

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ESCUELA DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD



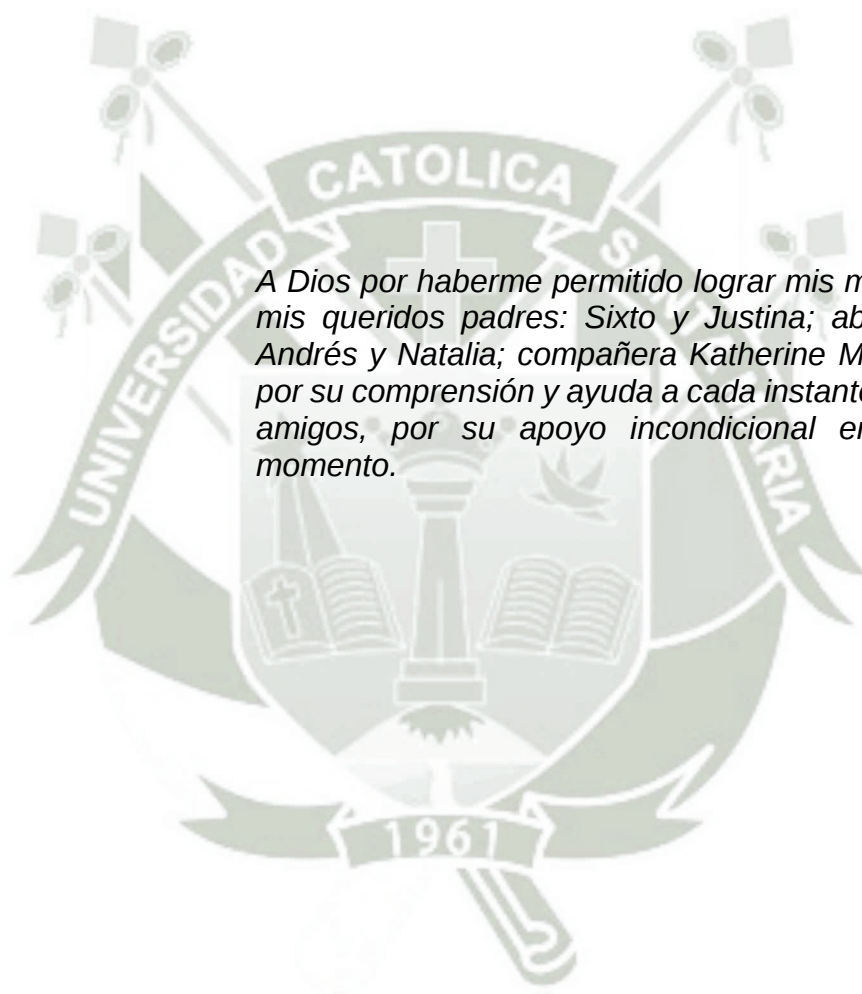
**SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES
ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES DE
EMERGENCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL CARLOS
ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO – ESSALUD -AREQUIPA 2016**

Tesis presentada por el Bachiller:
ÁNGEL SIXTO MAMANI RUELAS

Para optar el Grado Académico de:
MAESTRO EN GERENCIA EN SALUD

Asesor:
DR. HUGO TEJADA PRADELL

Arequipa - Perú
2017



A Dios por haberme permitido lograr mis metas, a mis queridos padres: Sixto y Justina; abuelitos. Andrés y Natalia; compañera Katherine Milagros, por su comprensión y ayuda a cada instante, a mis amigos, por su apoyo incondicional en cada momento.



Agradecimiento a la Universidad Católica de Santa María, por haberme formado e inculcaron conocimientos y me hicieron comprender la enorme responsabilidad de la carrera médica, al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo donde pude realizar el Residencia Médico, brindándome los conocimientos prácticos necesarios para mi labor como médico y me brindaron las herramientas necesarias para la realización de esta tesis.



"En el servicio a los enfermos, mientras las manos realizan su tarea, estén atentos: los ojos a que no falte nada, los oídos a escuchar, la lengua a animar, la mente a entender, el corazón a amar y el espíritu a orar".

