



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

**SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES EN RELACIÓN A LA
ATENCIÓN Y LOS TIEMPOS DE ESPERA
EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO**

TESIS

QUE PARA OPTAR EL GRADO DE:

MAESTRO EN ENFERMERÍA

ADMINISTRACIÓN EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA

PRESENTA:

L.E. MIGUEL ÁNGEL CRUZ AVENDAÑO

DIRECTORA: DRA. MARÍA GUAPALUPE ROSSETE MOHEDANO

FES ZARAGOZA

CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatoria

*Dedicada a un Ángel que me cuida desde el cielo
y me dio un gran ejemplo de vida.*

Gracias Papá

*A mi hermosa familia que me tuvo toda la paciencia
y toda mi admiración a mi querida Esposa
por su comprensión*

Agradecimientos

A la Dra. María Guadalupe Rosete Mohedano, mi tutora de tesis,
por la confianza y la oportunidad de participar con este proyecto.

A la Dra. Sofía Elena Pérez Zumano, y a la
Dra. Sandra Hernández Corral, como excelentes docentes que me
supieron encaminar en la realización de este proyecto.

A la Dra. Gandhi Ponce Gómez, por el apoyo incondicional
durante toda la maestría.

A mi gran amiga y compañera Beatriz Elizabeth López Mayorga,
por la motivación y el apoyo mutuo
para lograr con éxito esta maestría.

A mis compañeros de generación. Gracias por sus experiencias.

Por último, a Dios, que me dio la vida para llevar a cabo este
hermoso y grandioso reto.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

LIC. YVONNE RAMÍREZ WENCE
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR, UNAM.
PRESENTE:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día **18 de septiembre del 2017**, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Administración del Cuidado de Enfermería) del alumno **MIGUEL ÁNGEL CRUZ AVENDAÑO** con número de cuenta **410133972**, con la tesis titulada:

**“SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES EN RELACIÓN A LA ATENCIÓN Y
LOS TIEMPOS DE ESPERA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO”**

bajo la dirección de la Doctora María Guadalupe Rosete Mohedano

Presidente : Doctora Ana María Lara Barrón
Vocal : Doctora María Guadalupe Rosete Mohedano
Secretario : Doctora Sofía Elena Pérez Zumano
Suplente : Doctora Sandra Hernández Corral
Suplente : Doctora María de los Ángeles Godínez Rodríguez

Sin otro particular, quedo de usted.

A T E N T A M E N T E
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”
Cdad. Universitaria Cd, Mx. , a 03 de octubre del 2017.

DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA



C.c.p. Expediente del interesado

JEG-F6

COORDINACIÓN DEL POSGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

INDICE

	Pág.
Resumen/Abstract	8
I. Introducción	10
1.1 Planteamiento del problema.....	13
1.2 Importancia del estudio.....	16
1.3 Propósito.....	16
1.4 Objetivos.....	17
1.4.1 Objetivo general	
1.4.2 Objetivos específicos	
II. Marco teórico	18
2.1 Satisfacción.....	19
2.2 Percepción del familiar.....	20
2.3 Atención médica y de enfermería	21
2.4 Calidad de la atención.....	23
2.5 Tiempos de espera.....	26
2.6 Revisión de la literatura.....	29
III. Material y Métodos	36
3.1 Población y muestra.....	36
3.1.1 Universo de estudio.....	36
3.1.2 Tamaño de la muestra.....	36
3.2 Criterios de inclusión.....	36
3.3 Criterios de exclusión.....	36

3.4	Variables de estudio.....	37
3.4.1	Definición conceptual satisfacción.....	37
3.4.2	Definición operacional satisfacción.....	37
3.4.3	Definición conceptual tiempos de espera.....	37
3.4.4	Definición operacional tiempos de espera.....	38
3.5	Validación de Contenido.....	38
3.5.1	prueba piloto.....	38
3.6	Procesamiento de datos.....	39
3.7	Instrumento de medición.....	40
3.7.1	Control de admisión (Recepción).....	40
3.7.2	Atención médica y de enfermería.....	41
3.7.3	Satisfacción (Trato).....	41
3.7.4	Tiempos de espera.....	42
3.7.4.1	Satisfacción del familiar.....	42
3.6.5	Variables sociodemográficas de los familiares...	43
3.6.6	Variables sociodemográficas del niño.....	43
3.7	Confiabilidad.....	43
3.8	Aspectos Éticos y Legales.....	44
IV.	Resultados	45
4.1	Caracterización de la población.....	45
4.1.1	Control de admisión (Recepción).....	48
4.1.2	Atención médica y de enfermería.....	49
4.1.3	Satisfacción (Trato).....	50
4.1.3.1	Satisfacción del familiar.....	52

4.1.4 Tiempos de espera.....	53
4.2 Estadística inferencial.....	54
V. Discusión y Conclusiones.....	57
5.1 Conclusiones.....	60
5.2 Recomendaciones.....	62
5.3 Limitaciones del estudio.....	62
5.4 Aportaciones a la práctica, investigación y gestión....	62
5.5 Perspectivas del estudio.....	62
VI. Referencias.....	63
Anexos.....	75
Consentimiento informado.....	75
Instrumento.....	76
Cronograma.....	81

RESUMEN

En los servicios de urgencias se presentan situaciones que favorecen al familiar o usuario sentirse insatisfechos, siendo uno de ellos los tiempos de espera que se prolongan con frecuencia debido a varias circunstancias. **Objetivo.** Analizar la satisfacción de los familiares en relación a la atención y los tiempos de espera en un hospital pediátrico. **Metodología.** Se realizó un estudio analítico, descriptivo, prolectivo y transversal, la muestra estuvo conformada por 64 familiares de los niños que asistieron al servicio de admisión continua, para la recolección de datos se realizó a través de una encuesta que midió: El control de admisión (recepción), atención médica y de enfermería, así como la satisfacción (trato). En el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva e inferencial. **Resultados.** El 66% fueron mujeres con una edad media de 32 años \pm 7. El 67% profesa la religión católica, el 81% habla el castellano y el resto es bilingüe. 8 de cada 10 tiene preparatoria y secundaria, por lugar de residencia, 7 de cada 10 son foráneos. El 52% fueron niños, con una media de edad de 7 años \pm 5. Por último, la causa de asistir al servicio de admisión continua: el 30% enfermedades febriles, el 20% gastrointestinales y neurológicas, el 16% respiratorias y el 14% otras enfermedades. La satisfacción del familiar en relación con el proceso de atención, el 61% manifestó tener una regular satisfacción, el 25% una mala satisfacción y el 14% una buena satisfacción. Cabe resaltar que, los tiempos de espera fueron muy prolongados el 48% muy malo, el 28% malo y el 9 % bueno, encontrando una relación lineal estadísticamente significativa, baja e inversamente proporcional entre la satisfacción y los tiempos de espera ($r_s = -0.423$ $p < 0.05$). lo que significa a mayor tiempo de espera menor es la satisfacción. **Conclusiones.** El tiempo de espera prolongado influye de forma negativa la satisfacción del familiar.

Palabras clave. Satisfacción del paciente, tiempo de tratamiento, atención ambulatoria.

ABSTRAC

In emergency departments are situations that favor the familiar or user feel dissatisfied, one of them being timeouts that are often extended due to several circumstances. **Objective.** Analyze the satisfaction of the family in relation to the care and timeouts in a pediatric hospital. **Methodology.** An analytical, descriptive, prolectivo and transversal study was performed, the sample was conformed by 64 relatives of children who attended the service of continuous admission, for the collection of data was carried out through a survey that measured: control of admission (reception), medical and nursing care, as well as the satisfaction (treatment). Descriptive and inferential statistics are used in data analysis. **Results.** 66% were women with an average age of 32 ± 7 . He professes the Catholic religion 67%, 81% speaks Spanish and the rest are bilingual. 8 of every 10 has high school and middle school, by place of residence, 7 of every 10 are foreign. 52% were children, with an average age of 7 years ± 5 . Finally, the cause of attending continuous admission service: 30% febrile diseases, 20% gastrointestinal and neurological, respiratory 16% and 14% other diseases. The satisfaction of the family in relation to the process of care, 61% reported having a regular satisfaction, 25% a bad satisfaction and 14% a good satisfaction. Should be noted that waiting times were very long 48% very bad, bad 28% and 9% good, finding a statistically significant, low and inversely proportional linear relationship between satisfaction and wait times ($r_s = -0.423$ $p < 0.05$). which means less waiting longer is satisfaction. **Conclusions.** The prolonged waiting time influences negatively the satisfaction of the family.

Key words. Patient satisfaction, treatment time, outpatient care.

I. INTRODUCCIÓN

En México son muchas las causas que llevan a una persona a que asista al servicio de urgencias, más aún cuando se trata de un niño/a, los familiares quieren que la atención sea inmediata, pero tienen que enfrentarse a normas o políticas de la institución que impiden de inmediato su ingreso a la consulta con el médico.

En los servicios de urgencias se presentan situaciones que favorecen la satisfacción/insatisfacción del familiar o usuario, uno de ellos son los tiempos de espera que se prolongan con frecuencia debido a varias circunstancias. En esta investigación se hará referencia a la satisfacción de los familiares en relación con los tiempos de espera.

La presente investigación se realizó en el Estado de Chiapas, donde las estadísticas no son favorables, tiene niveles bajos de educación, de acuerdo con el Consejo Nacional de Población 2012 (CONAPO), existe un 18% que no sabe leer ni escribir, el 37% no cuenta con primaria terminada y la mayor parte tiene una condición económica precaria, más del 70% además del castellano habla una lengua indígena autóctona como son: tsotsil, tsotsil, ch'ol, zoque, tojolabal y otros. Ocupando el primer lugar nacional, así mismo se ubica con una marginación alta por localidad, los hospitales se mantienen llenos los 365 días del año debido al aumento de la población, existiendo 1.2 médicos por cada 1000 habitantes para la atención, condición que incrementa la vulnerabilidad y las tasas de morbi-mortalidad.

Este trabajo consta de 6 capítulos, en el primero se aborda la problemática, lo que obliga a mencionar en este hospital no cuenta con asistencia de primer contacto o clasificación de pacientes, siendo su objetivo tratar aquellos casos complejos que ameriten la atención especializada.

En el capítulo II, se habla acerca del servicio de urgencias o de admisión continua siendo los pilares en la atención en un hospital, caracterizado por tener un ritmo acelerado, así mismo exige una demanda de conocimientos y protocolos para el

manejo del paciente grave, en la mayoría de los hospitales se utiliza una herramienta útil en la clasificación y categorización de los usuarios permitiendo la organización, control e inclusive para dar inicio al tratamiento oportuno, lo que permite al personal de salud actuar de manera inmediata y determinar la gravedad o no gravedad del paciente, a través del llamado Triage.

Se retomará a Donabedian padre de la calidad, donde se describen las tres dimensiones que son la atención técnica, la relación interpersonal y el medio ambiente, pero en particular el trabajo de investigación se enfocara a la interpersonal, donde se refiere la percepción del usuario o familiar sobre los servicios de salud. Así mismo en, la calidad de la atención se toma en cuenta el proceso, estructura y resultado como parte del seguimiento en la atención del paciente.

De la misma manera los tiempos de espera que representan un significativo en la calidad de la atención y que son un reto para los servicios de urgencias o admisión continua, estos deben superar la perspectiva del familiar o usuario, por lo que, la información es parte primordial, para evitar falsas expectativas y la dinámica que juega el servicio.

En el capítulo III, se habla de la metodología esta investigación fue cuantitativa, descriptiva, correlacional, transversal y prolectivo, para la obtención la muestra se utilizó la fórmula para pruebas infinitas, cabe señalar por la complejidad del estudio se tomó la no probabilística a conveniencia, utilizando un instrumento expofeso para medir el nivel de satisfacción de los familiares relacionado a la atención y los tiempos de espera. Por otro lado, se consideraron criterios de inclusión, donde el familiar de manera voluntaria participó y dominara el habla castellana, así mismo los de exclusión para evitar sesgos en la información.

Se realizó el levantamiento de encuestas a los usuarios que acudieron al servicio de admisión continua, la muestra total fue de 64 familiares.

Se utilizó el software SPSS versión 22 en español, así mismo se realizaron pruebas estadísticas no paramétricas para la obtención de los resultados, midiendo el nivel de satisfacción y los tiempos de espera, por otro lado, también se realizó el cruce de variables sociodemográficas con las variables principales.

A partir de los resultados del estudio se podrá documentar la importancia de establecer en el servicio de admisión continua, una herramienta que permita mejorar la atención y los tiempos de espera.

Se consideraron los aspectos éticos y legales, a partir de la ley general de salud, el consentimiento informado y la declaración de Helsinki para la investigación.

En el capítulo IV, se presentaron los resultados a partir de la muestra de 64 familiares, de acuerdo con los entrevistados todos eran los papás de los niños que acudieron al servicio de admisión continua, así mismo se encontraron a dos grupos el primero no tiene una formación académica y manifestó tener una mejor satisfacción a la atención, en comparación con el segundo fue lo contrario.

En el análisis de las subescalas se pudo observar que en la mayoría de las actividades no cumplen, desde la perspectiva de los familiares.

Así mismo, en el análisis de la satisfacción del familiar manifestó ser regular a mala y en los tiempos de espera fueron muy prolongados para la atención.

La investigación permitió analizar la relación que existe entre la satisfacción y los tiempos de espera en la atención de los pacientes pediátricos, por otro lado, en el análisis de los resultados ayudaran a definir estrategias y elaborar propuestas de mejora para el servicio de admisión continua donde el beneficiado será el paciente pediátrico, dando lugar a la priorización oportuna con el objetivo de elevar la satisfacción del familiar o usuario y disminuir los tiempos de espera, así como los eventos adversos.

