

SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE EMERGENCIA

SATISFACTION OF THE FAMILY MEMBERS OF PATIENTS ADMITTED IN THE INTENSIVE EMERGENCY CARE UNIT

Ángel Mamani Ruelas^{1,2}, Katherine Quispe Medina², Claudia Butrón Vargas¹, Felipe Apaza Huamán¹.

(1) Departamento de Emergencia y Áreas Críticas, Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo, EsSalud, Arequipa - Perú.

(2) Centro de Investigación de Biología Molecular del Cáncer y Microbioma, Universidad Católica de Santa María, Arequipa - Perú.

RESUMEN: La apreciación del cuidado por parte de las familias es de gran importancia en la evaluación de la calidad de atención en una unidad de cuidados intensivos (UCI). Este estudio utilizó la adaptación del cuestionario Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit: FS-ICU (24), nuestro objetivo fue conocer el grado de satisfacción de los familiares por el cuidado recibido, así como con la toma de decisiones en el cuidado del paciente ingresado en Unidad de Cuidados Intensivos de Emergencia (UCIE). Se realizó un estudio transversal, observacional, descriptivo y prospectivo durante 5 meses. Se estudió una muestra de 69 familiares principales de pacientes ingresados a la unidad con más de 24 horas de permanencia, aplicando el cuestionario FS-ICU (24). Se obtuvieron los siguientes resultados: en relación a los cuidados del paciente en la UCIE, el 68,12% de familiares percibió una excelente o muy buena preocupación por el paciente, un muy buen manejo del dolor en 49,28%, muy buen manejo de la disnea en 40%. Sobre la atención a los familiares, el 43,48% la consideró muy buena, con buen apoyo emocional en 46,38%. El 47,83% consideró la coordinación de los cuidados como buena, al igual que la preocupación del personal. Al evaluar el cuidado profesional, se consideró las habilidades y competencias de la enfermera como muy buenas en 43,48%, y la comunicación como buena en 43,48%; las habilidades y competencias del médico fueron muy buenas también en 43,48%. En cuanto al ambiente de la UCIE, se consideró bueno en 44,93%, el de sala de espera como suficiente en 47,83%, y la cantidad de cuidados como muy buena en 43,48%. Nosotros concluimos que la mayoría de los familiares tienen elevado grado de satisfacción en nuestra unidad, resultado que es similar a los hallados internacionalmente, también nos da aspectos a mejorar como la sala de espera y la privacidad de los pacientes.

Palabras clave: Satisfacción; Cuidado; Calidad; Unidad de Cuidados Intensivos; Emergencia; FS-ICU.

ABSTRACT: The appreciation of care by families is of great importance in the evaluation of the quality of care in an intensive care unit (ICU). This study used the adaptation of the Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit questionnaire: FS-ICU (24).

Our objective was to know the degree of satisfaction of family members for the care received from the patient admitted to the Emergency Intensive Care Unit (UCIE) as well as with the decision-making process for patient care. This is a cross-sectional, observational, descriptive and prospective study for 5 months. A sample of 69 main relatives of patients admitted to the unit with more than 24 hours of stay was studied, applying the FS-ICU (24) questionnaire. The following results were obtained: In relation to the care of the patient in the ICUE, 68.12% of relatives perceived an excellent or very good concern for the patient, a very good pain management in 49.28%, very good management of dyspnea in 40%, regarding family care, 43.48% considered it very good, with good emotional support in 46.38%. 47.83% considered the coordination of care as good, as well as the concern of the staff. When assessing professional care, the nurse's skills and competencies were considered very good at 43.48%, and communication as good at 43.48%; The doctor's skills and competencies were also very good at 43.48%. Regarding the environment of the UCIE, it was considered good in 44.935, the waiting room as sufficient in 47.83%, and the amount of care as very good in 43.48%. We conclude that most family members have a high degree of satisfaction, result that is similar to international studies; it also gives us aspects to improve such as the waiting room and the privacy of the patients.

Keywords: Satisfaction; Care; Quality; Intensive Care Unit; Emergency; FS-ICU.

INTRODUCCIÓN

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) o de cuidados críticos, ofertan a sus pacientes ingresados asistencia multidisciplinaria en un espacio determinado del hospital que cumple con requisitos:

funcionales, estructurales y organizativos muy exigentes para asegurar condiciones de alta calidad y eficiencia puesto los pacientes ingresados poseen patologías de atención crítica por falla multiorgánica entre otros(1-3).

En el 2001, el Institute of Medicine (IOM) publicó el artículo "Crossing the Quality Chasm" el cual defendió a la "Medicina centrada en el Paciente" en contra al modelo de la "Medicina centrada en el Proveedor o en la Enfermedad"(4, 5) Con el desarrollo de la medicina y de la tecnología, la medicina de cuidados críticos es un tema en

Correspondencia:

Ángel Mamani Ruelas
E-mail:angelsixtomr@hotmail.com
Teléfono: +5154444768
Celular: +51959141451

boga estudiado por múltiples puntos de vista, el interés de realizar una investigación para analizar más allá del aspecto tecnológico en estas unidades es un reto(6-10).

