación estándar. Para comparaciones entre distintas variables se aplicó la Chi<sup>2</sup> de Pearson, con un nivel de significación del 5%.

## Resultados

La puntuación dada por los pacientes a la información médica recibida en el servicio de Urgencias, en una escala de 0 a 10, fue de  $6,34 \pm 2,52$  y la puntuación de los acompañantes fue de  $5,03 \pm 3,03$  para el tiempo transcurrido para recibir la primera información médica y de  $6,41 \pm 2,79$  para la información recibida.

El 55,9% de los pacientes afirmó que el médico no se identificó cuando fueron atendidos y el 75,2% de los acompañantes manifestó que el médico que atendió a su familiar no se presentó como tal, condicionando la puntuación sobre la satisfacción de la información recibida ( $p = 0,009$  y  $p = 0,001$ , respectivamente).

El 36,6% de los pacientes no fue informado sobre el tiempo aproximado de estancia en el servicio de Urgencias y el 77,2% de los acompañantes no recibió este tipo de información; se encontró una relación significativa entre la información sobre el tiempo aproximado de estancia y la puntuación sobre la satisfacción por la información recibida ( $p < 0,001$  para pacientes y  $p = 0,005$  para acompañantes).

El 39,4% de los pacientes afirmó conocer el resultado de las pruebas complementarias a las que fueron sometidos, frente a un 55,9% de enfermos que desconocían dichos resultados. La puntuación de satisfacción entre estos dos grupos de pacientes fue significativamente diferente ( $p = 0,001$ ). Por otro lado, los pacientes fueron informados de las pruebas complementarias antes de su aplicación en un 72,3% y se mostraron más satisfechos con la información recibida ( $p < 0,001$ ). Por otro lado, al 46,9% de los pacientes no se les informó antes de las características del tratamiento que se les iba a administrar, condicionando la puntuación de satisfacción ( $p < 0,05$ ). El 86,9% de los pacientes y el 68,5% de los acompañantes conocían las recomendaciones al alta.

Los principales síndromes observados durante el estudio se muestran en la [tabla 2](#). Hubo diferencias signifi-

**TABLA 2**  
**Principales síndromes observados durante el estudio en el servicio de Urgencias**

	Porcentaje
Dolor abdominal	19,7
Dolor torácico	19,2
Alteraciones cardiológicas	15
Insuficiencia respiratoria	10
Alteraciones neurológicas	9,9
Síndrome febril	6,6
Intoxicación medicamentosa	6,1
Alteraciones de la hemostasia	6,1
Alteraciones metabólicas	2,8
Miscelánea	4,2

cativas entre los pacientes con distintas patologías y el nivel de máxima comprensión en lo que se refiere al diagnóstico y pruebas complementarias (tabla 3). No se encontraron diferencias significativas entre la puntuación de satisfacción y las patologías observadas.

Al contrastar los datos de los cuestionarios con los del informe de alta se obtuvieron los siguientes resultados: los pacientes que alcanzaron el nivel máximo de comprensión para el conocimiento de las pruebas complementarias fue del 61,5%, para el diagnóstico el 50,7%, para el tratamiento el 35,2% y para las recomendaciones al alta el 74,2%. Con respecto a los acompañantes, el 24,4% no comprendió las pruebas que se habían practicado al paciente y el 38,5% alcanzó el nivel máximo de asimilación con las recomendaciones en el momento del alta.

El grado de satisfacción fue más alto para los pacientes con un nivel máximo de comprensión de su diagnóstico, pruebas complementarias y tratamiento recibido (tabla 4).

Se encontraron diferencias significativas al comparar grupos de edad y nivel de coincidencia de la información contrastada respecto a su diagnóstico, de forma que a mayor edad del paciente menor nivel de comprensión ( $p < 0,001$ ) (tabla 5). Del mismo modo sucedió con la información referida al tratamiento administrado ( $p < 0,001$ ) (tabla 6). En cuanto a la asimilación de la información del paciente respecto a

**TABLA 3**  
**Porcentaje de pacientes por patologías, que tuvieron mejor comprensión en el conocimiento de su diagnóstico y de las pruebas complementarias practicadas**

Síndromes	Diagnóstico (%)	Pruebas complementarias (%)
Dolor abdominal	25,2	26,2
Alteraciones neurológicas	13,1	9,2
Dolor torácico	12,1	19,2
Intoxicaciones medicamentosas	11,2	4,6
Alteraciones cardiológicas	9,3	8,5
Insuficiencia respiratoria	8,4	11,5
Síndrome febril	7,5	7,7
Alteraciones de la hemostasia	7,5	8,5
Alteraciones metabólicas	1,9	1,5
Miscelánea	3,7	3,1
Significación	$p = 0,015$	$p = 0,005$