1.1 Planteamiento del problema

En los servicios de salud, es necesario realizar evaluaciones continuas para conocer los niveles de la calidad en la atención que otorga el personal de salud involucrado en el servicio de urgencias o admisión continua, desde la perspectiva del familiar o usuario, midiendo la satisfacción y los tiempos de espera. En primera instancia se encuentra el personal de recepción quienes afectan de manera directa la priorización oportuna, los motivos que se presentan al momento son la información sobre la dinámica del servicio y la recolección de los datos del paciente, viéndose repercutida de manera negativa la percepción del familiar o usuario quien manifiesta su insatisfacción, derivándose que los tiempos de espera se prolonguen, es decir el familiar quiere satisfacer sus necesidades mediante la atención médica y de enfermería oportuna, basadas en su conocimiento y la tecnología, así como los principios éticos y legales, para lograr resultados de bienestar en su paciente y reducir lo indeseable.¹⁻⁴

Además, la prolongación de los tiempos de espera afecta a la percepción del familiar sobre todo en lo emocional, manifestando frustración y coraje, al ver que se retrasa la valoración inicial y el inicio del tratamiento, factor que se refleja a nivel mundial, por lo que aproximadamente el 10% de los pacientes se retiran sin ser examinados.⁵

La satisfacción de los familiares o usuarios ha recibido una atención puntual, sobre todo en la literatura médica, así mismo lo hace un indicador legítimo, que lo convierte en una estrategia de calidad asistencial que sirve para conocer la opinión de los usuarios utilizando métodos para medir el nivel de satisfacción, sobre todo la relación médico-paciente que se lleva a cabo en el servicio de urgencias, por otra parte, hay que observar algunas situaciones que no son valoradas en la atención, teniendo que ser consideradas durante la intervención del médico porque esta es breve, así la preocupación del familiar, sus problemas psicosociales, todos estos factores que por consecuencia podrían matizar esta relación y el resultado de la opinión no sería favorable.^{6, 7}

De acuerdo con estudios relacionados a los tiempos de espera, España tiene un alto porcentaje de urgencias de las cuales no todas son reales, por lo que en su mayoría no requieren la atención; ocasionando un retraso significativo en aquellos pacientes que si la requieren, por otro lado, en Estados Unidos uno de sus problemas principales que aqueja al servicio de urgencias es el hacinamiento, los pacientes que acuden a este servicio tienen que enfrentarse a situaciones de tiempos de espera promediando hasta 37 minutos para ver a un profesional de la salud por encima de lo recomendado a 15 minutos. Así mismo, Canadá presenta hasta cuatro horas en comparación con los anteriores.⁸⁻¹⁰

En México y a nivel local (Chiapas), enfrentan una paradoja de una sobresaturación en los servicios de urgencias que impacta de forma global, directa y negativa viéndose reflejado en la calidad de la atención, aunque la atención del médico y enfermería sea óptima, los tiempos de espera prolongados reflejan en el usuario una baja satisfacción. Por otro lado, existe un alto índice de enfermedades en menores de 5 años sobre todo en el infante indígena, lo que implica que exista un elevado índice de urgencias reales en todas las unidades de salud. Es considerable mencionar, a las instituciones de salud del Estado donde presentaron promedios de atención siendo las siguientes: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) presentó el promedio más largo de espera, con 100 minutos; la Secretaría de Salud (SS), con 82 minutos y los servicios privados tuvieron el menor tiempo en espera, con un promedio de 35 minutos. Esto impacta de manera desfavorable para la morbi-mortalidad.¹¹⁻¹⁴

Por lo tanto, los resultados del estudio pueden documentar la importancia de establecer una herramienta que permita mejorar la atención y los tiempos de espera, un sistema estructurado de priorización, donde el personal de enfermería se involucre en el proceso de valoración inicial, con la finalidad de mejorar la calidad de los servicios de urgencias, a su vez disminuir los tiempos de espera, así mismo, como parte de su funcionamiento le permitirá un adecuado control de los pacientes en tiempo real. Al mismo tiempo promover su uso, como indicador de calidad por si misma podrá medir la satisfacción a través de la percepción del familiar con respecto

a la atención recibida, para mejorar su satisfacción emocional y al personal de enfermería le permitirá garantizar una organización en función de la demanda y cumplir con el objetivo primordial en los tiempos de espera.^{1, 14-18}

Por lo consiguiente se hace la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de satisfacción de los familiares en relación a los tiempos de espera y atención en un hospital pediátrico?

1.2 Importancia del estudio

El identificar la relación entre la satisfacción y los tiempos de espera permitirá elaborar propuestas de mejora para la clasificación de los pacientes que redunde en la disminución de los tiempos y como consecuencia en la satisfacción del familiar, el personal de salud será puntual en la atención médica inmediata, el inicio del tratamiento y disminuir la presencia de eventos adversos.

1.3 Propósito de la investigación

A partir de los resultados y análisis del estudio se podrá documentar que es necesario mejorar la atención oportuna, a partir del análisis de la satisfacción de los familiares y los tiempos de espera del servicio de admisión continua, inclusive darle seguimiento como indicador de calidad promoviendo su uso, evaluándolo, por otro lado ayudará a tener una organización en función de la demanda otorgando un beneficio al paciente pediátrico, que pueda ser atendido dentro de los parámetros establecidos. Por último, realizar propuestas encaminadas a mejorar la atención, mantener y mejorar los tiempos, como consecuencia tener una satisfacción favorable del familiar.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

- ✓ Analizar la satisfacción de los familiares en relación a los tiempos de espera y atención en un hospital pediátrico.

1.4.2 Objetivos específicos

- ✓ Analizar la satisfacción de los familiares en un servicio de admisión continua.
- ✓ Medir los tiempos de espera de la consulta médica y de enfermería.
- ✓ Relacionar los tiempos de espera con la satisfacción de los familiares en un servicio de admisión continua de un hospital pediátrico.
- ✓ Establecer una evaluación a largo plazo con la finalidad de comparar la atención del usuario.

II. MARCO TEÓRICO

El servicio de urgencias o admisión continua como algunos hospitales le llaman, tienen una principal característica brindar una atención oportuna a todos los usuarios que acuden a ella, porque que en los últimos años ha incrementado la utilización de este, debido al aumento de la población y otros factores sociales. Por lo que, familiares o usuarios presentan dificultades al acceso inmediato por desconocimiento de información sobre el funcionamiento del servicio, así mismo la falta de educación sanitaria, éstas han contribuido a la disminución de la calidad en la atención. Como parte del área se encuentra admisión, ubicada en la recepción, con la finalidad de recoger los datos necesarios, la historia clínica, la hora de llegada del paciente, para decidir y dar orden según la gravedad utilizando un sistema de clasificación que mejora la atención inmediata y evita los tiempos de espera prolongados. Por otro lado, urgencias es un servicio donde el familiar o acompañante enfrenta situaciones difíciles, provocando preocupaciones, como puede ser no recibir la información adecuada, siendo uno de los motivos de la insatisfacción, por lo que es necesario el personal de salud y el usuario deban mantener una comunicación más efectiva y eficaz. ^{13, 29}

Por otra parte, las estadísticas de población mencionan que existen 1.2 médicos generales por cada 1000 habitantes para la atención a la población y 0.6 médicos especialistas por cada 1000 habitantes, por lo que los hospitales se mantienen llenos los 365 días del año, y un promedio de estancia de 2.5 días. Con respecto a la atención médica, la Secretaría de Salud (SS), atiende a más del 50% de la población, le sigue el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con un 21%, posteriormente las instituciones privadas un 18%, y, por último, otras instituciones públicas con un 11%. ^{14, 15}

2.1 Satisfacción

Hablar de satisfacción, es un tema que ha formado parte en los últimos años y que depende de una evaluación que se le realiza al profesional de salud y a los usuarios que necesitan la atención en urgencias. Por lo que la satisfacción es el resumen de sus expectativas, cubiertas o no, de cada uno de los procesos hacia la atención recibida. Entendiéndose como un estado o sentimiento positivo percibido por la persona. Así mismo, de las necesidades de salud, es la expectativa del proceso de la atención médica. Por último, de los pacientes y familiares, que incluye la amabilidad en el trato, disponibilidad, el personal de salud adecuado para ofrecer el servicio de atención inmediata, por lo contrario, se emitirá una falta de satisfacción en la prestación de ésta, que podría deteriorar la satisfacción necesaria para alcanzar el resultado favorable. En relación con los factores que podrían modificar está satisfacción se encuentran los tiempos de espera, la información recibida en la recepción, médica y de enfermería, también el trato que se le dé al usuario, que a través de su percepción determina el grado de satisfacción: cuánto tiempo pensaban que deberían de esperar y cuánto han esperado, qué información pensaba que debían recibir y cuál han recibido, cómo se sentían que debían ser tratados y cómo se les trató.⁷⁻¹⁹

Por otro lado, la satisfacción también se enfoca en la atención de los resultados y comprende dos componentes: 1) la satisfacción en materia de salud y; 2) la satisfacción de las expectativas del usuario al tener que acudir a un servicio médico de atención. Por lo tanto, mejorar la satisfacción es una de las metas, además trae consigo beneficios a la salud, siendo que estas se puedan alcanzar a un grado de satisfacción favorable del proceso asistencial. Cabe señalar, la importancia de la opinión de los usuarios o familiares porque aportan información de sus expectativas si el servicio recibido fue el adecuado. Aunque al evaluar la satisfacción del familiar relacionado a los tiempos de espera y el proceso de la atención médica podemos entender que la rapidez no es suficiente para satisfacer al paciente o familiar si los médicos o las enfermeras no son amables y respetuosos.¹⁹⁻²¹

En relación con estudios de la satisfacción del familiar realizados en Europa, existen diferentes factores que influyen de manera directa y que alteran a esta o usuarios, encontrándose ubicadas primeramente con la identificación del personal de salud, la información esperada de la recepción, los tiempos de espera prolongados y el mismo personal de salud que proporciona los diferentes cuidados en la atención, favorecida por una sobre carga de trabajo significativa, afectando en su buen funcionamiento y la eficacia al momento de proporcionar la atención, condicionando una disminución en la calidad de la asistencia.^{43,47,50-51}

Por otro lado, en México la satisfacción se ha convertido en un instrumento de valor para los servicios de salud, variando entre 76 a 88%, los factores que afectan a esta son la relación médico-paciente, el trato humano y la calidad de la información.²²

2.2 Percepción del familiar

Se toma la percepción del familiar y se define de la siguiente: el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de una resolución en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social. Además, hay una serie de procesos constantes donde la persona y la sociedad juegan un rol en la conformación de percepciones de manera individual. Por lo tanto, la percepción posee un nivel de existencia, se da cuenta de lo que está percibiendo (acontecimientos) siendo consciente de esto, o que hiciera una selección (inclusión y exclusión) de las sensaciones, llamándose este inconsciente. Cabe mencionar que, uno de los elementos clave de la percepción es el reconocimiento de las experiencias a diario, por lo que se permite en este proceso evocar aquellas experiencias y los conocimientos para comparar, permitiéndole identificarlas y aprehenderlas. De esta forma se pueden hacer y reproducir modelos culturales e ideas que permitirá explicar la realidad lógica de entre varias posibles, de lo que podemos obtener algo novedoso y darle sentido a la vivencia, para comprenderla. Con lo anterior mencionado el paciente o familiar puede construir sus expectativas, a partir de la información brindada, la amabilidad, la empatía, la actitud de escuchar, confianza e intimidad, todas estas son dimensiones junto con los

tiempos de espera percibido, puedan hacer en su interior una evaluación, emitiéndola con las emociones en relación con la atención recibida y la complacencia de una satisfacción completa de sus necesidades. ²³⁻²⁶

Es importante mencionar que la satisfacción del familiar es considerada el objetivo principal en un servicio de urgencias o admisión continua, así mismo es un indicador de calidad relacionada a la atención prestada, la cual se encuentra asociada al concepto de calidad percibido por el familiar o el usuario. Por otro lado, la visita a urgencias o admisión continua proporciona al familiar una percepción para moldear ideas y acciones futuras, cabe señalar que un familiar satisfecho lo dejará con una percepción positiva. ²⁷⁻²⁸

2.3 Atención médica y de enfermería

Los servicios de urgencias son un pilar fundamental en la atención y es caracterizado porque se tiene un ritmo de trabajo acelerado, así como una gran cantidad de pacientes a la espera. Este tipo de servicio exige demanda, de conocimientos y protocolos que permiten realizar una evaluación eficaz e inmediata en la atención de un paciente que se encuentre grave. En lo que cabe, los sistemas de diagnóstico y manejo inicial se priorizan para tener un mejor control y asegurar de manera puntual en la primera hora de atención, conocida como la “hora de oro”. Por otro lado, el paciente que acude a un servicio de urgencias tiene un contacto breve, así mismo una carga de situaciones personales que dificultan el seguimiento posterior, por lo que la opinión se convierte en una calificación de la información sobre la atención recibida. ^{29, 30}

De acuerdo con el autor (Jiménez, 2014)¹³, *“Urgencia la define como aquella situación clínica o cualidad de lo que necesita ser solucionado de inmediato derivado de un deterioro o peligro para la salud”*. Por otro lado, la urgencia de un pediátrico debe ser prioritaria para evitar complicaciones posteriores. Por lo que se puede decir que una emergencia desde una perspectiva operativa es aquella situación de riesgo que puede alcanzar el paciente pediátrico y de sus familiares la

percepción de la gravedad, que de manera asertiva decidieron acudir al servicio de urgencias para su atención.^{13, 16, 31}

Los anteriores conceptos nos dan la referencia para decir que la urgencia de salud del usuario significa, sobrepasar la capacidad de respuesta de los mecanismos fisiológicos que regulan el organismo llevándolo a un estado de desequilibrio en corto plazo. Además, un usuario declarado como urgente tiene un estatus de atención inmediata y se deben evitar posibles complicaciones, por lo que, no puede permanecer en una fila de espera para su atención. Todo aquel que llega al servicio de urgencias o admisión continua debe enfrentar un sistema de clasificación por un personal de salud, esta debe utilizar una herramienta que le permita o para tratar de semicuantificar la gravedad de la enfermedad o lesión, sin la necesidad de tener que tocarlo, únicamente utilizando la vista y el oído. Siendo esta, una adecuada estrategia que ayude a ordenar e inclusive iniciar el tratamiento oportuno. Este tipo de abordaje permite al personal de salud decidir y clasificar el grado de urgencia, no solo depende del grado de disfunción orgánica, sino de presentar un desequilibrio grave que a continuación se presenta.^{13, 32}

- a) Nivel I: Prioridad absoluta, atención inmediata.
- b) Nivel II: Es una situación muy urgente de riesgo vital, se presenta inestabilidad o refiere dolor intenso.
- c) Nivel III: Situación urgente, el paciente se encuentra estable con riesgo vital que probablemente exige las pruebas de gabinete y laboratorio.
- d) Nivel IV: Urgencia menor, sin riesgo vital importante para el paciente.
- e) Nivel V: No urgencia, la patología del paciente de poca complejidad sin riesgo total para la vida del paciente, puede realizar trámites administrativos o citas.^{13-15, 33-35}

2.4 Calidad de la atención

La Organización Mundial de la Salud ³⁶ (OMS), define a la calidad de atención como el derecho a la salud que incluye a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria, afirmando que el derecho a la salud no sólo abarca la atención oportuna, sino también tener el acceso a los servicios de salud cuando así lo requiera, sin verse afectado en cuestión de costo, estudios y tratamiento. Por lo que la calidad de la atención es la capacidad que tienen los servicios de salud para dar respuestas aptas y adecuadas a las necesidades del usuario, con capacidad resolutiva que condiciona la equidad en el sistema de salud.³⁶⁻³⁸

Por otro lado, Donabedian, sustentó a la calidad en siete pilares los cuales reconoció y juzgó ³⁹, de la siguiente manera:

- ✓ Eficacia:
Es la capacidad de una ciencia y como arte de atención sanitaria para conseguir mejoras en el bienestar y salud de la persona.
- ✓ Efectividad:
Es la atención que se otorga al paciente para mejorar su salud.
- ✓ Eficiencia:
Son los costos que se deben realizar, representado para la mejora de la salud.
- ✓ Optimización:
Son aquellos efectos no deseados en una valoración médica inadecuada y repercute en los costos por el servicio que se dio.
- ✓ Aceptabilidad:
Ser responsable en la manera de brindar una atención adecuada, en los establecimientos, bienes y servicios de salud, así mismo ser respetuoso con conforme a la ética médica y cultura apropiada, siendo sensibles a los requisitos de género y el ciclo de la vida. ^{36, 39}

- ✓ Legitimidad:
Ser ecuánime en la atención, no hacer diferencias en el método de valoración.
- ✓ Equidad:
Como un principio determinante de lo que es justo, de manera que haya una buena distribución y beneficio en la atención proporcionada.