San Camilo

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN.....	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO ÚNICO RESULTADOS.....	10
1.- CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS A LA UCE...	11
2.- CARACTERÍSTICAS DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES INGRESADOS A UCE.....	21
3.- SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES CON LOS CUIDADOS DEL PACIENTE.....	31
4.- SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES CON LA TOMA DE DECISIONES EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE...	33
5.- DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	39
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	51
PROPUESTA	54
BIBLIOGRAFÍA.....	58
ANEXOS.....	62
ANEXO N° 1: PROYECTO DE TESIS.....	64
ANEXO N° 2: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS	100
ANEXO N° 3: CONSTANCIA DE EJECUCION DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	102

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo conocer el grado de satisfacción de los familiares por el cuidado recibido del paciente ingresado en UCE así como con la toma de decisiones en el cuidado del paciente. Se estudió una muestra de 69 familiares, aplicando el cuestionario Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit: FSICU (24). Se muestran resultados mediante estadística descriptiva y se comparan variables con prueba chi cuadrado y t de Student.

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%). En 78,26% de casos la hospitalización fue por causas médicas, y en el 21,74% la indicación fue quirúrgica. El 72,4% de casos presentaron comorbilidades, sobre todo hipertensión (31,88%) o diabetes mellitus (24,64%). La mortalidad en la UCE fue de 26,09%. En relación a los cuidados del paciente en la UCE, 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 UCE, se consideró bueno en 44,935, el de sala de espera como suficiente en 47,83%, y la cantidad de cuidados como muy buena en 43,48%.

Se concluye que la satisfacción de los familiares con el cuidado recibido y con la toma de decisiones es buena.

PALABRAS CLAVE: satisfacción – cuidado del paciente – toma de decisiones – unidad de cuidados externos.

ABSTRACT

This research aimed to determine the degree of satisfaction of the family for care received from inpatient in UCE well as decision making in patient care. a sample of 69 families studied, using the questionnaire Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit: FSICU (24). Results are shown using descriptive statistics and chi square test variables and Student t compared 60.87% of the cases were male and 39.13% female; the predominant age in all cases was between 50 and 69 years (42.03%). In 78.26% of cases hospitalization, it was for medical reasons, and 21.74% was surgical indication. 72.4% of cases had comorbidities, especially hypertension (31.88%) or diabetes mellitus (24.64%). UCE mortality was 26.09%. In relation to patient care in the UCE, the 68.12% of families saw an excellent or very good concern for the patient, a very good pain management in 49.28%, very good management of dyspnea in 40%. On care for relatives, 43.48% considered it very good, with good emotional support at 46.38%. The 47.83% considered the coordination of care as good, as staff concern. In assessing professional care, skills and competencies of the nurse as very good at 43.48%, and communication as good at 43.48% was considered; the skills and competencies of the doctor was very good also at 43.48%. As for the atmosphere of the UCE, it was considered good at 44.935, the waiting room as sufficient in 47.83%, and the amount of care as very good at 43.48%. It is concluded that family satisfaction with care received and decision-making is good.

KEY WORDS: satisfaction - patient care - decision making – external care unit.

INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), también denominadas unidades de terapia intensiva o de cuidados críticos oferta a sus pacientes ingresados asistencia multidisciplinar 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 fallo multiorgánico entre otros. En el 2001, el Institute of Medicine (IOM)¹ publicó el artículo “Crossing the Quality Chasm” el cual defendía a la “Medicina centrada en el Paciente” en contra al modelo de la “Medicina centrada en el Proveedor o en la Enfermedad” Con el desarrollo de la medicina y de la tecnología, la medicina de cuidados críticos es un tema en boga estudiado en múltiples puntos de vista, el interés de realizar una investigación para analizar más allá del aspecto tecnológico en estas unidades fue un reto, más aun en el marco de la política de Humanización del Seguro Social de Salud – EsSalud, 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.

Como se acotó anteriormente la medicina centrada en el paciente es un tema que en los últimos años ha tomado importancia, el término satisfacción

¹ Institute of Medicine. 2001. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: The National Academies.

(percepción del usuario) y calidad de atención recibida son conceptos que han evolucionado de forma paralela.

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. Es 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.

Este trabajo fue realizado en la Unidad de Cuidados Especiales (UCE) del Servicio de Emergencia de Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo lugar donde laboro, esta unidad funciona como una UCI de Emergencia con bastante casuística, es donde nace la idea de realizar este trabajo, pretendiendo conocer el grado de satisfacción por la atención recibida de los pacientes ingresados en la UCE.

