



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



FUNDACIÓN ESPAÑOLA
DE CALIDAD ASISTENCIAL

Journal of Healthcare Quality Research

www.elsevier.es/jhqr



ORIGINAL

Influencia del periodo de alarma por la pandemia covid-19 en la calidad percibida de la atención en urgencias hospitalarias



J.J. López-Picazo Ferrer^{a,*}, I. Vidal-Abarca Gutiérrez^a,
D. Beteta Fernández^b y M. López Ibáñez^b

^a Unidad de Calidad Asistencial, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), España

^b Unidad de Docencia, Investigación y Calidad de Enfermería, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), España

Recibido el 21 de julio de 2020; aceptado el 16 de octubre de 2020

Disponible en Internet el 21 de noviembre de 2020

PALABRAS CLAVE

Coronavirus;
Hospital;
Urgencias;
Calidad asistencial;
Encuestas

Resumen

Objetivo: Valorar los cambios en la calidad percibida por los pacientes que precisaron atención urgente hospitalaria antes y durante el periodo de alarma por la pandemia covid-19.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo usando *Net Promoters Score* (NPS), que clasifica a los pacientes como promotores o detractores. Se midieron 3 dimensiones de calidad percibida (accesibilidad, profesionales e información) en 160 pacientes dados de alta a domicilio antes del periodo de alarma y en otros 160 en los primeros 2 meses durante ella. Se comprobó, mediante aceptación de lotes (LQAS), un estándar $\geq 90\%$ promotores y $\leq 10\%$ detractores, en diferentes vías de acceso y horarios. Los factores relacionados con la probabilidad de que un paciente fuera promotor o detractor se analizaron mediante regresión logística.

Resultados: La puntuación media fue menor en accesibilidad que en las otras dimensiones (8,6 vs. 9,1 y 9,0; $p < 0,0001$). La accesibilidad obtuvo mejores resultados durante el estado de alarma (NPS 70 vs. 32; $p < 0,001$). Respecto a la vía de acceso, mejoraron infantil y oftalmología. Maternal no experimentó cambios. En LQAS, se aceptaron más lotes durante la alarma (85 vs. 72%).

La probabilidad de que un paciente fuera promotor fue mayor durante la alarma (OR 1,85; $p < 0,0001$) y en la dimensión accesibilidad (OR 3,08; $p < 0,0001$). La probabilidad de que fuera detractor se redujo (OR 0,54; $p < 0,05$), también para la dimensión accesibilidad (OR 0,39; $p < 0,05$).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Julioj.Lopez-Picazo@Carm.Es (J.J. López-Picazo Ferrer).

Conclusiones: La calidad percibida durante el periodo de alarma ha mejorado, en la que su propia declaración es el factor más influyente. La mejora es patente en pacientes pediátricos y oftalmológicos, pero imperceptible en gestantes o traumatología, quizá porque la pandemia ejerció como correctora de la adecuación.

© 2020 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Coronavirus;
Hospital;
Emergency health services;
Quality health care;
Health care surveys

Influence of the covid-19 pandemic period of alert on perceived quality of hospital emergencies

Abstract

Objective: To assess changes in perceived quality in patients who required A&E hospital care before and during the COVID-19 period of alert.

Methods: Retrospective descriptive observational study using the «Net Promoter Score» (NPS), which classifies patients as promoters or detractors. Three perceived quality dimensions (accessibility, professionals, and information) were measured in 160 patients discharged home before alert, and in a further 160 in the first 2 months during alert. A standard of $\geq 90\%$ promoters and $\leq 10\%$ detractors was verified by lot acceptance (LQAS) in different access routes and times. Factors related to the probability that a patient was a promoter, or a detractor were analysed using logistic regression.

Results: The mean score was lower in accessibility than in the other dimensions (8.6 vs. 9.1 and 9.0, $P < .0001$). During alert, accessibility obtained better results (NPS 70 vs. 32, $P < .001$). Per access route, Paediatrics and Ophthalmology improved and Maternity did not experience changes. LQAS showed more lots accepted during alert (85 vs. 72%).

The likelihood for a patient to be a promoter was higher during alert (OR 1.85, $P < .0001$), especially in accessibility (OR 3.08, $P < 0.0001$). The likelihood to be a detractor was reduced (OR .54, $P < .05$), and also greater in accessibility (OR .39, $P < .05$).