A continuación, se describen tres componentes importantes en la atención a la salud, la primera atención técnica, refiriéndose a la percepción del usuario sobre los servicios de salud, señalando principalmente la competencia del profesional aplicando las maniobras de exploración, la eficiencia y la rapidez de la valoración. Así mismo, se brinda la información necesaria sobre el examen y la utilización de la tecnología para fines de diagnóstico.⁴⁰

Cabe señalar que, el servicio de urgencias por sus características se diferencia claramente de otros servicios asistenciales, y no deben escapar a las técnicas de evaluación y control de calidad. Porque de manera continua se encuentran sometidas a críticas, sobre todo por los usuarios que acudieron y quienes la enfrentan son los médicos y enfermeras que continuarán con la asistencia del paciente. Por otro lado, los profesionales de salud experimentan una sensación en la cual se sienten observados, debido a que existe una de evaluación exterior de las personas y de una autoevaluación continua, lejos de representar una serie de tropiezos, forma parte de una oportunidad única para el inicio de programas de evaluación de la calidad en la asistencia. Por otro lado, la información que se proporciona a la llegada al servicio influye en la emoción de los familiares o acompañantes, de manera que incide en su nivel de satisfacción, porque es quien reclama la atención y pide que exista calidad, siendo este dónde los familiares enfrentan una situación difícil, que puede llegar a niveles de ansiedad y de preocupación, por lo que se necesita se haga la integración y participación del familiar en este proceso de atención.⁴⁰⁻⁴⁵

La siguiente dimensión es la relación interpersonal, se refiere a la percepción de la calidad sobre el proceso de interacción del profesional de salud y los usuarios, considerándose como bueno en una relación entre el paciente y el profesional de salud, quien brindará el servicio de atención. Así como los valores que incorporan la cultura y las costumbres locales que determinan correcto y propio en la comunicación que existe entre el paciente y el profesional de salud.⁴⁰

Los valores son necesarios para la comunicación con las personas porque influyen mucho para manejar una mejor relación logrando que estos participen e inclusive obtener una mayor efectividad en su propia atención. Un buen servicio es el otorgado a través de una dinámica en el que el usuario o familiar se siente atendido, reconocido, visto y considerado, aliviando su preocupación del motivo que lo llevó a urgencias. Es decir, al recibir un trato digno y la atención médica afectiva, eleva la calidad de los servicios porque dentro de esta se refleja el respeto a los derechos humanos y características individuales de la persona. De esta forma podemos decir que, al recibir una información completa, veraz y oportuna, el usuario o quienes lo acompañen podrá comprender y entender razones de la misma. Como indicador central es medir la percepción de los usuarios para obtener la satisfacción en el proceso de la atención recibida sobre los servicios recibidos y utilizados.^{14,40-45}

Por último, el medio ambiente, refiriéndose a las condiciones de organización y confort desde el acceso hasta el lugar donde se proporciona la atención. Llevando un orden para realizar los trámites correspondientes, la limpieza y su alrededor, la comodidad de la sala de espera y los tiempos de espera, considerándose estos puntos como clave de la satisfacción del familiar o usuario.⁴⁰⁻⁴⁵

La calidad de la atención se evalúa de acuerdo con la calidad de la asistencia clasificado en tres categorías: la estructura, el proceso y la obtención del resultado, donde la estructura es la forma en que se encuentra organizada la institución, desde el recurso material, de personal, equipamiento y edificio para su buen funcionamiento, al mismo tiempo ofrecer una atención adecuada teniendo como objetivo primordial los métodos de control de calidad. Por otro lado, el proceso es la

parte del servicio del profesional de salud, es decir, son todas aquellas actividades que se le realiza al paciente para su asistencia que servirá para diagnosticar y dar inicio al tratamiento, así mismo en esta parte se incluye el trato que recibe por el profesional de salud. Por último, el resultado, aquellos efectos esperados de la asistencia o del trato que se le brindó al usuario, es decir, tener un grado de satisfacción respecto a la atención recibida. Teniendo en cuenta estos tres aspectos de la calidad de la atención, se podrá aumentar la posibilidad de dar un buen proceso y al dar un buen proceso se tendrá la posibilidad de obtener resultados favorables. Entendiendo que debe haber un conocimiento de la relación entre estructura y proceso, y entre el proceso y resultado, antes que la evaluación de la calidad pueda ser realizada.⁴⁶

2.5 Tiempos de espera

Los tiempos de espera se definen como el promedio en minutos que transcurre entre el momento en que el usuario llega a la unidad de atención y el momento que recibe la atención médica. Es parte esencial de la satisfacción del familiar o usuario, así mismo catalogado una de las preocupaciones más importantes en este servicio, porque es afectado el estado emocional, derivado de la experiencia vivida en la espera de la atención, otros factores son la información, la educación del usuario y posibles retrasos en la atención o la prioridad de los enfermos.^{13, 47}

El reto del servicio de urgencias es atender la urgencia real en el menor tiempo posible, de tal manera que la urgencia no real también pueda pasar a la atención médica y de enfermería, definiéndose como equidad, que es dar a cada uno lo que necesita. Aunque, debemos superar la perspectiva del usuario o familiar, por lo que la comunicación es fundamental, para evitar falsas expectativas, explicándole la dinámica utilizada para atender las urgencias reales de acuerdo con su patología.⁴⁸

Los tiempos para pasar a consulta, de acuerdo con la clasificación de pacientes^{15,33-35}, son los siguientes:

- a) Nivel I = 0 minutos en la sala de espera.
- b) Nivel II = Hasta 15 minutos sala de espera.
- c) Nivel III = Hasta 60 minutos en sala de espera.
- d) Nivel IV = Hasta 120 minutos en sala de espera.
- e) Nivel V = Hasta 240 minutos en sala de espera.

Con lo anterior, el usuario pasará a la valoración inicial y de acuerdo con el criterio tomado se turnará a la consulta médica. Por lo que, aquellos usuarios su espera no es de urgencia se tomará lo siguiente.³³⁻³⁵

A continuación, se explican las tres fases de los tiempos de espera

- Tiempo de primera asistencia: es la cantidad de tiempo en minutos, desde el momento que acude al servicio y se toma la hora de la primera asistencia del personal de salud.
- Tiempo de asistencia: Cantidad de minutos, que pasaron entre la primera hora y la hora del alta del servicio.
- Tiempo de estancia total: Cantidad de minutos totales entre la llegada al servicio y su egreso de urgencias.⁵⁰

Los familiares manifiestan una insatisfacción al no tener la atención del personal de salud, sin considerar que estos pueden presentar factores como jornadas intensas de trabajo, que los llevan a un estrés laboral, así también problemas dentro del servicio impidiendo otorgar la atención.⁴⁷

Por lo anterior, una demora asistencial es desde el momento del registro del usuario en admisión, hasta el momento que es atendido fuera de tiempo y de lo establecido por los tiempos de consulta anteriormente mencionados.⁵¹

Aunque un estudio relacionado con la satisfacción general de la atención y la influencia real de los tiempos de espera en la satisfacción, menciona que los resultados no son muy claros en cuanto a lo esperado, porque el familiar considera

al retraso de la atención como una negativa a su satisfacción, pero ve favorecido el grado de satisfacción al momento de la atención médica, mitigando el tiempo de espera al momento que su paciente es atendido, por otro lado los tiempos de espera también son afectados por el poco personal que se encuentra prestando la atención con respecto a la demanda de pacientes que acuden a urgencias. En función de esta, la mayoría de los hospitales establece el servicio de primer contacto para el ingreso inmediato, valorándose criterios, donde se toma la decisión de acuerdo con la clasificación que permitirá diferenciar lo realmente urgente de lo que no es, con la finalidad de evitar los tiempos de espera, ubicándose en la admisión de la puerta de urgencias.⁴⁹⁻⁵⁰

2.6 Revisión del Estado del Arte

A nivel mundial hay países que han realizado investigaciones con relación a la satisfacción del usuario o familiar y los tiempos de espera, siendo los siguientes:

En México se realizó un estudio donde se describió la percepción de la calidad de la atención recibida por los usuarios en servicios ambulatorios. Los resultados encontrados el 81% de los usuarios percibió una buena atención y el 19% fue mala. De los cuales consideraron como buena el trato del personal y en la mejoría en salud. Por otra parte, consideraron como mala los largos tiempos de espera y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico. Lo que sugieren es profundizar el conocimiento de la perspectiva poblacional y determinar la necesidad de implementar acciones para la mejoría continua de la calidad de atención.¹

En Argentina realizaron una revisión de la literatura donde buscaron la estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. Los resultados encontrados de acuerdo con la bibliografía consultada, el promedio de duración de la consulta médica oscila actualmente entre 10 y 15 minutos, tiempo en apariencia insuficiente. No se encontraron recomendaciones escritas por organismos estatales que prescriba destinar más tiempo a las consultas por primera vez, es importante señalar que solo la bibliografía de Europa propone destinar 60 minutos para la primera consulta clínica médica y 20 minutos para las consecuentes. Por lo que los administradores de los sistemas de salud deberían considerar la forma de organizar la agenda para la atención médica y sugieren que la consulta supere los 15 minutos habituales, proponiendo 20 minutos con la finalidad de cumplir el acto médico y una atención más humana.²

En México se llevó para identificar la percepción de los usuarios de los servicios ambulatorios sobre la calidad de atención y factores asociados. Los resultados obtenidos fueron el 82% se elevó a 85% en la buena percepción de atención, y el 79% se elevó al 81% de la mejoría del estado de salud. Es se encuentra asociado a que se tuvo una explicación sobre la enfermedad y tratamiento, la consulta previa

sin cita, de elegir un buen servicio y menor tiempo de espera. Es necesario fortalecer estrategias organizaciones para brindar mayor oportunidad y responder a las expectativas de los usuarios.³

En México se realizó un estudio donde se analizó la calidad de la atención médica: la diferencia entre la vida y la muerte. Los resultados encontrados fueron errores que no está en los individuos de forma particular, sino en las fallas del sistema, proceso y condiciones que llevan a la persona a cometer errores o fallas para prevenir los mismos. La calidad es una combinación de riesgos, beneficios y lo fundamental es ofrecer beneficios. La seguridad del paciente debemos mitigar los errores, llevándose a cabo actividades específicas para evitar y prevenir riesgos.⁴

En España se llevó a cabo una evaluación de la satisfacción de los familiares en las urgencias pediátricas, con la finalidad de identificar los factores que puedan influir en la satisfacción y establecer las áreas de mejora. Los resultados obtenidos siendo el 85% el acompañante fue la misma madre del niño, y el 65% considero que la enfermedad era leve, resolviéndose el 86% de los casos. Los encuestados manifestaron un alto grado de satisfacción con la información recibida. El trato humano fue 76% positivo, detectando que aquellas áreas susceptibles fueron relacionadas con la identificación del personal de salud y las instalaciones.²¹

Aunque, por otro lado, también realizaron otra investigación en relación con las determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario, con la finalidad de analizar las variables que pueden influir en los tiempos de espera. Los resultados obtenidos determinando una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción del paciente y el tiempo percibido, pero no hubo una relación significativa entre la información dada al paciente o familiar, con la percepción del tiempo transcurrido en urgencias.⁴⁷

En Irán se llevó a cabo una investigación para identificar los efectos de factores sobre la satisfacción de los pacientes en los hospitales de formación. Los resultados mencionaron que el tiempo promedio que tiene el personal de salud para salir a la

atención del usuario debería ser menos a los 15 minutos, y la media del tiempo de espera fue con un mínimo de 18 minutos y un máximo de 202 minutos, entonces concluyen que el personal de salud afecta a la satisfacción del usuario, cuidados de enfermería y los procedimientos que puedan practicársele .⁵⁶

En Dinamarca se investigó como determinar la satisfacción del paciente en el servicio de urgencias, donde se propone cuatro hipótesis sobre los efectos latentes en el tiempo de espera, la información adecuada, seguridad y la infraestructura. Lo que permitió una visión para lanzar iniciativas de alto impacto para aumentar los niveles de satisfacción del paciente en el servicio de urgencias.⁶²

En Portugal identificaron la satisfacción de los usuarios que utilizan el servicio de urgencia pediátrica. Los resultados encontrados con el 44% se consideran satisfechos, el 42% muy satisfechos y el 15% totalmente satisfechos con los servicios prestados, los indicadores más positivos se refirieron a imagen y calidad del hospital (Admisión, personal e instalaciones). Entre los aspectos a mejorar sobresale la reducción del tiempo de espera. ⁶

En Australia analizaron el cuidado de los pacientes en la sala de espera de urgencias, utilizando la revisión de la literatura. Fuentes utilizadas CINAHL, Scopus, Medline, Web de Knowledge. Los resultados encontrados, 6 artículos referentes a la enfermera clínica, equipo de valoración médico-enfermera, y auxiliares de clínica. Hay pruebas limitadas donde se compruebe la disminución en los tiempos de espera o la mejora de atención del paciente. El papel requiere el apoyo de otros miembros del personal, sobre todo en el exceso de trabajo, para funcionamiento óptimo y eficaz a la atención del paciente.⁵⁷

Se realizó una investigación en Colombia, con el objetivo de medir la percepción que tienen los usuarios sobre el servicio de urgencias del hospital Raúl Orejuela Bueno por la Universidad Católica. Los resultados mostraron con relación a la percepción de los usuarios y un análisis en el acceso de atención al servicio de urgencias fue calificado bueno 49%, regular 28%, satisfecho 20% e insatisfecho 3%.

El tiempo de espera para su primera revisión fue calificado como: bueno 43%, regular 26%, satisfactorio 16% e insatisfactorio 15%. En su segunda revisión ya hospitalizado fue calificación como: bueno 36%, regular 33%, satisfactorio 14% e insatisfactorio 17%. En sus conclusiones consideran como: bueno 49% la atención en el servicio de urgencias, en la primera revisión lo calificó como: bueno 43% y la segunda revisión en hospitalización lo calificó como: bueno 36%.⁵⁴

En Perú analizaron la percepción de la calidad de la emergencia pediátrica de varios hospitales. Los resultados mostraron, que el hospital mejor valorado fue el Uldarico Roca, en el que los pacientes manifestaron que la calidad de la atención fue de 61% buena, 39% regular; en el Nacional Edgardo Rebagliati Martins, la calidad de atención fue el 21% buena y 52% regular, en la percepción, los peores resultados fueron para los hospitales Alcántara y Cañete con un nivel de calidad en la atención fue el 45% mala percepción, en sus conclusiones la percepción de la calidad de servicio en la Red Asistencial Rebagliati (RAR), la consideran buena.⁵⁵

En Brasil se analizó la calidad de atención de enfermería en unidad de emergencia en la percepción de los pacientes, los resultados encontrados fueron en la comparación de las dimensiones de estructura, proceso y resultados; obteniendo mayor puntaje los resultados y con menor puntaje la estructura. Este estudio permitió analizar la atención de la enfermería en el servicio de urgencias y servirá para la reformulación de las dimensiones evaluadas.⁵⁹

En Canadá realizaron una investigación sobre los factores asociados a la satisfacción de los padres con una crisis en una clínica pediátrica. Los resultados encontrados fueron que la mayoría de los padres afirmó que quedaban algo satisfechos o muy satisfechos ante la atención a la crisis en el servicio de urgencias. La satisfacción correlacionada de los padres se encontró entre la referencia y la atención médica, el grado en que los padres se sintieron escuchados por el médico, así como la orientación que recibieron y la duración del proceso de atención en el servicio de urgencias.¹⁰

En Portland EUA, evaluaron y compararon la satisfacción general en el servicio de urgencias pediátricas de los pacientes y sus padres que los acompañan, los resultados mostraron que la satisfacción de los padres se asoció con la calidad de las interacciones que tuvo el médico con el paciente (Niño), la información clara y un tiempo de espera corto en la sala de espera. La satisfacción del paciente (niño) se asoció con la calidad de interacción que tuvo el médico con él, la información clara y el control del dolor. Concluyeron que la satisfacción puede ser válida y fiable si se mide en pacientes pediátricos, utilizando un instrumento de escala visual. Los factores que influyeron en la satisfacción de los pacientes fueron similares a la de sus papás. Ahora en la satisfacción en el control del dolor como satisfacción en el paciente pediátrico que se encuentra en el servicio de urgencias, es un hallazgo novedoso porque demuestra la importancia de la evaluación del dolor y la ansiedad y el tratamiento adecuado en los niños.⁴⁹