**TABLA 4**  
**Relación entre el nivel máximo de comprensión de la información recibida y el grado de satisfacción del paciente**

Aspecto del proceso informado	Grado de satisfacción				
	Insuficiente	Aceptable	Notable	Excelente	Significación
Pruebas complementarias	10%	32%	32%	26%	$p = 0,044$
Diagnóstico	8,4%	29%	36,4%	26,2%	$p = 0,019$
Tratamiento	13,3%	25,3%	33,3%	28%	$p = 0,027$

las recomendaciones al alta, ésta fue diferente según el nivel de estudios ( $p < 0,05$ ) (tabla 7).

El 51,6% de los pacientes fueron mujeres y el 48,4%, hombres. La edad media fue de  $54,7 \pm 19$  años. El nivel de estudios de los pacientes encuestados fue el siguiente: el 20,8% carecía de estudios primarios, el 55,2% poseía estudios primarios, el 17,5% tenía una formación profesional o de bachillerato y el 6,6% era universitario. En el 88,7% de los casos el paciente acudió con un acompañante al servicio de Urgencias, no encontrándose una relación significativa entre el nivel de estudios y el acompañamiento del paciente.

El 68,1% de los pacientes fueron dados de alta a su domicilio y 31,5% fueron ingresados en el hospital. Tampoco se encontraron diferencias significativas en lo relativo a la satisfacción del paciente con la información y el tipo de alta (domicilio o ingreso).

La estancia media de los pacientes estudiados fue de  $16,1 \pm 15,5$  horas. Esta larga estancia, que se explica porque la mayoría de ellos permanecieron en observación, no condicionó el grado de satisfacción de los acompañantes respecto a la información.

La mayoría de las sugerencias de los pacientes y sus acompañantes se manifestaban en la línea de que la información médica debería ofrecerse con más frecuencia. Otras sugerencias no tenían relación con la información y se referían a la estructura del servicio, demandando mayor intimidad, mejor calidad de las comidas, etc.

## Discusión

La información médica en urgencias, además de ser un derecho de los pacientes reconocido en las leyes<sup>6</sup>,

**TABLA 5**  
**Comprensión de la información referida al diagnóstico según el grupo de edad**

Grupos de edad	Nivel de comprensión del diagnóstico			Total
	Insuficiente o nulo	Suficiente	Máxima	
15-34 años	2,2%	15,6%	82,2%	100%
35-49 años	10%	33,3%	56,7%	100%
50-64 años	32,7%	25,5%	41,8%	100%
65 años o más	31%	30,9%	38,3%	100%

Significación  $p < 0,001$ .

TABLA 6  
**Comprensión de la información referida al tratamiento según el grupo de edad**

Grupos de edad	Nivel de comprensión del tratamiento			Total
	Insuficiente o nulo	Suficiente	Máxima	
15-34 años	26,6%	17,8%	55,6%	100%
35-49 años	33,3%	26,7%	40%	100%
50-64 años	38,2%	29,1%	32,7%	100%
65 años o más	48,8%	26,8%	24,4%	100%

Significación  $p < 0,033$ .

supone una actitud terapéutica más que hay que tener presente. El paciente en Urgencias se encuentra inmerso en una situación inesperada y llena de incertidumbre, y la información va a aliviar su angustia y la de sus familiares. Además va a formar parte del proceso de participación activa de los pacientes o usuarios en la toma de decisiones clínicas. En este sentido la información constituye, por tanto, un proceso de relación en el cual se produce una continua interacción e intercambio de información entre el sanitario y el paciente.

A diferencia de otro estudio<sup>3</sup>, nuestra experiencia presentó un porcentaje superior de pacientes que llegaron acompañados al servicio de Urgencias (88,7%). Estos familiares o acompañantes que aguardan en las salas de espera poseen una carga emocional igual o incluso mayor que los propios pacientes, y por tanto, también deben ser asistidos desde el punto de vista de la información.