Observar aspectos fundamentales tales como la atención a las familias y problemas no meramente médicos del paciente (desde el punto de vista social y psicológico) siendo muchas veces dejado de lado y visto de un segundo plano(11).

El término satisfacción (percepción del usuario) y calidad de atención recibida son conceptos que han evolucionado de forma paralela(12, 13). La evaluación de la satisfacción por parte de los familiares de los pacientes resulta en muchos de los casos compleja, cuando se trata de pacientes ingresados en las unidades de terapia intensiva(6, 7, 12), asimismo se ha convertido en una dimensión importante en la medición de la calidad en una UCI(3, 14-16), las formas de medición de esta satisfacción recientemente han tenido un impulso reciente(12, 17).

En estas situaciones en donde cobran gran importancia las familias de los pacientes, muchas veces por su enfermedad o por su situación de gravedad, los pacientes no están lo suficientemente conscientes para comprender o participar activamente en el proceso asistencial intensivo realizado, por lo que gran parte de las decisiones a tomar son trasladadas a sus familiares más directos y cercanos(18-20). Recientes investigaciones en las UCI han demostrado la necesidad continua de desarrollar intervenciones para mejorar la satisfacción familiar(21-26), sin embargo es poca la literatura en este campo, es por ello que pretendemos con este trabajo contribuir al conocimiento de tema, valorando la satisfacción familiar de los pacientes ingresados en nuestra UCIE a través del uso de un cuestionario validado como lo es: Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit: FS-ICU (24)(12).

METODOLOGÍA

Realizamos el presente estudio en la Unidad de Cuidados Intensivos de Emergencia (UCIE) del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo, perteneciente al Seguro Social de Salud - EsSalud(27), hospital de referencia de todo el sur del Perú y de tercer nivel de atención.

Es un estudio transversal, descriptivo y observacional, llevado a cabo prospectivamente de abril a julio de 2017. Nuestra unidad se compone de un total de 6 camas polivalentes médico – quirúrgicas adultas, el personal asistencial está conformado por médicos, enfermeras, técnicos de enfermería. La relación médico: paciente es de 1:6 durante las 24 horas, asimismo se cuenta con un residente de medicina para la unidad; la relación enfermería: paciente es 1:3 y técnico de enfermería: paciente, 1:6.

Se incluyeron en el estudio a familiares de 69 pacientes dados de alta de la UCIE durante el período arriba mencionado. El familiar directo fue definido al que contó con estrecha relación familiar, social o emocional con el paciente y que recibía informe médico constante durante su estadía en la unidad.

Instrumento de medición

El instrumento utilizado para la medida de la satisfacción familiar en la UCIE fue el “Formulario de Preguntas”: Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit: FS-ICU (24) ©, versión de 24 preguntas. Es un instrumento para medir la calidad al alta para la UCI, desarrollada por Daren K. Heyland y Joan E. Tranmer en el año 2001.(28) La FSICU (24)(12), desarrollada en inglés, la cual ha sido traducida y adecuada según el lenguaje de nuestro medio. Los cuestionarios fueron distribuidos a las 24 horas del alta del paciente de la unidad, realizado por un personal ajeno a la UCIE, y se recogieron 24 horas después de la entrega. En el caso de los pacientes fallecidos, se comunicó telefónicamente con el familiar principal a un mes del deceso (para respetar el duelo) donde se coordinó la aceptación de participar, la entrega y recojo del cuestionario.

Criterios de selección

Para fines de nuestro trabajo, se tomó como criterio de inclusión, aquel familiar de paciente ingresado en la UCIE con estancia mayor a 24 horas, identificado como cuidador principal y el cual recibía los informes médicos constantemente, mayor de 18 años y haber aceptado llenar el cuestionario de preguntas. Se excluyeron aquellos familiares de pacientes que reingresaron a la unidad o fueron transferidos a otra unidad. Se procesaron los cuestionarios mediante estadística descriptiva y se comparan variables con prueba chi cuadrado y t de Student.

RESULTADOS

Durante el periodo de nuestro estudio, ingresaron a la UCIE 109 pacientes, cumplieron con los criterios de inclusión 69 pacientes, de estos, 18 fallecieron durante su estancia en UCIE (26,09%).

Características de los pacientes ingresados a la UCIE.

El 60,87% de casos fueron varones y 39,13% mujeres, la edad predominante en el total de casos estuvo entre los 50 y 69 años (42,03%), con edades promedio de 55,67 ± 19,54 años para los varones y de 59,63 ± 18,75 años para las mujeres. Los motivos de ingreso a la UCIE fueron indicaciones médicas el 78,26% mientras que en el 21,74% la indicación fue quirúrgica. Entre los cuadros médicos el más frecuente fue la insuficiencia respiratoria aguda (28,99% del total). De los cuadros quirúrgicos, los más frecuentes fueron la Enfermedad Cerebro Vascular (ECV) hemorrágica (5,680%) y el abdomen agudo (4,35%).