Es una guía práctica clínica de Triage hospitalario, utilizada en el servicio de admisión continua para el primer contacto de urgencias para el segundo y tercer nivel, con el objetivo de categorizar la atención del paciente en una urgencia calificada, identificar los factores de riesgo y priorizar al paciente, así mismo con la finalidad de mejorar la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica y de enfermería, por otro lado también permite organizar a los usuarios garantizando la valoración diagnóstica y terapéutica completa.⁶⁷

En Washington DC, se realizó una revisión de la literatura médica frente a los efectos del hacinamiento y el mal funcionamiento en el servicio de urgencias. Los resultados arrojaron que, de un total de 369 artículos, 41 fueron mantenidos para la inclusión. La calidad del estudio fue modesta; la mayoría de los artículos reflejan el trabajo de observación realizado en una sola institución. No hubo ensayos controlados aleatorios. El hacinamiento del servicio de urgencias se asocia a un mayor riesgo de mortalidad en el hospital, los tiempos más largos en el tratamiento y una mayor probabilidad de dejar el servicio de urgencias después de haber sido visto o no visto por el médico. Para sacar conclusiones sobre los efectos del

hacinamiento en la satisfacción del paciente y de otros criterios de valoración los datos son insuficientes.⁶¹

En Santiago de Cuba, evaluaron el nivel de satisfacción de pacientes adultos, atendidos en el servicio de urgencias, Los Arales, Campo Solo y Carabobo, Venezuela. A cerca de los resultados obtenidos, la mayoría de los encuestados son de mayor edad considerando el nivel de satisfacción alto 84%, demostrándose muy satisfechos o satisfechos y solo el 16% consideraron poco satisfecho o insatisfechos con algún aspecto de la atención recibida, basado en el tiempo de espera.⁶⁰

En Portland, se elaboraron estudios que asocian la satisfacción del paciente y los tiempos de espera en el servicio de urgencias, los resultados mostraron que el intervalo de espera media fue de 14 minutos tomando como referencia entre 7 a 22 minutos para ingresar al consultorio. Consideraron que la satisfacción general fue mayormente asociada a la percepción que al tiempo de espera para pasar a un consultorio por ser más corta de lo esperado. Los pacientes tenían una mediana de tiempo de espera de 13 minutos tomando como referencia de 3 a 26 minutos en un consultorio hasta que fue visto por el médico, la satisfacción fue mayormente asociado a la percepción, concluyeron para mejorar la satisfacción del paciente en el servicio de urgencias, deben centrarse en la mejora de la percepción de los pacientes que esperan tiempos apropiados en lugar de tiempos de espera simplemente acortándolos.⁴⁹

En Guanajuato, se midió la percepción de la calidad en los usuarios que reciben atención en el servicio de urgencias en un hospital del IMSS. Los resultados mostraron que 18.3% refirieron que no perciben una buena calidad de atención; el 54.3% consideraron eficiente el servicio de urgencias y el 27.4% consideraron una atención muy eficiente, en sus conclusiones considera que la calidad de la percepción es buena en la atención en el primer contacto.⁵²

En Guasave, Sinaloa se realizó una investigación con el objetivo de identificar la prioridad de la atención médica en el servicio de urgencias con el sistema de

TRIAGE en un hospital general de zona IMSS. Los resultados mostraron que el tiempo promedio hasta la valoración inicial, realizada por enfermería fue de 29 minutos; 43 minutos para ser visto por un médico y aquellos que requirieron atención por un especialista hasta 136 minutos, es decir una espera de más de 2 horas. El tiempo que los pacientes esperan para recibir el servicio se eleva hasta 162 minutos, en sus conclusiones consideran que la atención recibida en el tiempo de espera en el servicio de urgencias es considerada rápido, fluida y de calidad.⁵³ (Los resultados de la investigación se encuentran fuera del tiempo establecido por el TRIAGE).

III. MATERIAL Y MÉTODOS

La siguiente investigación tiene un enfoque cuantitativo porque los datos son susceptibles de medir y permite hacer uso de pruebas estadísticas. Se realizó un estudio, descriptivo, correlacional, transversal y prolectivo.

3.1 Población y muestra

3.1.1 Universo de estudio

- Los familiares de los niños que asistieron al servicio de admisión continua del hospital de especialidades pediátricas de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Abarcando los turnos establecidos (Matutino, vespertino, nocturnos y jornada acumulada).

3.1.2 Tamaño de la muestra

Cabe hacer mención, el levantamiento de la muestra total tiene características complejas, por lo que se utilizó una muestra por conveniencia, 64 familiares encuestados.

3.2 Criterios de inclusión

- A un paciente pediátrico que ingresó al servicio de admisión continua.
- Que aceptaron participar.
- Hablar español.
- Que sepan leer y escribir.

3.3 Criterios de exclusión

- La toma de la encuesta a 2 familiares.
- Aquellos que lleguen a la atención con el enfermo ya fallecido.
- Los que no quieran participar en la encuesta.
- Hablar alguna lengua indígena sin dominio del castellano.

Se realizó el desarrollo del estudio, a partir de los pacientes atendidos en el servicio de admisión continua, tomando la muestra a conveniencia, al mismo tiempo se realizó la aplicación de un instrumento que midió la satisfacción de los familiares en relación a la atención y los tiempos de espera en un hospital pediátrico.

3.4 Variables de estudio

3.4.1 Definición conceptual

✓ **Satisfacción de los familiares:**

De acuerdo con López-Madurga,⁷ define la satisfacción como el resumen de sus expectativas, cubiertas o no, de cada uno de los procesos hacia la atención recibida.

3.4.2 Definición operacional

- ✓ Se ejecutó la encuesta al familiar con la finalidad de obtener el nivel emocional en la atención recibida en el área de admisión continua con un instrumento exprofeso de autor Cruz-Avenidaño MA, Rosete-Mohedano MG. 2016.

3.4.3 Definición conceptual

✓ **Tiempos de espera:**

Es el número de minutos que transcurre entre el momento en que el usuario llega a la unidad de atención y el momento que recibe la consulta.¹³

3.4.4 Definición operacional

- ✓ Tiempo transcurrido en el que acudió al servicio de admisión continua del Hospital de Especialidades Pediátricas construido exprofeso de autor Cruz-Avenidaño MA. Rosete-Mohedano 2016.

3.5 Validación de contenido

Con el apoyo de cinco expertos se realizó la validación del instrumento que midió la satisfacción de los familiares relacionado a los tiempos de espera de un hospital pediátrico. En la validación participaron la responsable del departamento de calidad, la subdirectora de atención al usuario, la jefa de piso de admisión continua, un médico pediatría del mismo servicio y un médico subespecialista que se encuentra en el área de investigación.

3.5.1 Prueba piloto

La aplicación del instrumento se realizó en las instalaciones del Hospital de Especialidades Pediátricas, en el servicio de admisión continua.

Los participantes fueron los familiares del menor, quienes previa orientación del instrumento y consentimiento informado firmaron voluntariamente para efectos del mismo, se aplicaron 28 cuestionarios en los diferentes turnos, así mismo para elaborar los datos para la prueba piloto.

El llenado de la encuesta fue realizado por el investigador con un tiempo aproximado de 15 minutos, se le explicó al familiar la importancia de tomar en consideración el tiempo de espera y la atención médica, con la finalidad que tomara un criterio más prudente y considerar su valoración con respecto a su satisfacción.

Para el levantamiento de las encuestas fue necesario estar jornadas completas de 8 horas e inclusive cumplir con horas extras para obtener 1 o 2 entrevistas.

A la revisión de los datos encontrados en la prueba piloto se consideró lo siguiente: en la primera subescala se cambiaron el ítem 1 a sociodemográfico, porque no permite medir la cantidad, el ítem 2 se cambió a la dimensión de tiempo de espera, porque esta pregunta mide tiempo.

Por último, el ítem 24 de tiempo se pasa a sociodemográfico, porque de acuerdo con su medición modifica los parámetros de tiempo de espera.

3.6 Procesamiento de datos

Se utilizó el software S.P.S.S versión 22 en español.

Para obtener la Confiabilidad del instrumento se utilizó la Kuder Richardson.

Se realizó una descripción de las variables sociodemográficas utilizando como medidas la frecuencia (F_o), porcentajes (%) y media (X).

A continuación, se describió las subdimensiones de la satisfacción de los familiares.

Para el análisis de la satisfacción de los familiares se realizó la suma total de las 3 subdimensiones, así mismo en la categorización se utilizaron estudios similares donde los autores evaluaron la satisfacción con la siguiente clasificación: buena satisfacción, regular satisfacción y mala satisfacción. ^{21, 27, 48, 54}

Para el cruce de variables sociodemográficas con las variables principales se utilizaron las pruebas estadísticas no paramétricas como son: U de Mann Whitney y Kruskall-Wallis.

Así mismo se utilizó ANOVA.

Por último, para obtener la Confiabilidad del instrumento se utilizó la Kuder Richardson.

3.7 Instrumento de medición

De acuerdo con la revisión de la literatura se toman los siguientes modelos de los autores (Correia, 2010; García, 2011; Aneiros, 2013; López 2014) para elaborar un instrumento exprofeso, que midió la satisfacción de los familiares en relación a la atención y los tiempos de espera en un hospital pediátrico. ^{26, 30, 43, 54,} con un total de 29 ítems, así mismo se encuentra categorizado por 4 subdimensiones y un apartado de variables sociodemográficas que miden:

3.7.1 Control de Admisión (Recepción)

La comunicación es fundamental para evitar falsas expectativas y explicarle la dinámica utilizada para atender las urgencias de acuerdo con su prioridad.⁴³ La primera dimensión de control de admisión estuvo constituida por 10 ítems (1a10), siendo dicotómicas, con un valor máximo de 10 y un mínimo de 0, donde Si=1 y No=0. ^{Anexo 3}

1. Tuvo que pasar a otra unidad para la atención de su niño.
2. A la llegada al hospital le orientaron donde estaba el servicio de urgencias.
3. Lo mandaron con una orden para que atendieran a su niño.
4. Se identificó con usted y le dijo que puesto tenía la persona de la recepción de urgencias.
5. Le explicaron de forma clara en que momento pasaría su niño/a a consulta.
6. Durante la espera, hubo alguna enfermera al pendiente de su niño.
7. La persona encargada de la recepción tuvo que tomarle la temperatura a su niño.
8. Tuvo que insistir en más de una ocasión a la recepción para que le atendieran y pudiera parar a consulta.
9. El personal de recepción tomó nota sobre el estado de salud del niño.
10. Tuvo la necesidad de realizar una queja para que lo pudieran atender.

3.7.2 Atención médica y de enfermería.

Es el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación de una resolución en torno al ambiente físico y social, donde el familiar se da cuenta lo que está percibiendo.²¹⁻²⁴ La segunda dimensión se le cuestionó al familiar en razón a la percepción de la atención, estuvo constituido por 7 ítems (11 al 17), siendo dicotómicas, con un valor máximo de 7 y un valor mínimo de 0, donde Si=1 y No=0. Anexo 3

- 11.El médico/a le comentó como estaba el estado de salud de su niño/a.
(Diagnóstico y pronóstico).
- 12.El médico/a le comentó la necesidad de estudios para la atención médica.
- 13.Después de la toma de estudios, esperó nuevamente la atención médica de su niño/a.
- 14.El médico indicó a una enfermera para realizar algún procedimiento a su niño/a.
- 15.La enfermera/o se identificó con usted y su niño/a.
- 16.La enfermera la orientó sobre el procedimiento que le realizaría a su niño/a.
- 17.La enfermera le ofreció su apoyo para cuidar a su niño, porque usted tuvo que salir a realizar algún trámite.

3.7.3 Satisfacción (Trato)

Se refiere a la complacencia del usuario en función de sus expectativas por el servicio recibido.⁷ La tercera dimensión donde al familiar se le cuestionó en razón al trato digno que recibió por parte del personal, estuvo constituido por 6 ítems(18 al 23), en escala tipo Likert con valores 1= Muy malo, 2= Malo, 3= Regular, 4= Bueno y 5= Muy bueno, con una puntuación de 6 mínimo y 30 máximo, posterior se realizó una recodificación a respuestas dicotómicas donde 1, 2 y 3=0; 4 y 5=1; los valores fueron 0=trato no adecuado y 1=trato adecuado. Anexo 3

- 18.El trato que recibió del personal de recepción fue.
- 19.El trato que recibió su niño en la consulta médica fue.

20. La intervención del médico para controlar las molestias de su niño fue:
21. La atención de la enfermera durante los cuidados a su niño y el trato fueron:
22. El tiempo que pasó en urgencias para la atención de su niño fue.
23. El trato que recibieron usted y su niño en el servicio de urgencias fue.

3.7.4 Tiempo de espera

Es el promedio en minutos que transcurre entre el momento en que el usuario llega a la unidad de atención y el momento que recibe la consulta.^{14, 42} Cuenta con 6 ítems (24 al 29), abiertas, posteriormente se realizó la suma de las variables en dato crudo y de acuerdo con la clasificación de tiempos de espera se le asignaron los siguientes valores: Excelente = 0 minutos, Bueno = 15 minutos, Regular = 60 minutos, Malo = 120 minutos y <240 = muy malo.^{14, 23-25 Anexo 3}

24. ¿Qué tiempo pasó para que atendieran a su niño en la consulta?
25. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar para pasar nuevamente a consulta después que le tomaron estudios de laboratorio y/o de Rayos x?
26. Si tuvo que realizar otro trámite para la atención de su niño ¿qué tiempo le llevó?
27. ¿Cuánto tiempo estuvo en urgencias para la atención del niño?
28. ¿Qué tiempo pasó entre el internamiento y la atención para que pudiera ver a su niño?
29. ¿Qué tiempo pasó y le dijeron que su niño tendría que ser internado?

3.7.4.1 Satisfacción del familiar

Se creó una variable a partir de la suma de las tres subdimensiones; control de admisión, atención médica y de enfermería, así como, satisfacción (trato), se utilizó una clasificación de acuerdo con estudios que evaluaron la satisfacción, tomando como referencia donde 0 a 7= mala; 8 a 15= regular; y 16 a 23= buena.^{21, 27, 48, 54}

3.7.5 Variables sociodemográficas de los familiares

Edad del familiar, estado civil, sexo, estudios realizados, situación laboral, lugar de procedencia, parentesco del paciente,

3.7.6 Variables sociodemográficas del niño

Edad del niño, sexo, causa de traer al niño a urgencias y el tiempo de traslado que le llevó para llegar al hospital.

3.8 Confiabilidad

Posterior a las operaciones todo el instrumento quedó con preguntas dicotómicas utilizando la prueba Kuder Richardson 20, para su evaluación.