Conclusions: Perceived quality improved during the period of alert, its declaration being the most influential factor. This improvement is evident in paediatric and ophthalmological patients, but imperceptible in Maternity or Traumatology, perhaps because the pandemic acted as an adequacy corrector.

© 2020 FECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Las urgencias sanitarias crean desafíos para las organizaciones sanitarias en términos de demanda asistencial y de recursos disponibles, que abarcan aspectos no solo clínicos sino también éticos¹. La irrupción de la pandemia por covid-19 ha obligado a rediseñar los procesos de atención sanitaria de forma drástica a fin de garantizar una atención adecuada a los pacientes que, por este u otros motivos, han tenido que hacer uso de los servicios asistenciales durante este periodo. Los datos de los que solemos disponer con relación al tema se refieren habitualmente a aspectos de funcionamiento o, en todo caso, clínicos y epidemiológicos (por ejemplo, la presión en urgencias, camas disponibles, estancias, letalidad, etc.)². Los elementos de calidad percibida no suelen figurar entre ellos.

La percepción que el paciente tiene sobre los servicios sanitarios está basada en la experiencia que ha tenido como «consumidor» de estos servicios. Es conocido además que esta se asocia de forma consistente tanto con su seguridad como con la efectividad de las actuaciones clínicas³. Por eso, conocer la calidad percibida por los pacientes que utilizan los servicios asistenciales no es solo aconsejable, sino

también necesario. En este sentido, muchas organizaciones sanitarias realizan encuestas periódicas sobre sus principales procesos organizativos o asistenciales⁴, que ofrecen una gran cantidad de información útil para mejorar la calidad⁵.

El objetivo de este estudio es valorar posibles cambios en la calidad percibida por los pacientes que han precisado atención urgente en un hospital universitario de tercer nivel antes y durante el periodo de alarma por la pandemia por covid-19.

Métodos

Estudio observacional descriptivo y retrospectivo efectuado en un hospital de tercer nivel perteneciente al Sistema Nacional de Salud español. Se utilizó una adaptación de su plan de monitorización de la calidad percibida, que aplica la metodología *Net Promoters Score* (NPS) al conocimiento que, sobre este tema, ha generado el programa EMCA (evaluación y mejora de la calidad asistencial) del Servicio Murciano de Salud para el proceso de atención urgente.

NPS es un indicador para medir la lealtad y confianza del cliente. Fue introducido en 2003 por Reihheld⁶ y se

Imagine un amigo o familiar en la misma situación que usted, que tuviera también que ACUDIR A URGENCIAS DE UN HOSPITAL por un problema como por el que vino Vd. Si su amigo o familiar pudiera elegir a qué hospital ir, conteste con una puntuación de 0 a 10 (donde 10 es muy probable y 0 nada probable) si le recomendaría ir a urgencias de la Arrixaca antes que las de cualquier otro hospital, pensando en:

1. *Lo que tuvo que esperar desde que llegó hasta que le vimos.*
2. *La persona que le vio (saber, profesionalidad, trato, humanidad, cortesía...)*
3. *La cantidad y claridad de la información que se le ha dado al alta sobre su salud, su tratamiento y los cuidados que necesita.*

Figura 1 Cuestionario utilizado.

basa en una sola pregunta: «¿Cuán probable es que recomiende el producto o servicio a un familiar o amigo?» en una escala de 0 a 10, donde 0 es «muy improbable» y 10 es «definitivamente lo recomendaría». Según los resultados, los clientes se clasifican en promotores (responden 9 o 10), detractores (responden 6 o menos) y pasivos (resto). Para obtener el valor NPS se restan los detractores a los promotores y se divide por el total de respuestas, como manera de medir la calidad del servicio. Así, puede abarcar desde el valor -100 (todo el mundo es un detractor) hasta el +100 (todo el mundo es un promotor).

Dimensiones de calidad percibida y adaptación de la metodología NPS

El programa EMCA es una iniciativa institucional de la Región de Murcia cuyo fin último es el de potenciar la implantación de las actividades relacionadas con la gestión de la calidad en el Sistema de Salud⁴. En cuanto a calidad percibida, dispone de cuestionarios validados que han sido utilizados habitualmente por el Servicio Murciano de Salud. Con base en ellos, en el plan de monitorización del proceso de urgencias se priorizaron 3 dimensiones de calidad⁷:

Accesibilidad a la atención urgente o lo que tuvo que esperar el paciente desde que llegó al hospital hasta que se atendió.