Las comorbilidades de estos pacientes fueron en el 72,4%, sobre todo la Hipertensión Arterial (31,88%) y la Diabetes Mellitus (24,64%), y en menor proporción la cirrosis hepática, fibrilación auricular (11,59%).

La gravedad en los pacientes admitidos fue valorada por el score APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II) promedio fue de 22,04 puntos, con variación entre 6 y 44 puntos; el score SOFA fue en promedio de 9,71 puntos, con variación entre 3 y 19 puntos. La permanencia en ventilación mecánica (VM) fue de 4,65 días, y la estancia hospitalaria fue de 7,16 días (rango entre 2 a 20 días). Entre los sobrevivientes y los fallecidos hubo diferencias entre sus características; el 56,86% de sobrevivientes fueron varones, y el 72,22% de fallecidos fueron también varones.

Los fallecidos fueron mayores (66,06 años) que los sobrevivientes (54,10 años). El score APACHE II fue mayor en los fallecidos (30,67) que en los sobrevivientes (19,00), similar al score SOFA (13,17 y 8,49 puntos, respectivamente); igualmente los días con VM fueron casi el doble en los fallecidos que en los sobrevivientes (7,28 y 3,73 días, respectivamente), mientras que la duración total de la estancia hospitalaria fue de 7,82 y 7,12 días en los fallecidos y los no fallecidos, respectivamente (Tabla 1).

Tabla 1. Características clínicas e indicadores de gravedad de los pacientes de la UCIE

	Sobreviviente n=51	Fallecido n=18
Sexo masculino (%)	56,86	72,22
Edad	54,10 ± 18,62	66,06 ± 18,51
X ± DE [rango]	[15 - 93]	[17 - 86]
APACHE II ^a	19,00 ± 7,07	30,67 ± 5,27
X ± DE [rango]	[6 - 32]	[24 - 44]
SOFA ^b	8,49 ± 4,12	13,17 ± 3,60
X ± DE [rango]	[3 - 18]	[5 - 19]
Días de VM ^c	3,73 ± 4,96	7,28 ± 5,71
X ± DE [rango]	[0 - 20]	[1 - 20]
Días de hospitalización	7,12 ± 5,10	7,28 ± 4,60
X ± DE [rango]	[2 - 20]	[2 - 19]

^aAcute Physiology and Chronic Health Evaluation II. ^bThe Sequential Organ Failure Assessment, ^cVentilación mecánica.

Características de los familiares de los pacientes ingresados a la UCIE

Del total de familiares, el 68,12% fueron mujeres y 31,88% varones, con edades que en promedio fueron de 46,82 ± 14,08 años para los varones y de 46,36 ± 13,06 años para las mujeres. El vínculo familiar con el paciente fue de cónyuge en 37,68%, el 28,99% fueron hijos, el 14,49% convivientes, 10,14% hermanos, y en 7,25% padres.

El 21,74% de familiares ya tuvieron una experiencia previa de un familiar hospitalizado en una unidad de terapia intensiva. Por otro lado, el 65,22% vive con el paciente, el 5,80% tiene contacto con el paciente más de una vez por semana, el 27,54% lo ve una vez a la semana y en un caso el contacto es una vez al mes. Al analizar el lugar de residencia de los familiares, la mayoría vive en la ciudad (75,36%).

Satisfacción de los familiares con los cuidados del paciente

Para el manejo de información en este punto, se consideran las frecuencias de las respuestas en escala de Likert y el promedio del puntaje (Tabla 2A–2B).

En relación a los cuidados del paciente en la UCIE, el 68,12% percibió una excelente o muy buena preocupación por el paciente, en cuanto al manejo del dolor, muy bien en 49,28%, muy buen manejo de la disnea en 40%. Al evaluar el cuidado profesional, se consideró las habilidades y competencias de la enfermera como muy buenas en 43,48%, y la comunicación como buena en 43,48%; las habilidades y competencias del médico fueron muy buenas también en 43,48%. En cuanto al ambiente de la UCIE, se consideró bueno en 44,93%, el de sala de espera como suficiente en 47,83%, y la cantidad de cuidados como muy buena en 43,48%. En la Tabla 3, se aprecia la diferencia en los puntajes promedio para la satisfacción con el cuidado en familiares de pacientes fallecidos y no fallecidos; se aprecia que los puntajes percibidos por ambos grupos fueron estadísticamente similares y todos en el rango entre 2 y 3 puntos (muy bueno o bueno), solo en un ítem fue mayor la percepción de la cantidad de cuidados en la UCIE en familiares de fallecidos (p < 0,05),