Un aspecto importante a tener en cuenta a la hora de informar es la edad del paciente, puesto que en los ancianos su capacidad de asimilar la información es mucho menor, tal y como quedó evidenciado en este trabajo, siendo preciso, por tanto, dedicarles más tiempo. Es de destacar en nuestro estudio el nivel sociocultural de la población atendida. El hecho de que el 76% de los pacientes no poseían estudios o sólo un nivel primario hace que se deba ajustar la forma de dar la información médica. En nuestros pacientes esto quedó patente cuando se observó que el grado de asimilación de la información referente a las recomendaciones al alta era mejor en aquellos que poseían estudios que en los que no; esta situación también es compartida por otros autores<sup>8,9</sup>. Por eso B. T. Jolly et al<sup>10</sup> pro-

TABLA 7  
**Comprensión de la información referida a las recomendaciones al alta según el nivel de estudios**

Categoría de estudios	Nivel de comprensión de las recomendaciones al alta			Total
	Insuficiente o nulo	Suficiente	Máxima	
Sin estudios	25%	2,3%	72,7%	100%
Primarios	15,4%	16,2%	68,4%	100%
Bachillerato/FP	8,1%	2,7%	89,2%	100%
Universitario	0%	7,1%	92,9%	100%

Significación  $p < 0,008$ .

ponen como medida que ayude a la comprensión de la información, simplificar los informes de alta para hacerlos asequibles (intelectualmente hablando) a la mayoría de los pacientes.

Un hecho relevante de nuestra experiencia es que el 56% de los pacientes afirmó que el médico no se identificó cuando fueron atendidos y el 75% de los acompañantes manifestó que el médico que atendió a su familiar no se presentó como tal. Normalmente el médico de Urgencias tiene una escasa relación con el paciente, pues en general sólo lo ve una vez y la situación condiciona que se dé poca importancia a estos detalles. Sin embargo, parece demostrado que el hecho de presentarse es una herramienta que condiciona una actitud más receptiva por parte del paciente para mejorar la conducta terapéutica<sup>3</sup>. El hecho de que en nuestro estudio encontráramos diferencias significativas en la puntuación de satisfacción de los pacientes cuando el médico se presentó y cuando no lo hizo convierte a esta medida en un buen indicador de proceso y de satisfacción del paciente. Su medición sería sencilla y se expresaría en forma de proporción de pacientes a los que se presentó el médico respecto al total. Por consiguiente, aunque el encuentro médico-paciente sea tan especial como el que ocurre en la urgencia, creemos necesaria la presentación del personal que va a atender al enfermo, siempre y cuando la situación de éste lo permita.

Se ha demostrado que el grado de satisfacción del enfermo es inversamente proporcional al tiempo de espera. Algunos estudios han señalado que se toleran bien 30 minutos como máximo, de ahí que los pacientes gravemente enfermos o lesionados, que son atendidos rápidamente, suelen ser los más satisfechos de la asistencia urgente. En cambio, los pacientes con enfermedades o lesiones menos graves, que han de esperar más tiempo, tienden a estar menos contentos<sup>2</sup>. Un dato destacable en nuestro estudio es que la información sobre el tiempo de estancia de los pacientes en Urgencias determinó favorablemente la satisfacción de éstos y sus acompañantes. Por tanto, pensamos que una forma de paliar esta realidad es informar a los pacientes sobre su situación clínica real de manera profesionalizada y comunicarles aproximadamente el tiempo de espera y de estancia en el servicio de Urgencias.

Independientemente de que la información transmitida antes de realizar una prueba complementaria y de aplicar un tratamiento tuviera influencia en la satisfacción del paciente, llama la atención que al 47% de los pacientes no se les informe antes de en qué va a consistir su tratamiento. No hay que olvidar que la información como derecho autónomo del paciente se configura como el derecho a conocer la información disponible en términos adecuados, comprensibles y suficientes sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, sin estar orientada a otro fin que el conocimiento del paciente de su proceso. Dentro de este último se encuentra lo que se denomina «deber de información terapéutica», que no es más que aquella información obligada por las necesidades del tratamiento<sup>11</sup>.

En nuestro estudio alrededor de un 22% de los pacientes no pudo decir en qué consistía el diagnóstico o se expresó con términos imprecisos. Domínguez Navarro<sup>3</sup> lo atribuye al estrés del paciente como causa principal. No obstante, el médico puede contribuir a mejorar este hecho confirmando la información que posee el paciente antes del alta, «perdiendo» algo más de tiempo en una comunicación más efectiva<sup>12</sup>.

Si bien la puntuación sobre la satisfacción de la información médica recibida estuvo ligeramente por encima del aprobado, está claro que esta nota debe ser superada una vez que se ejecuten medidas de mejora en la calidad de la información.