Actuación de los profesionales, como agentes principales del proceso.

Información al alta sobre su situación de salud, tratamientos y cuidados necesarios, elemento vital para que el paciente se reintegre de forma efectiva en la comunidad, etc.

Según la metodología NPS, para cada dimensión se formuló una pregunta sobre la probabilidad de que el paciente recomiende el servicio a un familiar o amigo en función de su experiencia durante el ingreso. Así, cada paciente seleccionado fue interrogado sobre las 3 dimensiones comentadas (fig. 1). En el caso de los menores de 16 años, se interrogó a la persona que lo acompañó al hospital.

Fijación de muestras y selección de pacientes

Los casos en estudio se obtuvieron mediante 2 muestreos aleatorizados de pacientes atendidos en urgencias y que fueron dados de alta a domicilio. El primero, producto de la monitorización realizada de forma rutinaria, se obtuvo antes del inicio del periodo de alarma (febrero de 2020). El segundo, tras la declaración del estado de alarma y hasta

2 meses después (de la segunda quincena de marzo a la primera de mayo).

Cada uno de ellos estaba formado por 160 individuos. Esto es así porque en ambos se consideraron 10 estratos de 16 individuos según la vía de acceso (general, infantil y maternal) o la especialidad (las más demandadas, >5% de las consultas: oftalmología y traumatología) y, para cada una de ellas, el turno de la atención (mañanas de día laborable vs. tarde, noche y festivos). Este tamaño permitió cumplir las exigencias de la técnica de aceptación de muestras por lotes (LQAS) para comprobar la existencia de un estándar (porcentaje válido) de al menos un 90% de promotores y de no más del 10% de detractores, y de un umbral (mínimo porcentaje aceptable) del 50% en ambos casos. Se comprobaron 60 lotes en cada muestreo, uno para promotores y otro para detractores en cada estrato y en cada una de las 3 dimensiones de calidad analizadas. Cada lote fue aceptado si se comprobaba en él la existencia de al menos 12 promotores por un lado y, como máximo, 4 detractores por otro (error I, 5%; potencia, 95%).

La encuesta se hizo de forma telefónica por personal entrenado, que anotó los casos en que fue imposible contactar (no descolgaron o el número telefónico era inexistente o erróneo) y los que, una vez contactados, se negaron a responder. En este caso, fueron sustituidos por otros pacientes también seleccionados aleatoriamente.

Análisis de datos

Para cada dimensión, se calcularon el porcentaje de lotes aceptados, los valores medios, NPS y sus intervalos de confianza antes y durante el periodo de alarma y por vía de acceso. Se investigaron posibles diferencias entre ellos y entre dimensiones mediante las pruebas de χ^2 , t de Student o ANOVA, según el tipo de variables. Para conocer la influencia de otros factores, se analizaron las relaciones existentes entre las puntuaciones y la edad, el género, el turno y la duración de la estancia mediante el test de la t de Student. Por último, para determinar cuáles de ellos se relacionaban con la probabilidad de que el paciente fuera un promotor o un detractor, se empleó el análisis de regresión logística (método «condicional hacia delante», con entrada para p iguales a 0,05 y salidas para 0,10). En ambos casos, las variables continuas (edad, estancias) se dicotomizaron tomando como referencia su valor mediana. Para valorar la influencia de la vía de acceso se utilizaron variables *dummy*.

Tabla 1 Puntuaciones medias e índices NPS antes y durante el periodo de alarma (estimaciones puntuales) según vía de acceso a la atención urgente

Vía de acceso		Accesibilidad			Información			Profesionales			Global										
		Antes de alarma		Signifi- cación	Antes de alarma		Signifi- cación	Antes de alarma		Signifi- cación	Antes de alarma		Signifi- cación								
		Media	NPS		Media	NPS		Media	NPS		Media	NPS		Media	NPS						
General		7,4	22	8,7	56	*	9,0	78	8,9	66	-	9,1	78	9,2	78	-	8,5	59	8,9	67	-
Infantil		7,8	31	9,4	88	**	8,9	63	9,5	91	-	8,9	66	9,7	97	*	8,6	53	9,5	92	***
Maternal		8,5	50	9,1	72	-	9,2	84	8,8	66	-	9,8	69	9,0	69	-	8,9	68	9,0	69	-
Oftalmología		8,3	34	9,1	72	*	8,8	66	9,6	94	**	9,9	72	9,5	88	*	8,7	57	9,4	84	***
Traumatología		8,4	44	8,8	66	-	8,8	66	8,8	63	-	9,1	75	8,9	66	-	8,8	61	8,8	65	-
Total		8,1	32	9,0	70	***	8,9	70	9,1	75	-	9,0	70	9,3	83	-	8,6	57	9,1	76	***

NPS: Net promoters score.