Tabla 2-A. Respuesta de los familiares con los cuidados del paciente

		Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	X	σ
		%	%	%	%	%		
Cuidados del paciente en UCIE	Preocupación por el paciente	15,94%	52,17%	18,84%	13,04%	0,00%	2,27	0,90
	Manejo del dolor	4,35%	49,28%	34,78%	8,70%	2,90%	2,54	0,85
	Manejo de la disnea	9,23%	40,00%	38,46%	12,31%	0,00%	2,52	0,85
	Manejo de la agitación	10,94%	39,06%	39,06%	9,38%	1,56%	2,49	0,89
Atención a familiares	Consideración de sus necesidades	4,35%	43,48%	40,58%	11,59%	0,00%	2,57	0,77
	Apoyo emocional	2,90%	24,64%	46,38%	21,74%	4,35%	2,97	0,90
	Coordinación de cuidados	4,35%	28,99%	47,83%	15,94%	2,90%	2,81	0,87
	Preocupación del personal	5,80%	42,03%	47,83%	4,35%	0,00%	2,49	0,70

Tabla 2-B. Respuesta de los familiares con los cuidados del paciente

		Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	X	σ
		%	%	%	%	%		
Cuidados del paciente en UCIE	Preocupación por el paciente	15,94%	52,17%	18,84%	13,04%	0,00%	2,27	0,90
	Manejo del dolor	4,35%	49,28%	34,78%	8,70%	2,90%	2,54	0,85
	Manejo de la disnea	9,23%	40,00%	38,46%	12,31%	0,00%	2,52	0,85
	Manejo de la agitación	10,94%	39,06%	39,06%	9,38%	1,56%	2,49	0,89
Atención a familiares	Consideración de sus necesidades	4,35%	43,48%	40,58%	11,59%	0,00%	2,57	0,77
	Apoyo emocional	2,90%	24,64%	46,38%	21,74%	4,35%	2,97	0,90
	Coordinación de cuidados	4,35%	28,99%	47,83%	15,94%	2,90%	2,81	0,87
	Preocupación del personal	5,80%	42,03%	47,83%	4,35%	0,00%	2,49	0,70

Tabla 3. Comparación en los puntajes de los ítems de satisfacción del cuidado de los pacientes entre familiares de los fallecidos y sobrevivientes

		Sobreviviente			Fallecido			t	p
		n	X	σ	n	X	σ		
Cuidados del paciente en UCIE	Preocupación por el paciente	51	2,16	0,83	18	2,67	0,97	1,94	0,06
	Manejo del dolor	51	2,53	0,76	18	2,67	1,03	0,51	0,61
	Manejo de la disnea	47	2,49	0,75	18	2,67	1,03	0,65	0,52
	Manejo de la agitación	46	2,52	0,75	18	2,50	1,15	0,07	0,94
Atención a familiares	Consideración de sus necesidades	51	2,59	0,67	18	2,61	0,98	0,09	0,93
	Apoyo emocional	51	3,04	0,80	18	2,89	1,08	0,53	0,60
	Coordinación de cuidados	51	2,80	0,87	18	2,94	0,80	0,61	0,54
Cuidado profesional	Preocupación del personal	51	2,47	0,70	18	2,61	0,61	0,79	0,43
	Habilidades y competencias enfermería	51	2,12	0,91	18	2,17	0,86	0,20	0,84
	Comunicación enfermería	51	2,94	0,83	18	3,11	1,13	0,57	0,57
UCIE	Habilidades y competencias médico	51	2,06	0,73	18	2,00	1,03	0,22	0,83
	Ambiente	51	3,27	0,87	18	3,67	0,84	1,65	0,10
	Sala de espera	51	3,69	0,86	18	4,06	0,80	1,61	0,11
	Cantidad de cuidados	51	2,24	0,81	18	2,72	0,83	2,11	0,04

Satisfacción de los familiares con la toma de decisiones en los cuidados del paciente

Para valorar la toma de decisiones tenemos la Tabla 4 y la Tabla 5, en la primera, nuestra la necesidad de información donde el 62,32% considera que la frecuencia de la comunicación es buena, la facilidad para obtener información es buena en 52,17%, así como la comprensión de la información y la honestidad de la misma (49,28%).

La consistencia de la información es considerada muy buena en 43,48%. En la segunda tabla nos muestra el proceso de toma de decisiones, donde el 55,07% de los familiares no se sienten ni incluidos ni excluidos en el proceso, y 28,99% se sintió algo incluido.

Desde el punto de vista del apoyo en el proceso de enfermedad, el 53,62% no se sintió ni abrumado ni apoyado, y 40,58% se sintió apoyado. El 82,61% percibe que no tiene control sobre los cuidados, aunque tampoco se siente apartado, y el 63,77% percibe que podría haber dedicado más tiempo para plantear preocupaciones y preguntas.