Kuder Richardson 20 = 0.762

3.9 Aspectos éticos y legales

A continuación, para el desarrollo de la investigación se toman en cuenta los principios éticos y pertinentes, haciendo énfasis en el respeto de autonomía, privacidad y beneficencia. Para ello se realizará lo siguiente:

- Solicitar por escrito la aprobación por parte de los directivos de la institución donde se realizará la prueba piloto, con el compromiso de retroalimentarla con los resultados.
- Se utilizará la hoja de consentimiento informado (anexo 1 y 2) y la aplicación del instrumento de acuerdo con la ley general de salud y la declaración de Helsinki para la investigación.⁵⁵⁻⁵⁶
- Se respetará la decisión de los familiares que no deseen participar; de igual forma se les informo que el hecho de no participar no afectaría nuevamente su atención.
- La información obtenida es únicamente de carácter de investigación.
- Los nombres de los participantes y la información recolectada se utilizarán de modo confidencial y con fines académicos.
- Reglamento en materia de investigación en salud de la Ley General de Salud.
- Manual de procedimientos del servicio de urgencias para hospitales generales.⁵⁶

IV. RESULTADOS

4.1 Caracterización de la población

En este apartado se muestran los resultados de investigación acerca de la satisfacción de los familiares relacionados al tiempo de espera en un servicio de admisión continua en un hospital pediátrico. Cabe mencionar que para evaluar la satisfacción de los familiares se elaboró un instrumento expofeso con 4 dimensiones que son las siguientes: a) Control admisión (Recepción), b) Atención médica y de enfermería (Percepción), c) Satisfacción (Trato), y d) Tiempo de espera.

Se presentan los resultados de la caracterización de la muestra tomada a conveniencia con la participación de 64 familiares.

De acuerdo con los entrevistados, el 66% fueron mujeres y el 34% hombres con una media de edad de 32 años \pm 7, siendo familiares papá o mamá, el estado civil, 9 de cada 10 se encuentra casado o en unión libre y 7 de cada 10 la mamá acompaña a su niño a la consulta médica.

Por otro lado, el 67% profesa la religión católica y el resto son evangélicos, con respecto al lenguaje, el 81% habla el castellano y el resto es bilingüe. Con relación a su nivel académico, 8 de cada 10 tiene preparatoria y secundaria, por lugar de residencia, 7 de cada 10 son foráneos (Cuadro 1).

En relación con el sexo de los niños que acudieron al servicio de admisión continua, el 52% fueron niños y el 48% niñas con una media de edad de 7 años \pm 5, acudiendo el 32% al turno matutino, 14% al turno vespertino y el 27% al turno nocturno, sábado y domingo respectivamente, los motivos por los cuales asistieron a la atención: el 30% enfermedades febriles, el 20% enfermedades gastrointestinales y neurológicas, el 16% enfermedades respiratorias y el 14% otras enfermedades, con una media 100 \pm 90 en minutos de llegada al hospital para su atención. (Cuadro 2).

Cuadro 1. Características sociodemográficas de los familiares

Variables	Fo	(%)
Edad del familiar	32 ± 7*	
Sexo del familiar		
Femenino	42	(66%)
Masculino	22	(34%)
Estado civil		
Casado, Unión libre	55	(86%)
Divorciado, Separado	9	(14%)
Parentesco		
Mamá	42	(66%)
Papá	22	(34%)
Religión		
Católico	43	(67%)
Evangélicos	21	(33%)
Lenguaje	52	(81%)
Castellano	12	(19%)
Bilingüe		
Preparación Académica		
Ninguna	3	(5%)
Primaria	4	(6%)
Secundaria	24	(38%)
Preparatoria	27	(42%)
Profesional	6	(9%)
Situación laboral		
Trabaja	34	(53%)
No trabaja	30	(47%)
Lugar de Residencia		
Locales	22	(34%)
Foráneos	42	(67%)

*Promedio y ± Desviación estándar

Cuadro 2. Características sociodemográficas del niño.

Variable	Fo	(%)
Edad del niño	7 ± 5*	
Sexo del niño		
Femenino	31	(48%)
Masculino	33	(52%)
Turno de atención		
Matutino	21	(33%)
Vespertino	9	(14%)
Nocturno	17	(27%)
Sábado o Domingo	17	(27%)
Motivo de acudir al servicio de Admisión continua		
Enfermedades febriles	19	(30%)
Enfermedades gastrointestinales	13	(20%)
Enfermedades neurológicas	13	(20%)
Enfermedades respiratorias	10	(16%)
Otras enfermedades	9	(14%)
Tiempo de traslado	100 ± 90* minutos	

*Promedio y ± Desviación estándar

4.1.1 Control de admisión (Recepción).

La subdimensión de control de admisión (Recepción), evaluó el primer contacto de los padres con el personal administrativo, en el cuadro 3 se puede observar el cumplimiento por actividad desde la perspectiva de los familiares, encontrando ítems con la respuesta de los familiares que dijeron sí, como el 9 con 97%, 1 con 66%, el 5 con 56% y el 3 con 56%, el resto no cumple.

Cuadro 3. Control de admisión (recepción)

Variables	Respuesta Si Fo (%)
1. Tuvo que pasar a otra unidad de salud para la atención del niño/a.	42 (66%)
2. A la llegada al hospital le orientaron donde estaba el servicio de urgencias.	26 (41%)
3. Lo mandaron con una orden para que atendieran a su niño/a.	33 (52%)
4. Se identificó con usted y le dijo que puesto tenía la persona de la recepción de urgencias.	19 (30%)
5. Le explicaron de forma clara en qué momento pasaría su niño a consulta.	36 (56%)
6. Durante la espera, hubo alguna enfermera al pendiente de su niño.	9 (14%)
7. La persona encargada de la recepción tuvo que tomarle la temperatura a su niño/a.	19 (30%)
8. Tuvo que insistir en más de una ocasión a la recepción para que la atendieran y pudiera pasar a consulta.	13 (20%)
9. El personal de recepción tomó nota sobre el estado de salud del niño/a.	62 (97%)
10. Tuvo la necesidad de realizar una queja para la atención de su niño/a.	5 (7%)

Fuente: Encuesta que midió la satisfacción de los familiares relacionados a la atención y tiempos de espera en un hospital pediátrico.

4.1.2 Atención médica y de enfermería

La subescala de atención médica y de enfermería, evaluó la percepción del familiar en relación con la atención del niño, en el cuadro 4 se puede observar el cumplimiento de las actividades desde la perspectiva del familiar que respondieron si, los ítems 12 con 86%, el 11 con 70% y el 13 con 55%. Siendo estos resultados favorables, el resto es desfavorable.

Cuadro 4. Percepción en relación con la atención del niño.

Variables	Respuesta Si Fo (%)
11.El médico/a le comentó como estaba el estado de salud de su niño/a	45 (70%)
12.El médico/a le comentó la necesidad de estudios para la atención médica	55 (86%)
13.Después de la toma de estudios, esperó nuevamente la atención médica de su niño/a.	35 (55%)
14.El médico indico a una enfermera para realizar algún procedimiento a su niño/a	31 (48%)
15.La enfermera/o se identificó con usted y su niño/a	21 (33%)
16.La enfermera la orientó sobre el procedimiento que le realizaría a su niño/a	15 (23%)
17.La enfermera le ofreció su apoyo para cuidar a su niño, porque usted tuvo que salir a realizar algún trámite.	17 (27%)

4.1.3 Satisfacción (trato)

La escala de satisfacción (trato), fue evaluado de acuerdo con el trato percibido por el familiar y que respondieron si, dentro del cuadro 5, los ítems 19 con 80% y el 20 con 61%.

Cuadro 5. Trato en la atención

Variable	Respuesta Si Fo (%)
18. Recibió buen trato por parte del personal de recepción	31 (48%)
19. Su niño recibió buen trato en la consulta médica	51 (80%)
20. Hubo buen trato en la intervención del médico a su niño	39 (61%)
21. Recibió buen trato en la atención de la enfermera durante los cuidados a su niño	20 (31%)
22. Recibió buen trato en el tiempo que pasó en urgencias para la atención de su niño	24 (38%)
23. Recibieron buen trato usted y su niño en el servicio de urgencias	28 (44%)

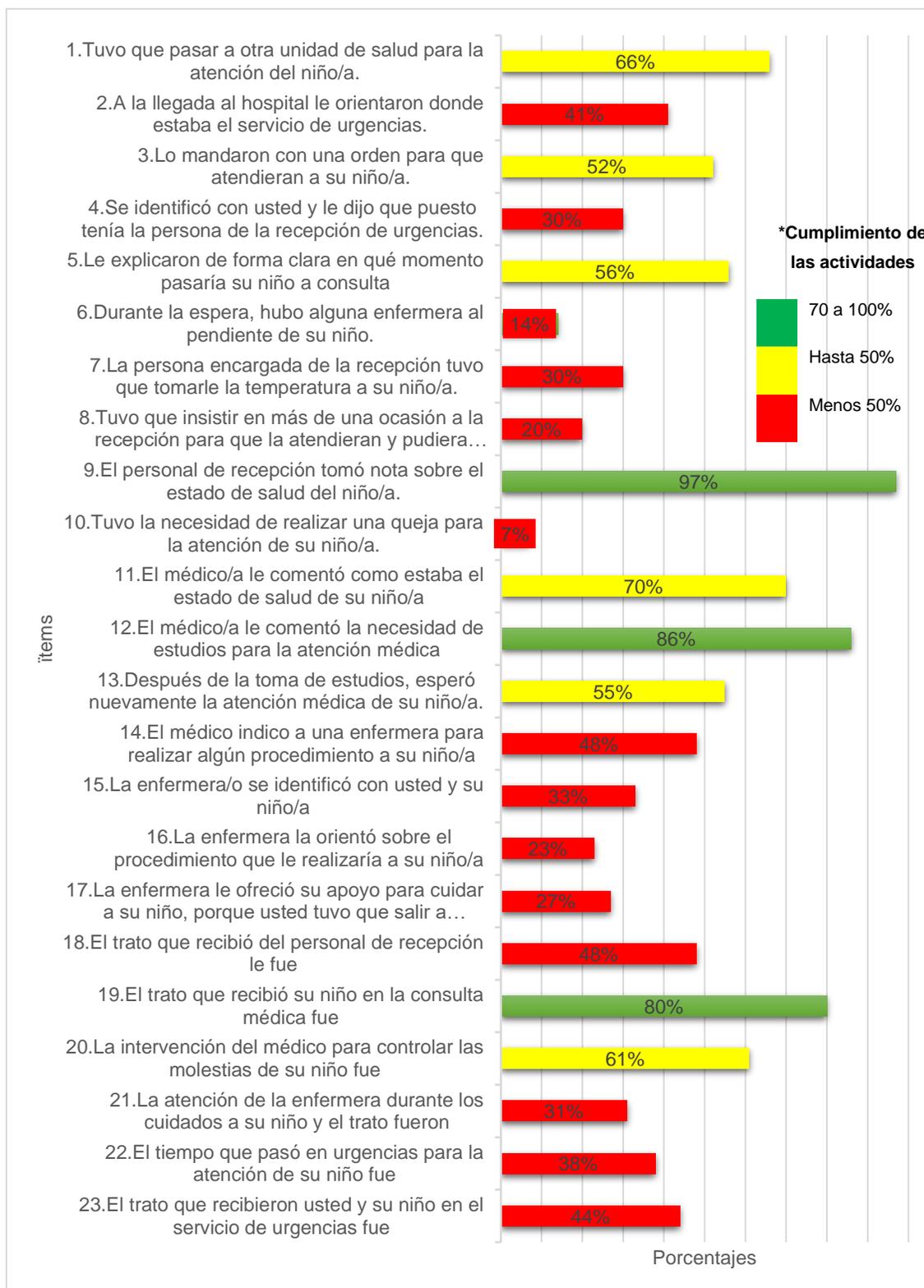


Gráfico 1. Datos generales del proceso de atención

***Semaforización del cumplimiento de las actividades desde la perspectiva del familiar**

4.1.3.1 Satisfacción del familiar

Se llevó a cabo el análisis del estudio para determinar la satisfacción del familiar donde el 61% manifestó tener una satisfacción regular, el 25% una satisfacción mala y el 14% una satisfacción buena (Gráfico 2).

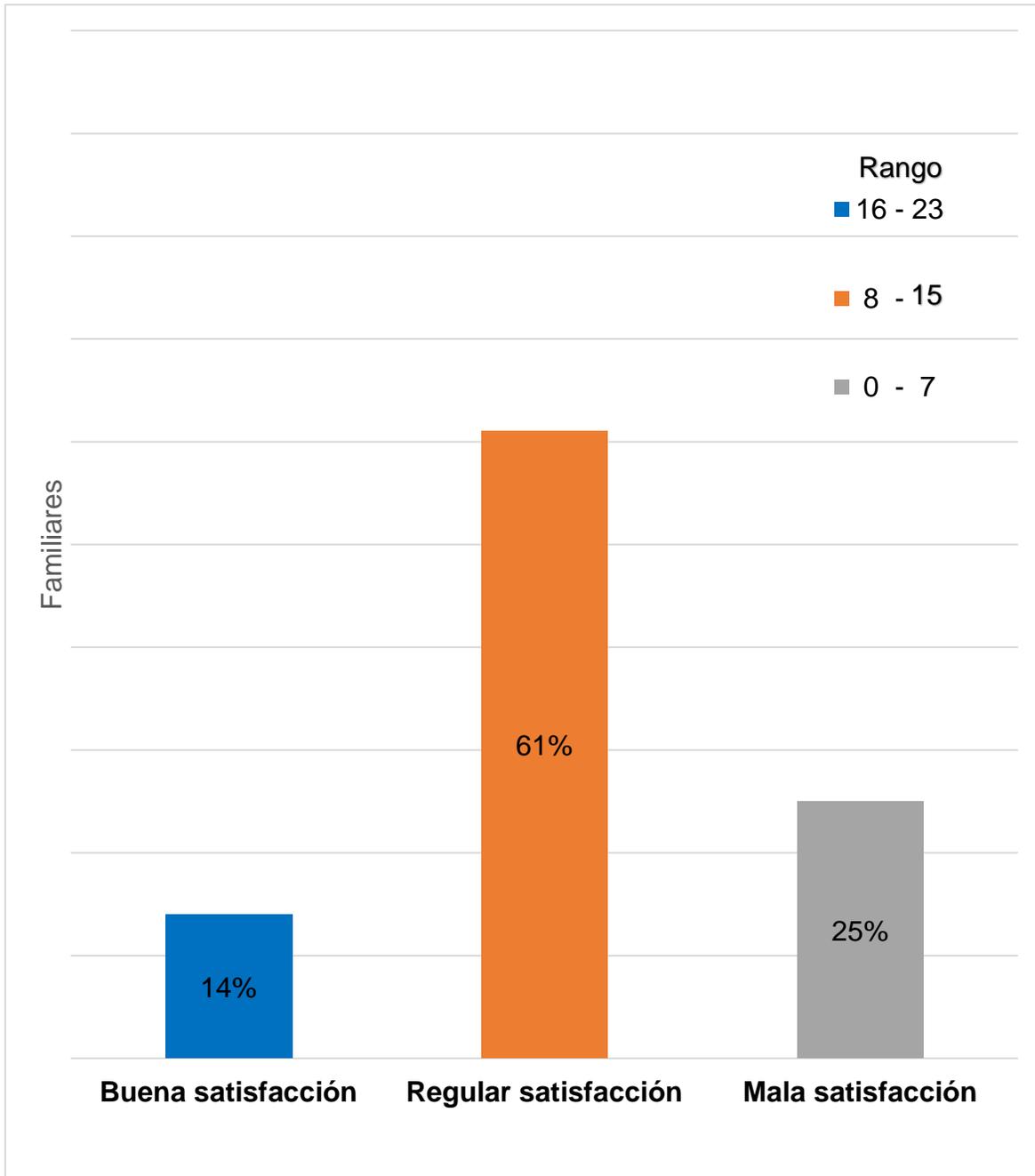


Gráfico 2. Nivel de Satisfacción del familiar

4.1.4 Tiempos de espera

Utilizando la misma forma para el análisis de los tiempos de espera se tomó la clasificación para triaje, encontrando el 48% muy malo, el 28% malo y el 9 % bueno respectivamente (Gráfico 3).