Significación (estadística):

-: no significativo;

* $p < 0,05$.** $p < 0,01$.*** $p < 0,001$.

Resultados

Se encuestó a 320 pacientes, la mitad de ellos antes del inicio del estado de alarma. Su edad osciló entre los 0 y los 93 años (media 35,5; mediana 37; desviación estándar 23,7). Las estancias fueron desde 7 hasta 1.930 min (media 137,3; mediana 96,5; desviación 142,7). El 42% eran hombres. No se han encontrado diferencias significativas en la distribución por edad, sexo o estancias entre pacientes vistos antes y durante el estado de alarma.

La media ajustada de puntuaciones a cualquier dimensión ha sido de 8,9 (mediana, 9; DE 1,56), sin diferencias significativas entre vías de acceso, pero mayor durante la fase de alarma que antes de ella (9,1 vs. 8,6; $p < 0,0001$; NPS 76 vs. 57; $p < 0,01$). Por dimensiones, las puntuaciones ajustadas medias fueron de 9,1 en profesionales, 9,0 en información y 8,6 en accesibilidad; esta última fue significativamente menor que las otras ($p < 0,0001$). La dimensión accesibilidad obtuvo mejores resultados durante la fase de alarma (9,0 vs. 8,1; $p < 0,0001$; NPS 70 vs. 32; $p < 0,001$). Por vía de acceso, globalmente mejoraron las de infantil y oftalmología, y solo la de maternal no experimentó cambios significativos en ninguna dimensión antes ni durante el periodo de alarma. Del resto, todas mejoran en accesibilidad. La [tabla 1](#) y [figura 2](#) resumen los principales resultados.

En cuanto al análisis de lotes, tanto durante el periodo de alarma como después se aceptaron más lotes de promotores (14 antes vs. 21 después) que de detractores (29 antes vs. 30 después). Durante el periodo de alarma también aceptaron más lotes (51; 85%) que antes de este (43; 72%), situación que se repitió en todos los componentes analizados, excepto en la vía de acceso de maternal y en información. Las mayores mejoras se localizaron en la dimensión accesibilidad, y

en las vías de acceso de infantil y oftalmología. La [tabla 2](#) recoge la decisión tomada con cada lote.

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación en accesibilidad, tanto en el género (las mujeres puntuaron mejor: 8,7 vs. 8,3; $p < 0,05$) como en la estancia (las estancias superiores a la mediana puntuaron peor: 8,2 vs. 8,9; $p < 0,001$). Se observó casi el doble de probabilidad de que un paciente fuera promotor si este había acudido durante el periodo de alarma (OR 1,85; IC 95%: 1,37-2,49; $p < 0,0001$) y el triple si se trató de la dimensión accesibilidad (OR 3,08; IC 95%: 1,91-4,99; $p < 0,0001$). Igualmente, en el periodo de alarma la probabilidad de que un paciente fuera detractor se redujo a la mitad (OR 0,54; IC 95%: 0,33-0,90; $p < 0,05$). En accesibilidad se observó un efecto similar (OR 0,39; IC 95%: 0,18-1,85; $p < 0,05$). En los pacientes con estancias más largas también fue 3 veces más probable que actuasen como detractores (OR 3,04; IC 95%: 0,33-0,90; $p < 0,05$). Los resultados del análisis de regresión logística se resumen en la [tabla 3](#).