Tabla 4. Respuesta de los familiares en la recepción de la información de los pacientes

Apreciaciones	Apreciaciones					X	σ
	Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal		
	%	%	%	%	%		
Frecuencia en la comunicación.	0,00%	17,39%	62,32%	17,39%	2,90%	3,03	0,72
Facilidad	0,00%	14,49%	52,17%	27,54%	5,80%	3,21	0,81
Comprensión	1,45%	24,64%	49,28%	21,74%	2,90%	2,97	0,83
Honestidad	7,25%	34,78%	49,28%	8,70%	0,00%	2,57	0,77
Exhaustividad	0,00%	24,64%	56,52%	17,39%	1,45%	2,93	0,73
Consistencia	13,04%	43,48%	33,33%	10,14%	0,00%	2,39	0,86
TOTAL	3,62%	26,57%	50,48%	17,15%	2,17%	2,88	0,81

Tabla 5. Respuesta de los familiares en relación del proceso de toma de decisiones

Pregunta	Valoración	%
Inclusión de los familiares en el proceso de la toma de decisiones	Muy excluido	0,00%
	Algo excluido	15,94%
	Ni excluido ni incluido	55,07%
	Algo incluido	28,99%
	Muy incluido	0,00%
Apoyo en el proceso	Totalmente abrumado	0,00%
	Algo abrumado	5,80%
	Ni abrumado ni apoyado	53,62%
	Apoyado	40,58%
	Muy apoyado	0,00%
Control sobre los cuidados	Apartado del control	4,35%
	Algo apartado	8,70%
	Ni apartado ni tuvo control	82,61%
	Algo de control	4,35%
	Buen control	0,00%
Tiempo para plantear preocupaciones y preguntas.	Podría haber dedicado más tiempo.	63,77%
	Tiempo adecuado.	36,23%

En la Tabla 6, apreciamos las diferencias entre los familiares de pacientes sobrevivientes y fallecidos, en cuanto a la satisfacción con la comunicación, se vio una tendencia similar, aunque la frecuencia de comunicación fue mayor entre fallecidos (3,50 comprado con 2,90), la facilidad de obtener información (3,78 puntos versus 3,06 en sobrevivientes), y el control sobre los cuidados (2,98 versus 2,56) y lo inverso ocurrió en la honestidad de la información (2,73 en sobrevivientes, 2,22 en fallecidos; $p < 0,05$). En ambos casos, el menor puntaje fue la sala de espera y el ambiente de UCIE.

Tabla 6. Diferencias en los puntajes de los ítems de toma de decisiones entre familiares de fallecidos y sobrevivientes

		Sobreviviente		Fallecido		t	p
		X	σ	X	σ		
Necesidad de información	Frecuencia en la comunicación.	2,90	0,54	3,50	0,86	2,70	0,01
	Facilidad	3,06	0,73	3,78	0,65	3,82	0,00
	Comprensión	2,96	0,80	3,11	0,83	0,65	0,52
	Honestidad	2,73	0,63	2,22	0,94	2,05	0,04
	Exhaustividad	2,90	0,70	3,11	0,68	1,09	0,28
	Consistencia	2,49	0,76	2,17	1,04	1,18	0,24
Proceso de toma de decisiones	Inclusión de familiares en proceso de toma de decisiones	3,18	0,65	3,00	0,89	0,93	0,36
	Apoyo en el proceso	3,41	0,57	3,17	0,62	1,44	0,15
	Control sobre los cuidados	2,98	0,42	2,56	0,70	2,35	0,02
	Tiempo para plantear preocupaciones y preguntas.	1,37	0,49	1,33	0,49	0,29	0,77

DISCUSIÓN

Realizamos el presente estudio con la finalidad de conocer el grado de satisfacción de los familiares por el cuidado recibido del paciente ingresado en UCIE así como con la toma de decisiones en el cuidado del paciente.

Es de especial importancia las familias de los pacientes ingresados en una unidad de terapia intensiva, puesto que a veces por su enfermedad o por su situación de gravedad, el impacto a nivel familiar condiciona un estado de "obnubilación en el pensamiento" por así llamarlo en ellos más aún si en ellos recae la responsabilidad de las decisiones a tomar, condicionando un factor de riesgo importante para la generación de posibles casos de depresión, ansiedad y el trastorno de estrés postraumático que estas familias podrían desarrollar durante y después del internamiento de su familiar en una unidad de cuidados críticos(29).

Existen varios estudios que a lo largo de tiempo han deseado medir la satisfacción, así como demostrar el enorme beneficio de una familia satisfecha en el proceso de estancia hospitalaria en una UCI. Algunos ejemplos de estas investigaciones relatamos a continuación: En el 2001 Heyland et al(28) desarrollan un cuestionario para analizar la viabilidad de medición el nivel de satisfacción con la atención recibida para ellos y su estado crítico respecto de los familiares, obteniendo una buena correlación entre la atención y la satisfacción general con la toma de decisiones, resultado este cuestionario tener cierto grado de fiabilidad y validez siendo factible aplicar este instrumento a los familiares de pacientes en estado crítico.

Por otro lado en 2004 Dodek et al.(30), esboza un enfoque sistemático para la recopilación, presentación, análisis e interpretación de los datos de las encuestas de satisfacción de la familia de los pacientes ingresados en cuidados críticos. Para realizar el estudio se aplicamos el cuestionario Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit: FS-ICU(24)©(12), versión de 24 ítems. Todos los artículos utilizan una escala de Likert de 5 puntos.