Se presenta en el capítulo uno los resultados de la investigación; luego se realiza la discusión de los hallazgos, seguido de las conclusiones a las que se arribó con la investigación.

CAPÍTULO ÚNICO
RESULTADOS

1.- CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS A LA UCE

Tabla 1

Distribución de pacientes ingresados a la UCE según edad y sexo

Edad (años)	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 20 a	1	1,45%	1	1,45%	2	2,90%
20-29 a	4	5,80%	1	1,45%	5	7,25%
30-39 a	6	8,70%	3	4,35%	9	13,04%
40-49 a	3	4,35%	2	2,90%	5	7,25%
50-59 a	12	17,39%	2	2,90%	14	20,29%
60-69 a	4	5,80%	11	15,94%	15	21,74%
70-79 a	5	7,25%	4	5,80%	9	13,04%
80-89 a	6	8,70%	3	4,35%	9	13,04%
≥ 90 a	1	1,45%	0	0,00%	1	1,45%
Total	42	60,87%	27	39,13%	69	100,00%

FUENTE: Elaboración propia.

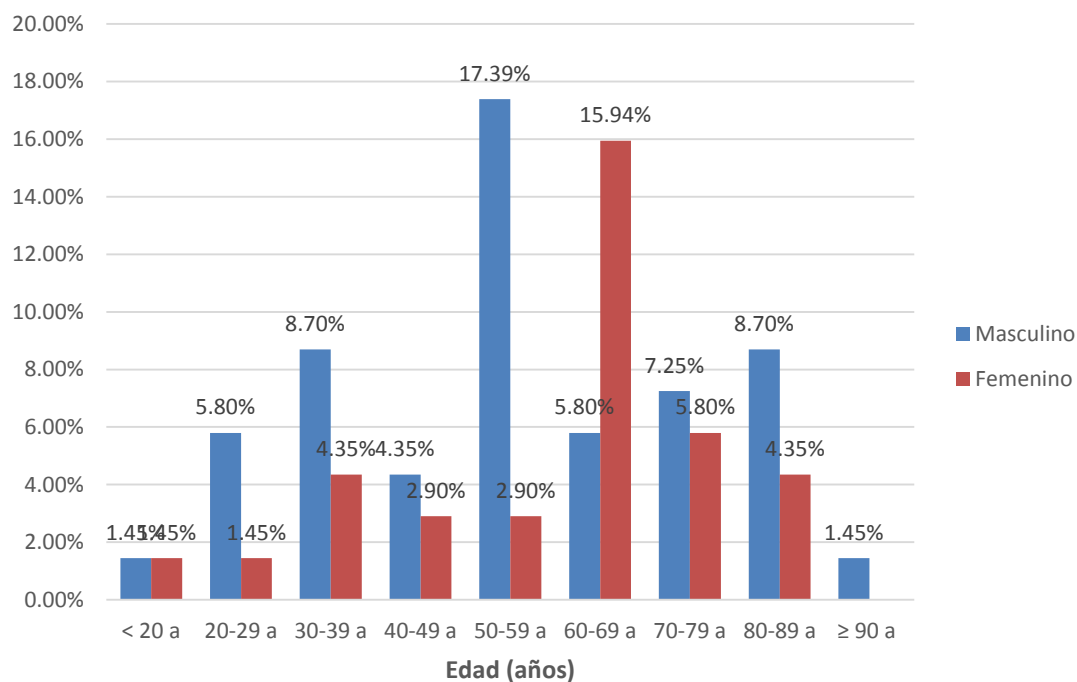
Edad promedio $\pm$ D. estándar (mín – máx)

- Masculino: $55,67 \pm 19,54$ años (17 – 93 años)
- Femenino: $59,63 \pm 18,75$ años (15 – 87 años)

Tabla 1: Se muestra a los pacientes según edad y sexo; 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 $55,67 \pm 19,54$ años para los varones y de $59,63 \pm 18,75$ años para las mujeres.

Gráfico 1

Distribución de pacientes ingresados a la UCE según edad y sexo



FUENTE: Elaboración propia.