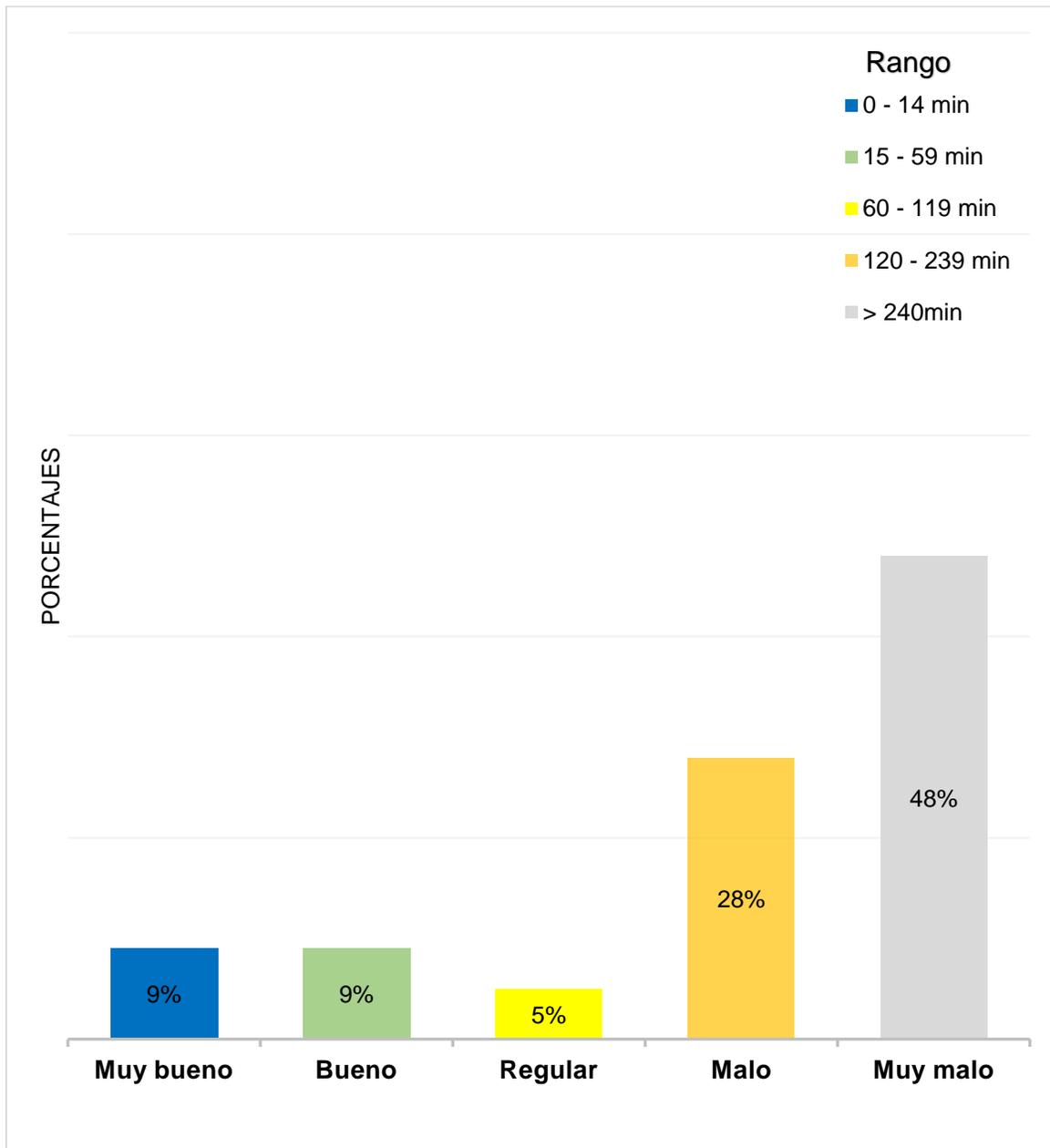


Gráfico 3. Tiempo de espera

4.2 Análisis inferencial

En relación con las variables sociodemográficas se comparó la satisfacción y género, parentesco, lugar de referencia, creencia religiosa, condición civil, comunicación verbal, utilizando U de Mann Whitney encontrando $p > 0.05$, sin significancia estadística.

En el análisis de la satisfacción en relación con su situación laboral ($U = 343.5$, $p < 0.05$), existen diferencias significativas, por lo que el nivel de satisfacción entre la proporción de los que trabajan y no trabajan, es diferente. El familiar que trabaja percibe diferente la satisfacción en la atención, no todo el tiempo puede estar al lado de su paciente.

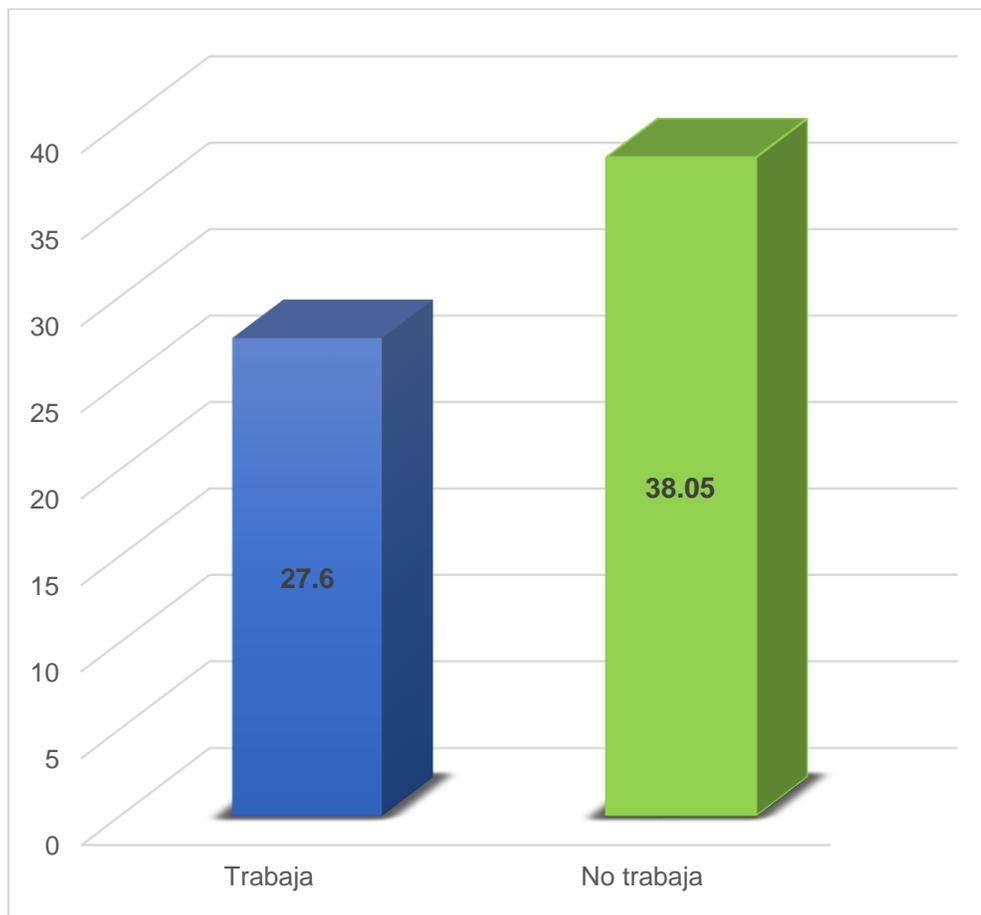


Gráfico 4. Nivel de satisfacción de los familiares en relación con los que trabajan.

Se realizó la prueba de Kruskal-Wallis para saber la diferencia entre la satisfacción y grado de estudios ($\chi^2=13.4$, $gl=4$, $p<0.05$), encontrando significancia estadística, por lo que la satisfacción entre grado de estudios es diferente. Posteriormente se realizó la prueba de U de Mann Whitney para saber la diferencia por grado de estudio con significancia, encontrando al grupo que no tiene preparación académica ($p<0.05$) el que determina la significancia entre los demás grupos.

Se realizó un análisis con los tiempos de espera y el turno de atención ($F=2.372$, $gl=3$, $p>0.05$), no se encontró significancia estadística, entendiendo que los tiempos de espera por turno en la atención no es diferente.

Se encontró una relación lineal estadísticamente significativa, baja e inversamente proporcional, entre la satisfacción y los tiempos de espera, en la atención del paciente en un hospital pediátrico ($r_s= -0.423$ $p<0.05$) (Gráfico 5). Lo que quiere decir que, a mayor tiempo de espera, menor satisfacción del familiar, lo que explicaría al menos el 42% de los casos en que esto ocurre.

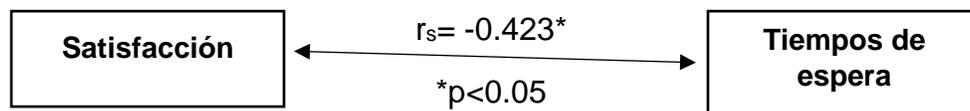


Gráfico 5. Relación entre la satisfacción y los tiempos de espera. *

Cuadro 6. Comparación de variables sociodemográficas con el nivel de satisfacción.

Variable	Rango promedio	p*
Sexo		
Hombre	34.13	<0.504
Mujer	31.38	
Parentesco		
Papá	32.86	<0.122
Mamá	32.31	
Creencia religiosa		
Católico	32.33	<0.850
Evangélico	33.05	
Condición civil		
Casado, unión libre	33.43	<0.257
Divorciado, separado	26.86	
Lugar de Residencia		
Local	28.18	<0.122
Foráneo	34.76	
Comunicación verbal		
Castellano	33.35	<0.384
Bilingüe	28.83	
Situación laboral		
Trabajo	27.60	>0.010†
No trabaja	38.05	
Grado de estudios		
Ninguno	60	>0.009‡
Primaria	36	
Secundaria	33.27	
Preparatoria	26.70	
Profesional	39.42	

* Nivel de significancia, † U de Mann Whitney, ‡ Kruskal-Wallis.

V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En la investigación se encontró, el 64% es mamá, el 36% es papá y acompañaron a su hijo al servicio de admisión continua para su atención o sea el 100% de los casos son familiares directos, estos resultados son similares con la literatura donde mencionan que el 100% los familiares (mamá o papá), es la o el acompañante al servicio de urgencias, señalando a la mujer en un 85% (López, 2009), 70% (Gamella, 2013), 61% (Aneiros, 2013), 78% (Luna, 2012) y 61% (Banegas, 2014) de los casos.^{21, 27, 30, 55, 60}

Por otro lado, en el estudio se encontró el 11% de los familiares manifestaron una buena satisfacción con la atención recibida, cabe mencionar que estas personas no cuenta con algún grado de estudio o solamente tiene la primaria, estos resultados son similares a un estudio realizado en Cuba, con el 94% manifestaron una buena satisfacción con la atención recibida fueron aquellos que no tienen un grado de estudios o solo cumplen con la educación básica, esto indica que los familiares con estudios superiores son frecuentemente más exigentes y demandan una mayor atención, porque tienen más conocimientos e información general relacionado con la salud, por lo que manifiestan más insatisfacción por la atención recibida.⁶⁰

En el análisis de los tiempos de espera y la relación con el turno de atención no hubo diferencia en la atención, existen estudios que difieren (Carbonell, 2006; Interiano, 2012) mencionan al turno matutino con más carga de trabajo en la atención a pacientes en la consulta, por lo que presentan tiempos de espera prolongados, seguidos del turno vespertino y nocturno respectivamente. Cabe mencionar que el familiar o usuario que acude al servicio de urgencias o admisión continúa teniendo que enfrentarse a constantes demoras en la atención, siendo para ellos una satisfacción el pasar a consulta olvidando el desgaste físico en la espera y el enojo presentado.^{29, 47}

Con respecto a la percepción del familiar en relación con la atención en admisión (recepción), no se cumplieron la mayoría de sus actividades teniendo como respuesta si menos del 50%, uno de los puntos clave es la información al usuario, en estudios relacionados mencionan que debe existir una buena comunicación

entre la recepción y el familiar o usuario sobre la dinámica del servicio, porque se encuentra reconocido en la carta de los derechos generales de los pacientes de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Sobre todo, que los puede llevar a cuadros de angustia cuando llegan al servicio de urgencias o admisión continua y no se les atiende en el momento, dado que la información oportuna puede aliviar una parte y culminarla posterior a la atención.^{27, 30, 66}

De la misma manera, la atención médica y de enfermería en relación con la percepción del familiar en la atención del niño, no se cumplieron la mayoría de sus actividades teniendo como respuesta si menos del 50%, encontrando estudios (Harris, 2008; Aneiros, 2013) donde se menciona , el 51% los médicos no se presentaron siendo biologicistas, interesándose más la parte del cuerpo y no la mente o humana, así mismo, un 61% el personal de enfermería no cumplió con presentarse con el familiar ni proporcionar su nombre, esto puede ser debido al exceso de trabajo y estrés laboral, pero principalmente a la enajenación que presenta el personal de salud e incluso la falta de formación en aspectos humanistas, los familiares o usuarios manifestaron una mala satisfacción porque el médico o la enfermera no proporcionaron la información adecuada relacionada al paciente e inclusive solicitando más médicos y enfermeras para incrementar la calidad de la atención, por otro lado se encontraron estudios (Pérez-Goiz, 2009; Pérez-Tirado, 2009), mencionan el médico otorgó la información adecuada y la importancia de la necesidad de ciertos estudios para dar el tratamiento teniendo un alto grado de satisfacción en la percepción de los familiares. ^{21, 22, 24, 30}

En relación al trato en la atención de enfermería, el familiar manifestó una mala satisfacción, no se cumplieron la mayoría de las actividades con respuesta si menor al 50%, en estudios similares (Aneiros, 2013) menciona que la enfermera no se presentó con el familiar y paciente, tampoco recibieron información acerca de los cuidados y procedimientos con respecto al padecimiento, existiendo un contraste, (Pérez-Goiz, 2009; Carrillo, 2009; García, 2011), donde los familiares mencionaron haber tenido una buena satisfacción por enfermería porque le brindo una atención con respeto e información sobre los cuidados. ^{22, 26, 30, 45}

Por otro lado, en relación con el trato por el personal de recepción no se cumplieron la mayoría de las actividades con respuesta si menor al 50%, los familiares recibieron información acerca de la dinámica asistencial, pero no quedó claro al decir que, si le entendieron, en estudios difieren los resultados (Pérez, 2009; Gamella, 2013), mencionan el personal de recepción le brinda al familiar la orientación e información sobre la dinámica del servicio.^{21, 27}

Los familiares manifestaron una mala satisfacción 25%, en diferentes estudios encontrados difieren los resultados (Pérez, 2009; Arrellano, 2012; Gamella-Pizarro, 2014; López, 2014), donde mencionan, haber tenido una buena satisfacción en relación a la atención, desde el conocimiento de la información del funcionamiento del servicio el buen trato y la amabilidad al dirigirse a ellos, todo usuario que requiere este servicio en su momento es una atención oportuna, siendo un reto y una oportunidad de mejora para elevar los índices de calidad, al mismo tiempo poder utilizar esta herramienta llamada triaje o primer contacto, lo que garantice la clasificación de los pacientes, priorizando la atención oportuna situación que no se realiza en este servicio.^{21, 27, 48, 54}

Se encontró una relación lineal estadísticamente significativa, baja e inversamente proporcional, entre la satisfacción y los tiempos de espera, en la atención del paciente ($r_s = -0.423$ $p < 0.05$) (Gráfica 5). Lo que quiere decir que, a mayor tiempo de espera, menor satisfacción del familiar, lo que explicaría al menos el 42% de los casos en que esto ocurre. Así mismo, los familiares manifestaron una mala satisfacción, debido a que los tiempos fueron prolongados, se encontraron estudios donde difieren los resultados (Navarro, 2005; Pérez, 2009; Arrellano, 2012), mencionan que el tiempo de espera del familiar y la permanencia en el servicio de urgencias fueron los adecuados, así mismo señalaron que el servicio de primer contacto o triaje en urgencias es vital ayuda para el funcionamiento adecuado de este, reduciendo la carga de trabajo, disminuyendo los tiempos de espera, otorgando la atención oportuna, por lo que mantiene un buen nivel de satisfacción del familiar o usuario, además de cumplir con el estándar de oro de total de casos.