En relación a las características de los pacientes ingresados se muestra que el 60,87% de casos fueron varones y 39,13% mujeres, siendo superior la cantidad de varones, estos hallazgos son similares a los encontrados en España por Holanda Pena et al.(18), por otro lado, en un estudio realizado en Lima en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en el 2012, Poma et al.(31), encontró un 50,5% de varones versus un 49,5% de mujeres no encontrándose mayores diferencias entre géneros; la edad predominante en el total de casos estuvo entre los 50 y 69 años (42,03%), con edades promedio de $55,67 \pm 19,54$ años para los varones y de $59,63 \pm 18,75$ años para las mujeres, cuyos valores coinciden con los dos estudios antes mencionados, por el contrario, en el estudio de tesis realizado por Morales en Loreto Perú(32), muestra un predominio de la población entre 21 – 30 años.

En cuanto a los motivos de ingreso a la UCIE en los pacientes; en 78,26% de casos se trató de indicaciones médicas, mientras que en el 21,74% la indicación fue quirúrgica, resultados similares fueron descritos por Holanda et al(18).

En España descrito anteriormente, Poma et al.(31), en su UCI describe un predominio de trauma craneoencefálico, dejando un segundo y tercer lugar para los problemas sépticos y respiratorios con un 19,15% y 13,43% respectivamente diferente al encontrado por nosotros donde la insuficiencia respiratoria aguda con 28,99%, la hemorragia digestiva alta con 13,04% y la sepsis 11,59% son las principales patologías de ingreso.

Si damos una mirada a los parámetros de gravedad en los pacientes hospitalizados en la UCIE; el score APACHE II promedio fue de 22,04 puntos, con variación entre 6 y 44 puntos, que nos brinda una mortalidad estimada de 42 %; el score SOFA fue en promedio de 9,71 puntos, con variación entre 3 y 19 puntos, lo que refleja el grado de complejidad de patologías así como de la gravedad de nuestros pacientes admitidos donde de los 69 pacientes ingresados, 18 fallecieron, haciendo una mortalidad de 26,09%, encontrándonos por encima del promedio internacional de 20% (variando según el país entre 18.5% y 38%), Poma et al.(31), pero debemos tener en cuenta que nuestros scores pronostico relatados, arrojan mortalidades más elevadas.

En relación a las características de los familiares de los pacientes es similar a los encontrado por Holanda Peña et al(2), donde la mayoría fue de sexo femenino, mostrando a las mujeres en el papel de cuidadora del núcleo familiar; resultados similares fueron encontrados por López MA et al en España(33).

La evaluación de la satisfacción de los familiares con la atención de los pacientes en la UCIE, el 68,12% percibió una excelente o muy buena preocupación por el paciente, sobre la atención a los familiares, el 43,48% la consideró muy buena y con buen apoyo emocional en 46,38%, al evaluar el cuidado profesional, se consideró las habilidades y competencias de la enfermera y médico como muy buenas en 43,48% y la comunicación como buena en 43,48% y al hablar del ambiente de la UCIE, se consideró bueno en 44,93% y el de sala de espera como suficiente en 47,83%, siendo estos resultados son similares a los encontrados por López et al(33). y Holanda Peña et al.(18), haciendo hincapié que en estos estudios la puntuación fue mayor siguiendo la misma tendencia, se obtuvo un 84.71% de satisfacción por los cuidados frente a un 68.12% obtenido por nosotros, coincidiendo en mejores puntuaciones en las habilidades y competencias de médicos y enfermeras.

El ambiente, sala de espera de la UCIE fue el que recibió menos puntuación, siendo este resultado similar a los estudios anteriores.

En relación a la valoración de los familiares acerca de la toma de decisiones, se obtuvieron en gran medida altas calificaciones, tanto en la frecuencia de comunicación (cabe destacar que en nuestra unidad el horario de visita son dos veces al día), facilidad de obtener información, puntajes menores se obtuvieron en comprensión, honestidad y consistencia de la información, reflejando de alguna manera la dinámica de una UCI, donde el médico toma más tiempo en explicar a los familiares el estado del paciente por la complejidad del mismo(34).

Actualmente vivimos en una época de cambio, donde es fundamental saber comunicarse con la familia e inclusive con el propio paciente críticamente enfermo(34). Por otro lado, en el proceso de toma de decisiones, se observó que gran parte de los familiares no se sentían ni incluidos ni excluidos del proceso, menos porcentaje de familiares se sintió apoyado en el proceso de enfermedad y llama la atención que mayoritariamente los familiares percibe que no tiene control sobre los cuidados, estas apreciaciones nos trae a la vista un problema actual en las UCI del mundo, la deshumanización del cuidado y la no inclusión del familiar en el cuidado del paciente, actualmente hay una tendencia para revertir este problema, uno de ellos es el Proyecto HU-CI (Humanizando los Cuidados Intensivos)(13, 35, 36), donde se promueve buenas prácticas de humanización de los cuidados intensivos(13, 36, 37).