Tabla 2
Distribución de pacientes admitidos a la UCE según motivo de ingreso

		N°	%
Médico (n = 54; 78,26%)	IRA	20	28,99%
	HDA	9	13,04%
	Sepsis	8	11,59%
	Pancreatitis	7	10,14%
	Cetoacidosis diabetica	3	4,35%
	Intoxicación	3	4,35%
	Sd Guillain Barre	2	2,90%
	ECV isquémico	1	1,45%
	ECV trombolizado	1	1,45%
	ECV hemorrágico	4	5,80%
Quirúrgico (n = 15; 21,74%)	Abdomen agudo	3	4,35%
	TEC	2	2,90%
	Colecistitis aguda	1	1,45%
	Fascitis necrotizante	1	1,45%
	Hidrocefalia	1	1,45%
	Politraumatizado	1	1,45%
	Trauma renal	1	1,45%
	Trombosis mesentérica	1	1,45%
Total		69	100,00%

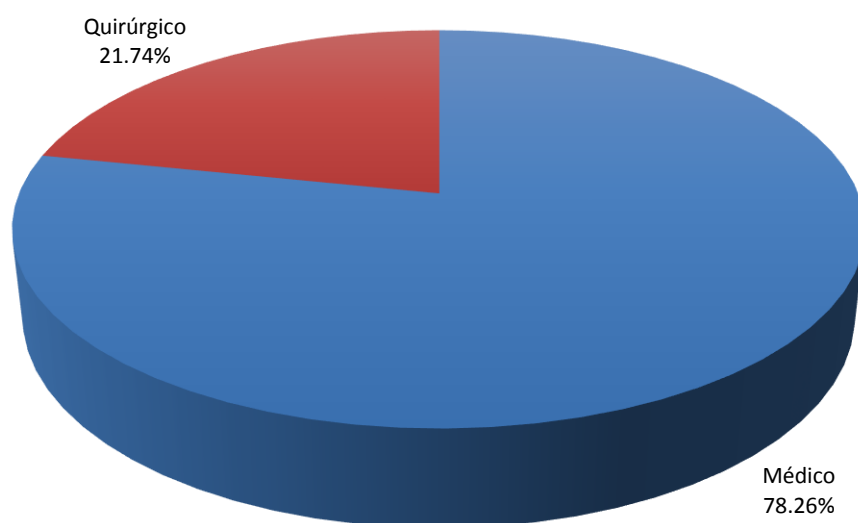
FUENTE: Elaboración propia.

IRA: Insuficiencia respiratoria aguda; HDA: hemorragia digestiva alta; ; ECV: enfermedad cerebrovascular; TEC: trauma encéfalo craneano.

Tabla 2: Se muestra los motivos de ingreso a la UCE en los pacientes; en 78,26% de casos se trató de indicaciones médicas, 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 ECV hemorrágica (5,680%) y el abdomen agudo (4,35%).

Gráfico 2

Distribución de pacientes admitidos a la UCE según motivo de ingreso



FUENTE: Elaboración propia.

Tabla 3

Distribución de pacientes ingresados a la UCE según presencia de comorbilidades

	N°	%
Ninguna	19	27,54%
HTA	22	31,88%
DM	17	24,64%
Cirrosis	8	11,59%
FA	8	11,59%
ERC	6	8,70%
Anticoagulado	3	4,35%
Hipotiroidismo	3	4,35%
Colelitiasis	2	2,90%
EPID	1	1,45%
Neurocisticercosis	1	1,45%
VIH	1	1,45%
Otras	3	4,35%