Discusión

Nuestro estudio muestra que la calidad percibida por los pacientes atendidos de forma urgente en el hospital durante el periodo de alarma por la pandemia covid-19 ha mejorado respecto a la de los pacientes atendidos con anterioridad, llegando a valores considerados excelentes⁶. Esta mejora es patente en pacientes pediátricos y con problemas oftalmológicos, mientras que casi no es perceptible en mujeres gestantes o en traumatología. Estas diferencias podrían explicarse en parte porque la pandemia ha ejercido de factor corrector de la adecuación y ha limitado las consultas a lo estrictamente necesario, ya que el porcentaje de consultas

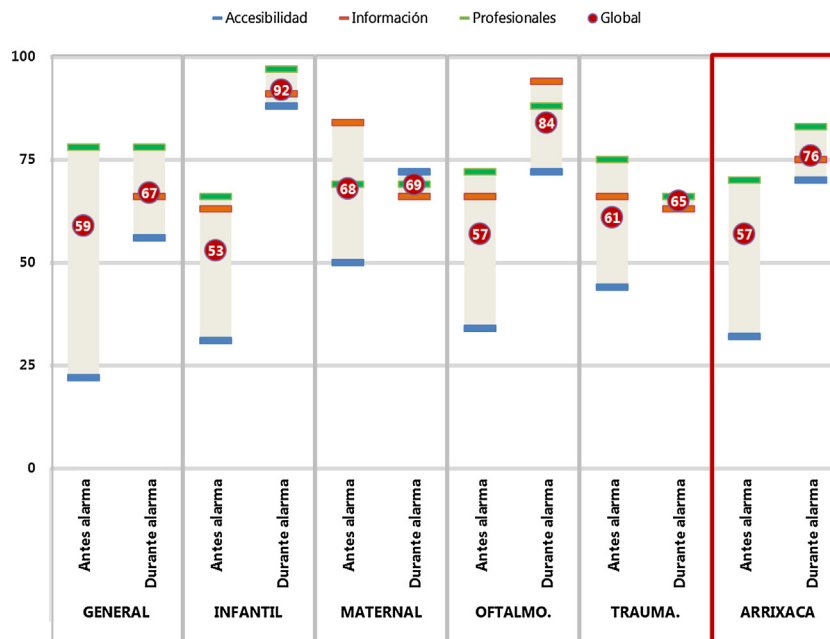


Figura 2 Calidad percibida en urgencias antes y durante el periodo de alarma según la vía de acceso, medida como índices NPS (Net Promoters Score). El valor NPS global se representa como un círculo y el de cada una de sus dimensiones (accesibilidad, información y profesionales) como una línea coloreada horizontal.

Arrixaca: valor para el conjunto del hospital; Oftalmo: oftalmología; Trauma: traumatología.

Tabla 2 Análisis LQAS antes y durante el estado de alarma

Vía de acceso	Estrato	ANTES DEL ESTADO DE ALARMA						DURANTE EL ESTADO DE ALARMA					
		ACCESIBILIDAD		INFORMACIÓN		PROFESIONAL		ACCESIBILIDAD		INFORMACIÓN		PROFESIONAL	
		Promotores	Detractores	Promotores	Detractores	Promotores	Detractores	Promotores	Detractores	Promotores	Detractores	Promotores	Detractores
General	Mañanas	☹	😊	😊	😊	😊	😊	☹	😊	☹	😊	😊	😊
	TNF	☹	☹	😊	😊	😊	😊	☹	😊	😊	😊	😊	😊
Infantil	Mañanas	☹	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
	TNF	☹	😊	☹	😊	☹	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Maternal	Mañanas	☹	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	☹	😊	☹	😊
	TNF	☹	😊	😊	😊	😊	😊	☹	😊	😊	😊	😊	😊
Oftalmología	Mañanas	☹	😊	☹	😊	☹	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
	TNF	☹	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Traumatología	Mañanas	☹	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	☹	😊	😊	😊
	TNF	☹	😊	☹	😊	☹	😊	☹	😊	☹	😊	😊	😊
Total de lotes aceptados		0	9	7	10	7	10	6	10	6	10	9	10

Umbrales, 50%).

Decisión en los lotes analizados: 😊 , aceptado; ☹ , rechazado.

Tabla 3 Análisis de regresión logística: factores relacionados con la probabilidad de ser promotor o detractor

		Alarma		Estancia		Edad		Género		Turno		Puerta	
Promotor	Accesibilidad	OR (IC95%)	3,08 (1,91-4,99)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Significación	<0,0001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Profesionales	OR (IC95%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Significación	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Detractor	Accesibilidad	OR (IC95%)	0,39 (0,18-0,85)	3,04 (1,36-6,76)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Significación	<0,05	<,001	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Profesionales	OR (IC95%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Significación	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Global	Información	OR (IC95%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Significación	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Global	OR (IC95%)	1,85 (1,37-2,49)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Significación	<0,0001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

OR: odds ratio.

inadecuadas a urgencias es, en general, alto (se estima en un 30%)^{8,9} y probablemente desigual en cada vía de acceso (un parto o una fractura generarán con más probabilidad una demanda de atención urgente hospitalaria en cualquier contexto que un niño con exantema o un ojo rojo, por ejemplo). A favor de ello está también que la dimensión accesibilidad sea la mayor responsable de esta mejora. No obstante, son necesarios más estudios para confirmar este dato.