Para conocer si la condición de alta de los pacientes como fallecido o sobreviviente tiene diferencias en las puntuaciones, se observó diferencia significativa en la percepción de la cantidad de cuidados en la UCIE siendo mayor en familiares de fallecidos, la frecuencia y facilidad de comunicación fue mayor entre fallecidos, el control sobre los cuidados siguió la misma tendencia y lo inverso ocurrió en la honestidad de la información; en ambos casos, el menor puntaje fue la sala de espera y el ambiente de UCIE, cuyos resultados son similares a los estudios internacionales realizados(18, 33).

En el rubro de las preguntas abiertas a los familiares se obtuvieron: como mejorar el ambiente de la UCIE, la sala de espera, ampliar el horario de visitas a los pacientes, mejorar la comunicación entre el personal y el personal asistencial.

La revisión bibliográfica nos muestra que este espacio de investigación no es muy conocido, no hay estudios similares a nivel local y nacional que utilicen cuestionarios validados internacionalmente como el desarrollado. Actualmente, en nuestra unidad se está trabajando en mejorar la estructura, no solo de equipo más modernos, sino en mejoras en la organización para que poco a poco brindemos una atención de mayor calidad, centrada en el paciente y humanizada.

CONCLUSIONES

El presente estudio es el pionero donde se valora el grado de satisfacción de familiares en pacientes en unidades de cuidado crítico utilizando el cuestionario FS-ICU (24) modificado para nuestro medio. Hemos encontrado grados de satisfacción muy elevados, similares a los descritos en la literatura, las diferencias con el resto de estudios fueron mínimas globalmente; se obtuvieron teniendo bajos puntajes en cuanto a la sala de espera de la unidad. Se recomienda continuar con medidas de atención integral al paciente crítico, donde los familiares deben cumplir un papel importante en el cuidado del paciente, promover nuevas tendencias basadas en buenas prácticas de humanización como el Proyecto HU-CI, entre otras medidas para brindar al paciente críticamente enfermo una atención a la vanguardia internacional: con calidad humana, científica y tecnológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- [1] Jensen HI, Gerritsen RT, Koopmans M, Downey L, Engelberg RA, Curtis JR, et al. Satisfaction with quality of ICU care for patients and families: the euroQ2 project. *Crit Care*. 2017;21(1):239.
- [2] Holanda Pena MS, Talledo NM, Ots Ruiz E, Lanza Gomez JM, Ruiz Ruiz A, Garcia Miguelez A, et al. Satisfaction in the Intensive Care Unit (ICU). Patient opinion as a cornerstone. *Med Intensiva*. 2017;41(2):78-85.
- [3] Weber U, Johnson J, Anderson N, Knies AK, Nhundu B, Bautista C, et al. Dedicated Afternoon Rounds for ICU Patients' Families and Family Satisfaction With Care. *Crit Care Med*. 2018;46(4):602-11.
- [4] Horak BJ, Welton W, Shortell S. Crossing the quality chasm: implications for health services administration education. *J Health Adm Educ*. 2004;21(1):15-38.
- [5] Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in A. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.
- Copyright 2001 by the National Academy of Sciences. All rights reserved.; 2001.
- [6] National Academies of Sciences E, Medicine, Health, Medicine D, Board on Health Care S, Board on Global H, et al. *The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health. Crossing the Global Quality Chasm: Improving Health Care Worldwide*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2018.
- Copyright 2018 by the National Academy of Sciences. All rights reserved.; 2018.
- [7] Vasilevskis EE, Ely EW, Speroff T, Pun BT, Boehm L, Dittus RS. Reducing iatrogenic risks: ICU-acquired delirium and weakness--crossing the quality chasm. *Chest*. 2010;138(5):1224-33.
- [8] Mukhopadhyay A, Song G, Sim PZ, Ting KC, Yoo JK, Wang QL, et al. Satisfaction Domains Differ between the Patient and Their Family in Adult Intensive Care Units. *Biomed Res Int*. 2016;2016:9025643.
- [9] Ahtisham Y, Subia P, Gideon V. Family satisfaction with patient care in critical care units in Pakistan: a descriptive cross-sectional study. *Nurs Stand*. 2016;31(13):43-52.
- [10] Lam SM, So HM, Fok SK, Li SC, Ng CP, Lui WK, et al. Intensive care unit family satisfaction survey. *Hong Kong Med J*. 2015;21(5):435-43.
- [11] Dale B, Frivold G. Psychometric testing of the Norwegian version of the questionnaire Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU-24). *J Multidiscip Healthc*. 2018;11:653-9.
- [12] Wall RJ, Engelberg RA, Downey L, Heyland DK, Curtis JR. Refinement, scoring, and validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) survey. *Crit Care Med*. 2007;35(1):271-9.