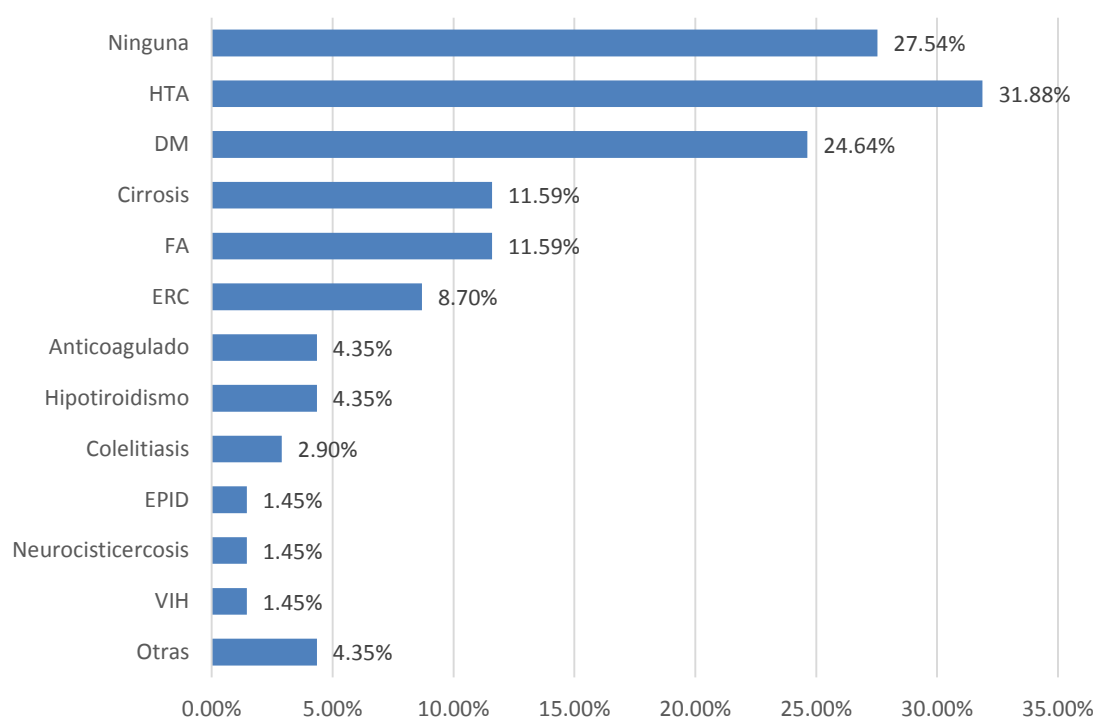
FUENTE: Elaboración propia.

HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus; FA: fibrilación auricular; ERC: enfermedad renal crónica; EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Las comorbilidades de los pacientes se muestran en la **Tabla 3**; el 72,4% presentaron alguna patología, sobre todo la hipertensión (31,88%), la diabetes mellitus (24,64%), y en menor proporción cirrosis hepática fibrilación auricular (11,59% cada una), entre otras.

Gráfico 3

Distribución de pacientes ingresados a la UCE según presencia de comorbilidades



FUENTE: Elaboración propia.

Tabla 4

Valores promedio de indicadores de gravedad en la UCE

	Promedio	D. est	Mín	Máx
APACHE II	22,04	8,38	6	44
SOFA	9,71	4,47	3	19
Días de VM	4,65	5,35	0	20
Días de hospitalización	7,16	4,94	2	20

FUENTE: Elaboración propia.

APACHE II: Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II, **SOFA:** The Sequential Organ Failure Assessment, **VM:** Ventilación mecánica.

Tabla 4: Muestra los valores de algunos parámetros de gravedad en los pacientes hospitalizados en la UCE; el score APACHE 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. La permanencia en ventilación mecánica fue de 4,65 días, y la estancia hospitalaria fue de 7,16 días (rango entre 2 a 20 días).

Tabla 5

Distribución de mortalidad entre pacientes ingresados a la UCE

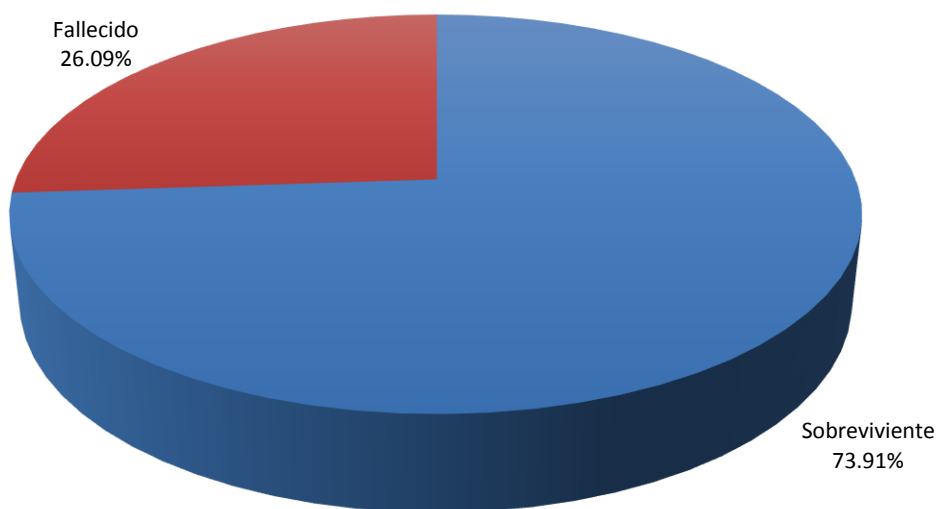
	N°	%
Sobreviviente	51	73,91%
Fallecido	18	26,09%
Total	69	100,00%

FUENTE: Elaboración propia.