^{21, 48, 51}

5.1 Conclusiones

Al realizar el análisis de la investigación, se confirma que a mayor tiempo de espera menor es la satisfacción del familiar, debiéndose tomar en cuenta su opinión desde su percepción del sentir humano, siendo esta una oportunidad de mejora y utilizar una herramienta que proporcione la atención inmediata y categorice adecuadamente a los pacientes (triaje), preferente un personal de salud capacitado.

Además, se debe tomar muy en cuenta los tiempos de espera prolongados, el personal de salud capacitado ayudará en la organización y clasificación de los pacientes, mejorando estos tiempos en la atención oportuna, el beneficio en el paciente pediátrico, con la finalidad de elevar la satisfacción del familiar y calidad de la atención.

La madre desde siempre es quien se encuentra al pendiente del cuidado de su niño, por una socioaculturación, donde se propone de manera necesaria integrar al padre en el rol de cuidador ante la importancia de compartir las responsabilidades del cuidado de la salud y el desarrollo de su niño.

Por otra parte, se detectó que no existe buena comunicación entre personal de salud y familiares o usuario que acude al servicio de admisión continua, siendo esta una herramienta efectiva para mantener informados a las personas sobre la dinámica de atención, así mismo es un elemento significativo para la satisfacción del usuario.

Por otro lado, se identificó que los familiares sin formación académica perciben mejor la atención teniendo una buena satisfacción, debido a su aculturación (ignorancia) proponiendo fomentar la educación en la comunicación para que conozcan sus derechos en la atención, siendo todo lo contrario en los familiares que, si tienen una formación académica, al tener acceso a la información la evaluación es muy exigente, porque el mínimo detalle es desfavorable,

Así mismo, se identificó que no se da cumplimiento al indicador de trato digno por el personal de recepción y de enfermería, por lo que es necesario realizar capacitación en relaciones humanas para sensibilizar al personal, al mismo tiempo

realizar evaluaciones constantes con el fin de elevar y mantener los niveles de este indicador.

Como herramienta de mejora se debería utilizar el triage, porque es una herramienta comprobada que sirve para mejorar el funcionamiento y organizar la atención de las personas, garantizando la atención oportuna y al mismo tiempo elevaría los índices de calidad del servicio.

5.2 Recomendaciones

- Para posteriores estudios, es necesario tomar en cuenta un tiempo estimado con la finalidad de obtener la muestra total.

5.3 Limitaciones del estudio

- El tiempo para levantar una entrevista fue mayor a 8 horas.
- Estar a la espera del paciente, que llegara al servicio y tomar el tiempo.
- El idioma.

5.4 Aportaciones a la práctica, investigación y gestión

- ✓ Conocer la satisfacción de los familiares desde otra perspectiva, ayudó a generar una visión para la implementación de estrategias como realizar capacitaciones de manera continua sobre relaciones humanas, derechos de los pacientes, manejo del triage en la atención oportuna esto permitirá mejorar la atención oportuna en bienestar del paciente pediátrico.
- ✓ Conocer los tiempos de espera en el servicio de urgencias, ayudaran para la implementación de una herramienta en la organización del servicio.
- ✓ Mejorar los procesos de atención.
- ✓ Las aportaciones a la investigación para el Hospital de Especialidades Pediátricas no existen estudios relacionados a la satisfacción en el proceso de atención en urgencias.
- ✓ Realizar las gestiones necesarias para las oportunidades de mejora en el servicio de urgencias en coordinación con los departamentos implicados, altos mandos, para evaluar al personal de salud de manera continua y cumplir con el indicador de trato digno e inmiscuir a todas aquellas personas que tienen contacto con el familiar al momento de ingresar al hospital.

5.5 Perspectivas del estudio

- Integrar comités que permitan la vigilancia y la continuidad en la mejora de la atención.
- Instalar el servicio de primer contacto para la clasificación de los pacientes.
- Integrar a los directivos para que conozcan la funcionalidad del sistema con respecto a la atención oportuna.
- Dar a conocer a todo el personal los resultados.

VI. REFERENCIAS

1. Ramírez-Sánchez T, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Salud Pública de México. 1998;40(1):03-12. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n1/Y0400102.pdf>
2. Outomuro D, Actis A. Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. Revista médica de Chile. 2013;141(3):361-366. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000300012
3. Reyes-Morales H, Flores-Hernández S, Saucedo-Valenzuela A, Vértiz-Ramírez J, Juárez-Ramírez C, J Wirtz V et al. Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México. Salud Pública de México. 2013;55(Supl.2):100. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55s2/v55s2a5.pdf>
4. González-Medécigo L, Gallardo-Díaz E. Calidad de la atención médica: la diferencia entre la vida o la muerte. Revista Digital Universitaria. 2012;13(8): 2-15. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num8/art81/art81.pdf>
5. Guttman A, Schull M, Vermeulen M. La espera en el servicio de emergencias. Asociación entre tiempos de espera en urgencias con mortalidad y hospitalización. Intramed Journal. 2011;342: d2983. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=71374>
6. Gomes-Pinto S, Batoca-Silva E. Qualidade e satisfação com o serviço de urgência pediátrica: a perspectiva dos acompanhantes das crianças. Revista de Enfermagem Referencia. 2013; 9:95-103. Disponible en: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserlIn9/serlIn9a10.pdf>

7. López-Madurga E, Mozota-Duarte J, González-Salvatierra I, Sánchez-Torres Y, Enríquez-Martín N, Moliner-Lahoz J. Satisfacción de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital de agudos. *Emergencias*. 1999; 11:184-190. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/237119097_Satisfaccion_de_los_pacientes_atendidos_en_el_servicio_de_urgencias_de_un_hospital_de_agudos
8. Molinuevo-Alba I. Revisión sistemática sobre la evidencia y validez de los sistemas de triaje en los servicios de urgencias hospitalarias en España. [Tesis]. Oviedo: Universidad de Oviedo. Centro Internacional de Posgrado; 2015. Disponible en: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/33945/3/Molinuevo-Alba.pdf>
9. Horwitz LI, Green J, Bradley E. United States emergency department performance on wait time and length of visit. *Ann Emerg Med*. 2010;55(2): 133-141. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2830619/>
10. Canadian Institute for Health Information. Waits for emergency department care. En: *Health Care in Canada*, 2012. Disponible en: https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC2012-FullReport-ENweb.pdf
11. Polanco-González C, Castañón-González J, Buhse T, Samaniego-Mendoza J, Arreguín-Nava R, Villanueva-Martínez, S. Índice de saturación modificado en el servicio de urgencias médicas. *Gaceta Médica de México*. 2013; 149:417-424. Disponible en: http://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n4/GMM_149_2013_4_417-424.pdf

12. Trujillo-Olivera L, García-Chong N, Orantes-Ruiz O, Cuesy-Ramírez M. Salud Enfermedad Atención en Chiapas, México. En: León-Brandi LG, Álvarez-Arana SE, Velázquez-Toledo, editores. Espacio Innovación más desarrollo. 2014;3(1):109-140. Disponible en: http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiXjN2hkPjKAhUMNiYKHWQtARcQFggbMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.espacioimasd.unach.mx%2Fpdf%2Fdownload.php&usg=AFQjC_NF_PJjc7-QnFMvzaeY49vDI29b46Q&sig2=lbp9G2qe5Y61XS39yuNgfQ
13. González-Armengol J, Juárez-González R, Jiménez. En: Servicios de urgencias. Editor: Jiménez A. Manual de protocolos y actuación en urgencias. 4ª edición, Bayer Healthcare, España. 2014. p. 9-13
14. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa, Chiapas. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013. Disponible en: <https://encuestas.insp.mx>
15. Serrano-Benavente R. Sistema de Triage en urgencias generales [Tesis]. España. Universidad Internacional de Andalucía. Facultad de medicina; 2013. Disponible en: http://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/2764/0561_Serrano.pdf?sequence=1
16. Bejarano-Zuleta J, Grajales-Valencia M, Jiménez-Fadul A, Agudelo-Acosta S, Moreno-Carrillo A. Evaluación inicial del paciente pediátrico: ¿Cómo se debe realizar? Univ Med Colombia. 2012;54(1):69-78. Disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v54n1/5-PACIENTE%20PEDIATRICO%20AUTORES%20VARIOS-U-MEDICA.pdf>

17. Hernández-Salazar P. La importancia de la satisfacción del usuario. Documentos de las ciencias de la información. UNAM México, 2011; 34:349-368. Disponible en: http://dx.doi.org/10.5209/rev_DCIN.2011.v34.36463
18. Gilboy N, Tanabe T, Travers D, Rosenau A. Introduction to the Emergency Severity Index: A Research-Based Triage Tool. En: Golboy N. Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department Care. AHRQ. EUA. 2011; 4:1-6. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/esi/esihandbk.pdf>
19. Aguirre-Gas H, Zavala-Villavicencio J, Hernández-Torres F, Fajardo-Dolci G. Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional. Cir Cir. 2010; 78:456-462. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc105o.pdf>
20. Fuente-Rodríguez A, Fernández-Lerones M, Hoyos-Valencia Y, León-Rodríguez C, Zuloaga-Mendiolea Ch, Ruiz-Garrido M. Servicio de urgencias de atención primaria. Estudio de calidad percibida y satisfacción de los usuarios de la zona básica de salud Altamira. Rev. Calid Asis. 2009; 24(3): 10-114. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-servicio-urgencias-atencion-primaria-estudio-S1134282X0971139X>
21. Pérez-Tirado L, Hernández-Blanco M, Nogales-Cortes M, Sánchez-Sánchez M. Evaluación de la satisfacción de los familiares en las urgencias pediátricas. Rev Calid Asist. 2010; 25(2):58-63. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-evaluacion-satisfaccion-los-familiares-las-13148447>

22. Pérez-Goiz R, Vega-Malagón G, Martínez-Martínez M. Satisfacción de los usuarios en el servicio de urgencias en un hospital de segundo nivel. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2009; 47(6): 637-642. <http://www.redalyc.org/pdf/4577/457745517009.pdf>
23. Vargas-Melgarejo L. Sobre el concepto de percepción. Alteridades. 1994; 4(8):47-53. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004>
24. Harris H, Matamoros M. Encuesta de la satisfacción del paciente en la emergencia de pediatría del Hospital Escuela en Tegucigalpa, Honduras, C.A. Revista Médica de los Post Grados de Medicina UNAH. 2008; 11(2): 100-107. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMP/pdf/2008/pdf/Vol11-2-2008-5.pdf>
25. Leonardo-Oviedo G. La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría de Gestalt. Dossier. 2004;18:89-96. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2349282.pdf>
26. García-Gutiérrez C, Cortés-Escárcega I. Percepción del usuario del trato digno por enfermería en un hospital del estado de México. Rev CONAMED, 2012;17(1):18-23. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3884680.pdf>
27. Gamella-Pizarro C, Sánchez-Martos J, González-Armengol JJ, Fernández-Pérez C. Impacto de una unidad de atención e información a la familia y los acompañantes del paciente en los servicios de urgencias en la mejora del grado de satisfacción. Emergencias. 2014; 26:114-120. Disponible en: https://www.google.com.mx/?gfe_rd=cr&ei=d6bBWLmCHsat8wfe7hk&gws_rd=ssl#q=Impacto+de+una+unidad+de+atenci%C3%B3n+e+informaci%C3%B3n+a+la+familia+y+los+acompa%C3%B1antes+del+paciente+en+los+s

[ervicios+de+urgencias+hospitalarios+en+la+mejora+del+grado+de+satisfac
ci%C3%B3n&*](#)

28. Trout A, Magnusson R, Hedges J. Patient Satisfaction Investigations and the Emergency Department: What Does the Literature Say? Academic Emergency Medicine. 2000; 7(6): 695-709. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10905652>
29. Interiano-Estrada C, Gross-Muñoz G. Mejoramiento de los tiempos de atención de emergencia en el Hospital Dr. Mario Catarino Rivas. Innovare. Honduras, 2012. Disponible en: <http://www.unitec.edu/innovare/wp-content/uploads/2013/08/articulo1.pdf>
30. Aneiros-Castro M. Satisfacción con la información recibida en un servicio de urgencias. Metas Enferm 2013; 16(3):22-29. Disponible en: <https://medes.com/publication/81916>
31. González-López R, Iglesias-Leboreiro J, Bernárdez-Zapata M, Testas-Hermo M, Rendón-Macias M. Percepción de urgencias médicas en un hospital pediátrico privado. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(6):710-4. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im156h.pdf>
32. Miranda G. ¿Qué es una urgencia? Archivos de Medicina de Urgencias de México. 2012; 4(2):81-84. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/archivosdemedicinadeurgencia>
33. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. An Sist Sanit Navar.2010;33(1): 55-68. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008&lng=es)

34. Vázquez-Galbán L. Triage en urgencias hospitalarias. Revisión bibliográfica. [Tesis]. España. Universidade da Coruña. Facultad de enfermería e podoloxía. 2015. Disponible en: http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/14730/TFG_Enfermaria_V%C3%A1zquez_Galb%C3%A1n_Laura.pdf.pdf?sequence=2
35. Sánchez-Bermejo R, Cortés-Fadrique C, Rincón-Fraile B, Fernández-Centeno E, Peña-Cueva S, et al. El triaje en urgencias en los hospitales españoles. *Emergencias*. 2013; 25: 66-70. Disponible en: [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/](https://www.google.com.mx/?gfe_rd=cr&ei=d6bBWLmCHsat8wfe7hk&gws_rd=ssl#q=El+trijaje+en+urgencias+en+los+hospitales+espa%C3%B1oles&*>https://www.google.com.mx/?gfe_rd=cr&ei=d6bBWLmCHsat8wfe7hk&gws_rd=ssl#q=El+trijaje+en+urgencias+en+los+hospitales+espa%C3%B1oles&*</p><p>36. OMS. Derecho a la Salud [Internet]. 2013 [11 de noviembre de 2015]. Disponible en: <a href=)
37. Mesquita M, Pavlicich V, Benítez S. Percepción de la calidad de atención y accesibilidad de los consultorios pediátricos públicos en Asunción y Gran Asunción. *Pediatr*. 2008;35(1):12-17. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062010000400012
38. Hernández-Sánchez A, Soto-Pizano LM, Durán-Mora N. Dificultades para acceder a los servicios de salud en Chiapas. *Gaceta urbana*, 2008; 6-7: 29-38. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=67956&id_seccion=4070&id_ejemplar=6824&id_revista=246
39. Donabedian A. Los siete pilares de la calidad. En: Carrasco G, Ignacio E, Lledó R, Lorenzo S, Mira JJ, Peiró S, et al. Editores. *Revista de órgano de la sociedad española de calidad asistencial. Calidad Asistencial. Rev Calidad Asistencial* 2001: suppl 16: S96-S100. Disponible en: <http://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-2parte.pdf>