También es importante destacar que, en el estudio, ni la calidad percibida de la atención médica y de enfermería ni la de la información al alta experimentaron cambios significativos y que se mantuvieron en niveles altos tras la declaración del periodo de alarma. Existe un amplio consenso en la

fuerte relación que hay entre, por un lado, la calidad de los profesionales que atienden al paciente y la calidad global de la atención¹⁰⁻¹² y, por otro, la calidad de los profesionales que atienden al paciente y la calidad de la información AL alta. Esta última se relaciona además con una mejor comprensión de la situación de salud, de los cuidados necesarios y, por ello, de los resultados clínicos¹³.

El empleo de la metodología NPS para evaluar la calidad percibida y la experiencia del paciente en salud es, por diferentes razones, cada vez más habitual tanto para organizaciones sanitarias¹⁴⁻¹⁶ como en situaciones clínicas concretas^{17,18}. Una de estas razones es que medir la satisfacción suele hacer necesario el empleo de cuestionarios

heterogéneos largos y complejos, más basados en expectativas que en la experiencia real¹⁹. Otra razón es que utilizar un formato de pregunta estándar permite establecer comparaciones entre diferentes procesos o situaciones clínicas²⁰. Por último, también es de destacar su mayor utilidad para el principal propósito de estas mediciones: iniciar dinámicas de mejora. Esto es especialmente así cuando, como en este caso, se han empleado acercamientos específicos (las dimensiones del cuestionario) en vez de una sola pregunta, como se propone en la metodología general^{21,22}. La validez de selección de estas dimensiones está, además, avalada por el rigor metodológico de la construcción de los cuestionarios originales EMCA y la comprobación empírica de sus características y aplicación práctica⁷. Aunque se identifican también otras dimensiones (relativas a infraestructura o trato por categoría profesional, por ejemplo), para su traslado a metodología NPS se decidió incluir solo las más relevantes para la monitorización y mejora del proceso.

En cuanto a las mediciones, en el estudio se han controlado algunos de los factores de confusión habitualmente relacionados con la calidad percibida en la atención urgente, como son la edad, el género o la duración de la estancia^{9,13}. Este ejercicio es siempre necesario, ya que una revisión sistemática reciente concluye que la fuerza y el sentido de estas posibles asociaciones son inconsistentes²³. Cabe señalar que no se pudo tomar en cuenta el nivel socioeconómico ni cultural de los pacientes, al no disponerse de estos datos. Con esta salvedad, podemos afirmar que en nuestro hospital la declaración del estado de alarma ha sido el factor que más ha influido en la mejora de la calidad percibida, aunque la duración de la estancia es otro factor que se relaciona con ella, esta vez en sentido negativo, en especial en la dimensión accesibilidad.

A pesar de todas las precauciones consideradas durante el diseño y análisis de este estudio, la generalización de resultados ha de hacerse con suma cautela ya que, como se ha adelantado más arriba, son muchos los factores que pueden influir en ellos²³ y que han sido diferentes en cada hospital. Podemos citar a modo de ejemplo la forma de atención adoptada tras el rediseño y adaptación de los procedimientos, la incidencia del brote, la dimensión y características de la plantilla, o el material y equipos disponibles²⁴.

No obstante, nuestros resultados apuntan a que, aunque sean necesarios más estudios, la adecuación del motivo de consulta puede tener gran influencia en la calidad percibida de la atención urgente hospitalaria. Ello implicaría añadir, a nuestras estrategias de mejora, políticas de colaboración activa con atención primaria en este sentido.