Tabla 5: Nos muestra la mortalidad de los pacientes hospitalizados en la UCE de los 69 ingresos, 18 fallecieron, haciendo una mortalidad de 26,09%, teniendo en cuenta nuestro APACHE II de ingreso que nos muestra una predicción de mortalidad de 42%, vemos que tenemos un valor por debajo, sin embargo, nos encontramos por encima del promedio internacional de 20%.

Gráfico 4

Distribución de mortalidad entre pacientes ingresados a la UCE



FUENTE: Elaboración propia.

Tabla 6

Valores promedio de indicadores de gravedad en la UCE según mortalidad

	Sobreviviente	Fallecido
Sexo masculino (%)	29 (56,86)	13 (72,22)
Edad	54,10 ± 18,62	66,06 ± 18,51
<i>X ± DE [rango]</i>	[15 – 93]	[17 – 86]
APACHE	19,00 ± 7,07	30,67 ± 5,27
<i>X ± DE [rango]</i>	[6 – 32]	[24 – 44]
SOFA	8,49 ± 4,12	13,17 ± 3,60
<i>X ± DE [rango]</i>	[3 – 18]	[5 – 19]
Días de VM	3,73 ± 4,96	7,28 ± 5,71
<i>X ± DE [rango]</i>	[0 – 20]	[1 – 20]
Días de hospitalización	7,12 ± 5,10	7,28 ± 4,60
<i>X ± DE [rango]</i>	[2 – 20]	[2 – 19]

FUENTE: Elaboración propia.

APACHE II: Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II, **SOFA:** The Sequential Organ Failure Assessment, **VM:** Ventilación mecánica.

Tabla 6. 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 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.

2.- CARACTERÍSTICAS DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES INGRESADOS A LA UCE

Tabla 7

Distribución de familiares según edad y género

Edad (años)	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
20-29 a	3	4,35%	7	10,14%	10	14,49%
30-39 a	4	5,80%	7	10,14%	11	15,94%
40-49 a	5	7,25%	12	17,39%	17	24,64%
50-59 a	5	7,25%	9	13,04%	14	20,29%
60-69 a	4	5,80%	10	14,49%	14	20,29%
≥ 70 a	1	1,45%	2	2,90%	3	4,35%
Total	22	31,88%	47	68,12%	69	100,00%

FUENTE: Elaboración propia.

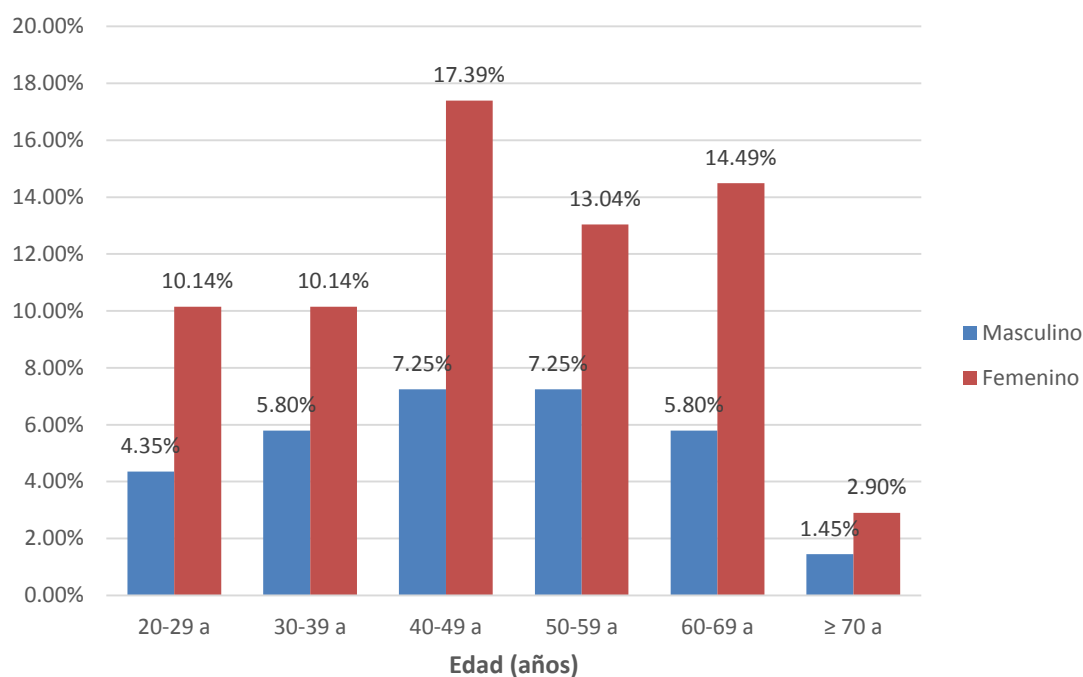
Edad promedio $\pm$ D. estándar (mín – máx)