- [13] La Calle GH, Lallemand CZ. [HUCI is written with H as in HUMAN]. *Enferm Intensiva*. 2014;25(4):123-4.
- [14] Schleyer AM, Curtis JR. Family satisfaction in the ICU: why should ICU clinicians care? *Intensive Care Med*. 2013;39(6):1143-5.
- [15] Hopkins RO. Family Satisfaction in the ICU: Elusive Goal or Essential Component of Quality Care. *Crit Care Med*. 2015;43(8):1783-4.
- [16] Allen SR, Pascual J, Martin N, Reilly P, Luckianow G, Datner E, et al. A novel method of optimizing patient- and family-centered care in the ICU. *J Trauma Acute Care Surg*. 2017;82(3):582-6.
- [17] Kentish-Barnes N, Lemiale V, Chaize M, Pochard F, Azoulay E. Assessing burden in families of critical care patients. *Crit Care Med*. 2009;37(10 Suppl):S448-56.
- [18] Holanda Pena MS, Ots Ruiz E, Dominguez Artiga MJ, Garcia Miguelez A, Ruiz Ruiz A, Castellanos Ortega A, et al. [Measuring the satisfaction of patients admitted to the intensive care unit and of their families]. *Med Intensiva*. 2015;39(1):4-12.
- [19] Shaw DJ, Davidson JE, Smilde RI, Sondoozi T, Agan D. Multidisciplinary team training to enhance family communication in the ICU. *Crit Care Med*. 2014;42(2):265-71.
- [20] Clark K, Milner KA, Beck M, Mason V. Measuring Family Satisfaction With Care Delivered in the Intensive Care Unit. *Crit Care Nurse*. 2016;36(6):e8-e14.
- [21] Schwarzkopf D, Behrend S, Skupin H, Westermann I, Riedemann NC, Pfeifer R, et al. Family satisfaction in the intensive care unit: a quantitative and qualitative analysis. *Intensive Care Med*. 2013;39(6):1071-9.
- [22] Baharoon S, Al Yafi W, Al Qurashi A, Al Jahdali H, Tamim H, Alsafi E, et al. Family Satisfaction in Critical Care Units: Does an Open Visiting Hours Policy Have an Impact? *J Patient Saf*. 2017;13(3):169-74.
- [23] Curtis JR, Cook DJ, Wall RJ, Angus DC, Bion J, Kacmarek R, et al. Intensive care unit quality improvement: a "how-to" guide for the interdisciplinary team. *Crit Care Med*. 2006;34(1):211-8.
- [24] Hagerty TA, Velazquez A, Schmidt JM, Falo C. Assessment of satisfaction with care and decision-making among English and Spanish-speaking family members of neuroscience ICU patients. *Appl Nurs Res*. 2016;29:262-7.
- [25] Goldfarb MJ, Bibas L, Bartlett V, Jones H, Khan N. Outcomes of Patient- and Family-Centered Care Interventions in the ICU: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med*. 2017;45(10):1751-61.
- [26] Jacob M, Horton C, Rance-Ashley S, Field T, Patterson R, Johnson C, et al. Needs of Patients' Family Members in an Intensive Care Unit With Continuous Visitation. *Am J Crit Care*. 2016;25(2):118-25.
- [27] EsSalud SSdS-. Portal Institucional 2020 [Available from: <http://portal.essalud.gob.pe/index.php/nuestra-historia/>].
- [28] Heyland DK, Tranmer JE. Measuring family satisfaction with care in the intensive care unit: the development of a questionnaire and preliminary results. *J Crit Care*. 2001;16(4):142-9.
- [29] Heras G. *HUMANIZANDO LOS CUIDADOS INTENSIVOS Presente y Futuro Centrado en el paciente*. 1 ed. Madrid, España: Editorial Distribuna; 2017.
- [30] Dodek PM, Heyland DK, Rocker GM, Cook DJ. Translating family satisfaction data into quality improvement. *Crit Care Med*. 2004;32(9):1922-7.
- [31] Poma J. Morbimortalidad de pacientes mayores de 60 años en el servicio de cuidados intensivos de un hospital general. *Rev Med Hered* 2012;23:16-22.
- [32] Morales E. Morbimortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica del Hospital Regional de Loreto Felipe Arriola Iglesias en los Meses agosto 2014-Enero del 2015. Loreto, Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2015.
- [33] Lopez M P-RM. Efecto de un protocolo de acogida sobre la encuesta de satisfacción familiar en una unidad de cuidados intensivos. *Nursing*. 2011;29.
- [34] Gomez L. El paciente crítico en la UCI: Saber comunicarse con él y su familia: Universitat Internacional de Catalunya; 2015.
- [35] Heras G. Humanizando los Cuidados Intensivos 2019 [cited 2019 08/11/2019]. Available from: <https://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/inicio/>.
- [36] Velasco Bueno JM, Alonso-Ovies A, Heras La Calle G, Zaforteza Lallemand C. Main information requests of family members of patients in Intensive Care Units. *Med Intensiva*. 2018;42(6):337-45.
- [37] HU-CI. GdtcdP. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid 2019. Available from: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/buenas-practicas/>.

Recibido el 16 de mayo del 2020 y aceptado para su publicación el 07 de junio del 2020