Financiación

Este trabajo no ha contado con fuentes de financiación provenientes de entidades públicas o privadas, de investigación o fundaciones.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. McMullan C, Brown GD, O'Sullivan D. Preparing to respond: Irish nurses' perceptions of preparedness for an influenza pandemic. *Int Emerg Nurs*. 2016;26:3–7.
2. Ministerio de Sanidad. Enfermedad por nuevo coronavirus COVID-19. Información oficial del Ministerio de Sanidad dirigida a los profesionales sanitarios y a la ciudadanía en relación a recomendaciones sanitarias y de salud pública de interés general. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/home.htm>.
3. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013;3:e001570.
4. Servicio Murciano de Salud. Programa EMCA: calidad percibida. Murcia: Servicio Murciano de Salud; 2020. Disponible en: <https://sms.carm.es/somosmas/web/programaemca/calidad-percibida>.
5. Saturno PJ. Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica. *Rev Calid Asist*. 2009;24(3):124–30.
6. Reichheld F. The one number you need to grow. *Harv Bus Rev*. 2003;81(12):46–55.
7. Mas A, Parra P, Bermejo RM, Hidalgo MD, Calle JB. Improving quality in healthcare: What makes a satisfied patient? *Rev Calid Asist*. 2016;31(4):196–203.
8. Sempere T, Peiró S, Sendra P, Martínez-Espín C, López-Aguilera I. Inappropriate use of an accident and emergency department: Magnitude, associated factors, and reasons. An approach with explicit criteria. *Ann Emerg Med*. 2001;37:568–79.
9. Parra P, Bermejo RM, Más A, Hidalgo MD, Gomis R, Calle JE. Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. *Gac Sanit*. 2012;26(2):159–65.
10. Schoenfelder T, Klewer J, Kugler J. Determinants of patient satisfaction: A study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany. *Int J Qual Health Care*. 2011;23:503–9.
11. Al-Abri R, Al-Balushi A. Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman Med J*. 2014;29:3.
12. Jha AK, Orav EJ, Zheng J, Epstein AM. Patients' perception of hospital care in the United States. *N Engl J Med*. 2008;359:1921–31.
13. Newnham H, Barker A, Ritchie E, Hitchcock K, Gibbs H, Holton S. Discharge communication practices and healthcare provider and patient preferences, satisfaction and comprehension: A systematic review. *Int J Qual Health Care*. 2017 Oct 1;29(6):752–68.
14. Krol MW, de Boer D, Delnoij DM, Rademakers JJ. The net promoter score: An asset to patient experience surveys? *Health Expect*. 2015;18(6):3099–109.
15. Leggat SG. Understanding the perspectives of health service staff on the friends and family test. *Aust Health Rev*. 2016;40(3):299–305.
16. NHS England. Review of the Friends and Family Test. Londres: NHS England; 2014. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/07/fftrv1.pdf>.
17. Courtot L, Ferre F, Reina N, Marot V, Chiron P, Berard E, et al. Patient participation during anterior cruciate ligament reconstruction improves comprehension, satisfaction, and functional outcomes. *Orthop J Sports Med*. 2019 Apr 29;7(4), 2325967119841089.
18. Meyer R, Spittel S, Steinfurth L, Funke A, Kettemann D, Münch C, et al. Patient-reported outcome of physical therapy in amyotrophic lateral sclerosis: Observational online study. *JMIR Rehabil Assist Technol*. 2018;5(2):e10099.
19. York AS, McCarthy KA. Patient, staff and physician satisfaction: A new model, instrument and their implications. *Int J Health Care Qual Assur*. 2009;24(3):178–91.

20. Stirling P, Jenkins PJ, Clement ND, Duckworth ND, McEachan JE. The Net Promoter Scores with Friends and Family Test after four hand surgery procedures. *J Hand Surg Eur Vol.* 2019 Mar;44(3):290–5.
21. Wilberforce M, Poll S, Langham H, Worden A, Challis D. Measuring the patient experience in community mental health services for older people: A study of the Net Promoter Score using the Friends and Family Test in England. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2019;34:31–7.
22. Koladycz R, Fernandez G, Gray K, Marriott H. The Net Promoter Score (NPS) for insight into client experiences in sexual and reproductive health clinics. *Glob Health Sci Pract.* 2018 Oct 4;6(3):413–24.
23. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino MM, Amenta P. Determinants of patient satisfaction: A systematic review. *Perspect Public Health.* 2017 Mar;137(2):89–101.
24. Hernández T, Leal C, Adánez MG, García B, Nova D, Díaz JL. Evidencias de validez del sistema de triaje Emergency Severity Index en un servicio de urgencias de un hospital general. *Emergencias.* 2015;27:301–6.