40. Martínez-Ramírez A, Van-Dick-Puga M, Nápoles-Rodríguez F, Robles-Urbe J, Ramos-Ramos A, Villaseñor Urrea I. Hacia una estrategia de garantía de calidad: Satisfacción en la utilización de los servicios médicos. *Cad Saúde Públ. Brasil.* 1996;12(3):399-403. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1996000300013>
41. García-Cartaya P, Brejio-García CM. Valoración de la calidad de la atención del departamento de ecografía Hospital Fructuoso Rodríguez. *Revista Cubana de Tecnología de la salud.* 2015;6(2):20-25. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=60713>
42. Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública Mex* 1990;32(2):133-117. Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/ files/File/1990/No_2/199032_113-117.pdf
43. Correia-Loureiro S, Miranda-González F. Calidad y satisfacción en el servicio de urgencias hospitalarias: análisis de un hospital de la zona centro Portugal. *Investigaciones Europeas.* 2010;16(2):27-41. Disponible en: <http://www.aedem-virtual.com/articulos/iedee/v16/162027.pdf>
44. Talavera T. Calidad en la atención pediátrica. *Pediatr.* 2008;35(1):9-10. Available from: scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S1683-98032008000100002...sci
45. Carrillo-Martínez M, Martínez-Coronado L, Mendoza-López J, Sánchez-Moreno A, Yáñez-Torres R, Rivera-Sáenz R. et al. Cumplimiento del indicador de calidad trato digno proporcionado por el personal de enfermería. *Rev Enferm Ins Mex Seguro Soc.* 2009;17(3):139-142. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim093e.pdf>

46. Donabedian A. La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada? En: Carrasco G, Ignacio E, Lledó R, Lorenzo S, Mira JJ, Peiró S, et, al. Editores. Revista de órgano de la sociedad española de calidad asistencial. Calidad Asistencial. Rev Calidad Asistencial 2001: suppl 16: S80-S87. Disponible en: <http://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-2parte.pdf>
47. Carbonell-Torregrosa MA Girbes-Borrás J, Calduch-Broseta J. Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. Emergencias. 2006; 18:30-35. Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/descargar/determinantes-del-tiempo-de-espera-en-urgencias-hospitalarias-y-su-relacion-con-la-satisfaccion-del-usuario/>
48. Arellano-Hernández N, Martínez-León M. Satisfacción de los usuarios de Urgencias basada en la sistematización del Servicio. Hospital General Dolores Hidalgo; Guanajuato, México. Archivos de Medicina de Urgencia de México 2012;4 (1): 13-19. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/archivosdemedicinadeurgencia>
49. Jerris R, Troun A, Magnusson R. Satisfied patients exiting the emergency department (SPEED) Study. Acad emerg med. 2002;9(1):15-21. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11772664>
50. Alvarez-Alvarez B, Gorostidi-Pérez J. Rodríguez-Maroto O, Antuña-Egocheaga A, Alonso-Alonso P. Estudio del triage y tiempos de espera en un servicio de urgencias hospitalario. Emergencias. 1998; 10(2):100-105.
51. Navarro-Villanueva R, López-Andújar L, Brau-Beltran J, Carrasco-González M, Pastor-Roca P, Masiá-Pérez V. Estudio del tiempo de demora asistencial en urgencias hospitalarias. Emergencias. 2005; 17: 209-214.

52. Núñez-Pascual C. Percepción de calidad en los usuarios que reciben atención en el área de primer contacto del servicio de urgencias [Tesis]. México: Facultad de medicina, UNAM; 2012.
53. Gallardo-Aldana G. Prioridad de la atención en el servicio de Urgencias con el sistema triage [Tesis]. México: Facultad de medicina, UNAM; 2014.
54. López-Tasama M. Percepción que tiene el usuario, servicio de urgencias. [Tesis]. Colombia: Facultad de Salud, Universidad católica de Manizales; 2013-2014.
55. Luna-Muñoz C. Percepción de la calidad de servicio en la emergencia pediátrica. Estudio multicéntrico. Red asistencial Rebagliati, EsSalud. Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. 2012;(1):15-23. Disponible en: <http://aulavirtual1.urp.edu.pe/ojs/index.php/RFMH/article/view/152/147>
56. Arab M, Movahed Kor E, Mahmoodi M. The effect of time to provider, left without treatment and length of stay on patient satisfaction in training hospitals emergency department, Iran. Irán J Public Health. 2015;44(10): 1411-1147. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4644587/>
57. Innes K, Jackson D, Plummer V, Elliot D. Care of patients in emergency waiting rooms- an integrative review. JAN, 2015; 00(0):00-00. doi: 10.1111/jan.12719
58. Nathan D, Thomas A, Craig R, Magnusson R, Jerris R. Patient satisfaction in the emergency department-A survey of pediatric patient patients and their parents. Acad Emerg Med. 2002;9(12):1379-1388. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12460841>

59. Souza-Morais A, Melleiro MM. A qualidade da asistencia de enfermagem em uma unidade de emergencia: a percepcao do usuario. Rev Electr Enf. 2013;15(1):112-120. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.15243>.
60. Banegas-Cardero J. Nivel de satisfacci3n de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencia del Centro de Diagn3stico Integral "Los Arales". MEDISAN. Cuba. 2014;18(7):942-947. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192014000700009&lng=es
61. Bernstein SL, Aronsky D, Duseja R, Epstein S, Handel D, Hwang U. et al. The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. ACAD EMERG MED. 2009;16(1)1-10. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19007346>
62. S3rup CM, Jacobsen P. What Drives Emergency Department Patient Satisfaction? An Empirical Test using Structural Equation Modeling. DUT. 2013;00(0):1-10. Disponible en: http://orbit.dtu.dk/files/55644176/What_Drives_Emergency_Department_Patient_Satisfaction.pdf
63. CONAMED. Declaraci3n de Helsinki. 1989. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf
64. Diario Oficial de la Federaci3n. Ley General de Salud. 2015. Disponible en: https://www.google.com.mx/search?sourceid=navclient&aq=&oq=1+de+261+LEY+GENERAL+DE+SALUD+Nueva+Ley+publicada+en+el+Diario+Oficial+de+la+Federaci3n+el+7+de+febrero+de+1984&hl=es&ie=UTF-8&rlz=1T4GGHP_esMX653MX653&q=1+de+261+LEY+GENERAL+DE+SALUD+Nueva+Ley+publicada+en+el+Diario+Oficial+de+la+Federaci3n

[n+el+7+de+febrero+de+1984&gs_l=hp...0.0.2.166963.....0.1ExPowjZaK](#)
[c](#)

65. Martínez-Figueroa V, Bueno-Sánchez R, Posadas-Calderón G. Manual de procedimientos del servicio de urgencias para hospitales generales. Secretaria de salud. México 2010. Disponible en: <http://salud.edomexico.gob.mx/html/uma/manual/MPURGHOSPG.pdf>
66. Carta de los Derechos Generales de los Pacientes CONAMED. México 2016. Disponible en: <http://www.gob.mx/salud/articulos/conoce-los-10-derechos-generales-de-los-pacientes>
67. Secretaria de Salud. Triage Hospitalarios de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer Nivel de Atención México: 2008. Disponible en: <http://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?p=1704>

VII. ANEXOS

ANEXO I



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO



PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERIA

SEDE EXTERNA CHIAPAS

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a ____ de _____ 2017

Soy alumno de la **Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)**, y solicito su autorización para realizar la siguiente encuesta con el título:

**“SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN PROPORCIONADA EN EL
SERVICIO DE URGENCIAS”**

Respetando su individualidad e integridad, la información que me proporcione es de carácter de estudio, en lo ético y profesional no se divulgará a terceras personas.

Yo _____

- Doy mi pleno consentimiento, de manera libre para participar en esta encuesta.
- Sé que puedo negarme a participar sin ser afectado en la atención de dicho servicio.
- Doy mi permiso para que los datos de la entrevista sean utilizadas de carácter de estudio.
- Podré realizar preguntas sobre dudas de la encuesta.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Presto libremente mi conformidad para participar en la encuesta.

Firma del participante

Confirmando que he explicado al participante el carácter y el propósito del proyecto de investigación.

Atentamente

L.E. Miguel Angel Cruz Avendaño

Responsable de la Encuesta



ANEXO II
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERIA
SEDE EXTERNA CHIAPAS



Fecha: _____

Folio: _____

Instrucciones

Este cuestionario tiene como fin recabar su opinión acerca de su satisfacción en el proceso de atención médica en el servicio de urgencias. Las respuestas obtenidas serán usadas con fines únicos para esta investigación y toda la información obtenida es absolutamente confidencial.

Para cada pregunta, por favor responda con la mayor sinceridad posible, sus dudas pueden ser resueltas en el momento.

Sección I: Datos sociodemográficos

Edad del niño/a:	Sexo: 1) Hombre 2) Mujer
Edad del padre o tutor:	Sexo: 1) Hombre 2) Mujer
Estado civil:	1) Casado (a), Unión Libre. 2) Divorciado (a), Separado (a)
Parentesco del paciente:	1) Papá 2) Mamá
Estudios realizados:	1) Ninguno 2) Primaria 3) Secundaria 4) Preparatoria 5) Profesional
Situación laboral:	1) No trabaja 2) Si trabaja
Procedencia:	1) Local 2) Foráneo
Turno de la atención:	1) Matutino 2) Vespertino 3) Nocturno 4) sábado o domingo
¿Qué tiempo de traslado le llevó para llegar al hospital?	
¿Cuál fue el motivo principal para traer el niño/a a urgencias?	

Apartado para el evaluador



Observaciones generales para los datos sociodemográficos

Sección II

A continuación, seleccione la respuesta más adecuada, sí o no

Apartado para el evaluador

POR FAVOR SOMBREE DE ACUERDO CON SU OPINIÓN

a) Control de Admisión (Recepción)		
Marque con una X, Si o No la respuesta correspondiente	1 = Si	0 = No
1. Tuvo que pasar a otra unidad de salud para que atendieran a su niño/a.		
2. A la llegada al hospital le orientaron donde estaba el servicio de urgencias.		
3. Lo mandaron con hoja de referencia para que atendieran a su niño/a.		
4. Se identificó con usted la persona de la recepción de urgencias.		
5. Le explicaron de forma clara en qué momento pasaría su niño a consulta.		
6. Durante la espera, hubo alguna enfermera al pendiente de su niño/a.		
7. La persona encargada de la recepción tuvo que tomarle la temperatura a su niño/a.		
8. Tuvo que insistir en más de una ocasión a la recepción para que le hicieran caso y pudiera pasar a consulta.		
9. El personal de recepción tomó nota sobre el estado de salud del niño/a.		
10. Tuvo la necesidad de realizar una queja para que lo pudieran atender.		

Para el familiar

PREGUNTA					CLARIDAD					COMENTARIOS Y/O SUGERENCIAS
Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Nula	Poca	Regular	Buena	Muy buena	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

Sección III

Apartado para el evaluador

POR FAVOR SOMBREE DE ACUERDO CON SU OPINIÓN

Responder Si o No a las siguientes preguntas y marcar con una X

b) Atención Médica y enfermería		
11. El médico/a le comentó como estaba el estado de salud de su niño/a.	1 = Si	0 = No
12. El médico le comento la necesidad de estudios para la atención médica.		
13. Después de la toma de estudios, tuvo que esperar para que lo atendieran.		
14. El médico/a indicó a una enfermera para realizar algún procedimiento a su niño/a.		
15. La enfermera se identificó con usted y su niño/a.		
16. La enfermera la orientó sobre los procedimientos que le realizaría a su niño.		
17. La enfermera le ofreció su apoyo para cuidar a su niño, porque usted tuvo que salir a realizar algún trámite.		

Para el familiar

Muy de acuerdo	PREGUNTA				CLARIDAD					COMENTARIOS Y/O SUGERENCIAS
	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Nula	Poca	Regular	Buena	Muy buena	
11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17

Sección IV

Seleccione una respuesta de las 5 posibles de cada pregunta y de acuerdo con su criterio márquela con una X

c) Satisfacción del familiar	Respuestas
18. El trato que recibió del personal de recepción le fue:	1. Muy malo 2. Malo 3. Ni bueno ni malo 4. Bueno 5. Muy bueno
19. El trato que recibió su niño en la consulta médica le fue:	1. Muy malo 2. Malo 3. Ni bueno ni malo 4. Bueno 5. Muy bueno
20. Los estudios realizados y el tratamiento que le otorgó el médico a su niño le fueron:	1. Muy malo 2. Malo 3. Ni bueno ni malo 4. Bueno 5. Muy bueno
21. La atención de la enfermera durante los cuidados a su niño y el trato le fueron:	1. Muy malo 2. Malo 3. Ni bueno ni malo 4. Bueno 5. Muy bueno
22. El tiempo que pasó en urgencias para la atención de su niño fue:	1. Muy malo 2. Malo 3. Ni bueno ni malo 4. Bueno 5. Muy bueno
23. Al finalizar su consulta, el trato recibido en el servicio de urgencias fue:	1. Muy malo 2. Malo 3. Ni bueno ni malo 4. Bueno 5. Muy bueno

Para el familiar

Apartado para el evaluador

POR FAVOR SOMBREE DE ACUERDO CON SU OPINIÓN

PREGUNTA					CLARIDAD					COMENTARIOS Y/O SUGERENCIAS
Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Nula	Poca	Regular	Buena	Muy buena	
18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23

Sección V

Responder de manera abierta y honesta las siguientes preguntas.

Apartado para el evaluador →

POR FAVOR SOMBREE DE ACUERDO CON SU OPINIÓN

d) Tiempo de Espera	Respuesta abierta
24. ¿Qué tiempo pasó para que atendieran a su niño?	
25. ¿Qué tiempo pasó después que le tomaron estudios de laboratorio o de Rayos "x" para que le atendieran a su niño?	
26. Si tuvo que realizar otro trámite para la atención de su niño que tiempo le llevó	
27. ¿Cuánto tiempo estuvo en urgencias para la atención del niño?	
28. ¿Qué tiempo pasó entre el internamiento y la atención para que pudiera ver a su niño?	
29. ¿Qué tiempo pasó y le dijeron que su niño tendría que ser internado?	

Para el familiar

PREGUNTA					CLARIDAD					COMENTARIOS Y/O SUGERENCIAS
Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Nula	Poca	Regular	Buena	Muy buena	
24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29



**ANEXO III
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERIA
SEDE EXTERNA CHIAPAS**



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES					
No.	SEMESTRES	PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO	CUARTO
	MESES	AGOSTO - NOVIEMBRE	ENERO - MAYO	AGOSTO - NOVIEMBRE	ENERO - MAYO
1	INTRODUCCIÓN				
2	PROBLEMA POR INVESTIGAR				
3	IMPORTANCIA DEL ESTUDIO				
4	PROPOSITO				
5	OBJETIVOS				
6	MARCO TEORÍCO				
7	REVISIÓN DE LA LITERATURA				
8	MATERIAL Y MÉTODOS				
9	TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO				
10	POBLACIÓN Y MUESTRA				
11	VARIABLES DE ESTUDIO				
12	PROCEDIMIENTOS				
13	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN				
14	RESULTADOS				
15	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES				
16	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS				
17	ANEXOS				

LE. MIGUEL ANGEL CRUZ AVENDAÑO
ALUMNO DE MAESTRÍA

DRA. MARÍA GUADALUPE ROSETE MOHEDANO
TUTORA Vo. Bo.