El análisis de la relación entre el nivel máximo de comprensión de la información y el grado de satisfacción del paciente (tabla 4) muestra que a mayor asimilación de la información mayor satisfacción; la lógica de estos resultados sirve como control de calidad de los datos utilizados y fundamenta la consistencia del resto de los resultados de este estudio. Sin embargo, hay que señalar ciertas limitaciones del mismo que se centran principalmente en tres aspectos: en primer lugar este trabajo no recoge la opinión de los usuarios cuando éstos presentan patologías banales y su estancia en el servicio es muy corta; en segundo lugar, la tasa de «no respuesta», fundamentalmente por parte de los acompañantes por no encontrarse en la sala de espera en el momento del alta del paciente, y en tercer lugar, en este estudio no se analizó la legibilidad de los informes de alta, variable que probablemente tendría un alcance importante en la asimilación de la información por parte del paciente.

A la vista de los resultados y a modo de conclusiones, las acciones de mejora de la calidad de la información deben ir encaminadas a lograr los siguientes objetivos:

- 1) Identificación del médico y del resto del personal sanitario ante el paciente y los acompañantes en aras de una mejor relación médico-paciente, lo cual permitiría un mejor flujo bidireccional de la información.
- 2) Dadas las características socioculturales de nuestro medio, la información debe ser clara, concisa y con palabras fácilmente comprensibles por la mayoría de los pacientes, dedicando más tiempo a los de edad avanzada y emitiendo informes de alta legibles.

3) Para que la información se transmitiera a la mayoría de los usuarios del servicio de urgencias sería útil la existencia de una información previa sobre el funcionamiento del servicio en forma de folletos en la entrada y sala de espera, y reforzado con información oral por parte del personal de triage a la llegada del paciente.

4) Información de los tiempos aproximados en cada fase del proceso.

5) Establecer protocolos para el consentimiento informado sobre diversas técnicas diagnósticas y de tratamiento propias de la Medicina de urgencias.

Será motivo de futuros estudios el investigar si estas propuestas de mejora de la calidad en la información médica pueden proporcionar los resultados esperados, que no son otros que ver incrementado el grado de satisfacción de los usuarios del servicio de Urgencias.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Ureña V. La calidad de la atención en urgencias. *El Médico*. 6 de febrero 1998. p. 14-9.
2. Schwartz LR, Overton DT. La gestión de quejas y el descontento del enfermo. En: *La calidad en Medicina de Urgencias. Clínicas de Medicina de Urgencia de Norteamérica*. McGraw-Hill Interamericana de España; 1992. Volumen 3. p. 589-604.
3. Domínguez Navarro D, Cervera Barba E, Disdier Rico MT, Hernández Machado M, Martín García MC, Rodríguez Sanz J. ¿Cómo se informa a los pacientes en un servicio de Urgencias hospitalario? *Aten Primaria* 1996; 17:280-3.
4. Krishel S, Baraff LJ. Effect of emergency department information on patient satisfaction. *Ann Emerg Med* 1993;23:568-72.
5. Kologlu M, Agalar F, Cakmakci M. Emergency department information: does it effect patients' perception and satisfaction about the care given in an emergency department? *Eur J Emerg Med* 1999;6:245-8.
6. Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE n.º 101/1986, de 29 de abril. p. 15207.
7. Castro Gómez JA, Quesad Jiménez F. Cómo mejorar nuestras entrevistas clínicas. *Aten Primaria* 1996;18:399-401.
8. Spandorfer JM, Karras DJ, Hughes LA, Caputo C. Comprehension of discharge instructions by patients in an urban emergency department. *Ann Emerg Med* 1995;25:71-4.
9. Hart RG, Ghidorzi AJ, Van Rooyen MJ, Moran TJ. Discharge information for emergency department patients. *Ann Emerg Med* 1996;27:392.
10. Jolly BT, Scott JL, Sanford SM. Simplification of emergency department discharge instructions improves patient comprehension. *Ann Emerg Med* 1995;26:443-6.
11. Grupo de Expertos en Información y Documentación Clínica. Disponible en: [www.sanytel.com/grupodeexpertoseninformacionydocumentacion-clinica.htm](http://www.sanytel.com/grupodeexpertoseninformacionydocumentacion-clinica.htm)
12. Roland M, Bartolome WJ, Courtenair MJF, Morris RW, Morrell DC. The «five minutes» consultation: effect of time constraint on verbal communication. *BMJ* 1986;292:874-6.