- Masculino: $46,82 \pm 14,08$ años (23 – 70 años)
- Femenino: $46,36 \pm 13,06$ años (26 – 70 años)

Tabla 7: Muestra la edad y el género de los familiares; el 68,12% de familiares fueron mujeres y 31,88% varones, con edades que en promedio fueron de $46,82 \pm 14,08$ años para los varones y de $46,36 \pm 13,06$ años para las mujeres.

Gráfico 5

Distribución de familiares según edad y género



FUENTE: Elaboración propia.

Tabla 8

Distribución de familiares según vínculo con el paciente

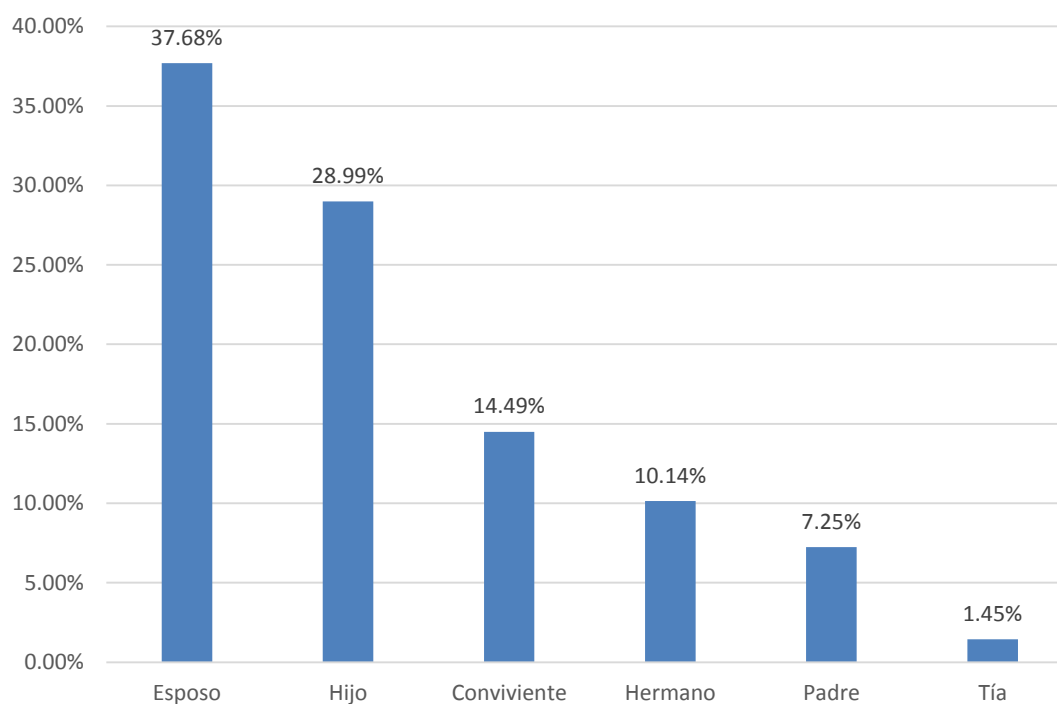
	N°	%
Esposo	26	37,68%
Hijo	20	28,99%
Conviviente	10	14,49%
Hermano	7	10,14%
Padre	5	7,25%
Tía	1	1,45%
Total	69	100,00%

FUENTE: Elaboración propia.

Tabla 8: 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.

Gráfico 6

Distribución de familiares según vínculo con el paciente



FUENTE: Elaboración propia.

Tabla 9

**Distribución de familiares según experiencia previa de admisión en
UCE/UCI**

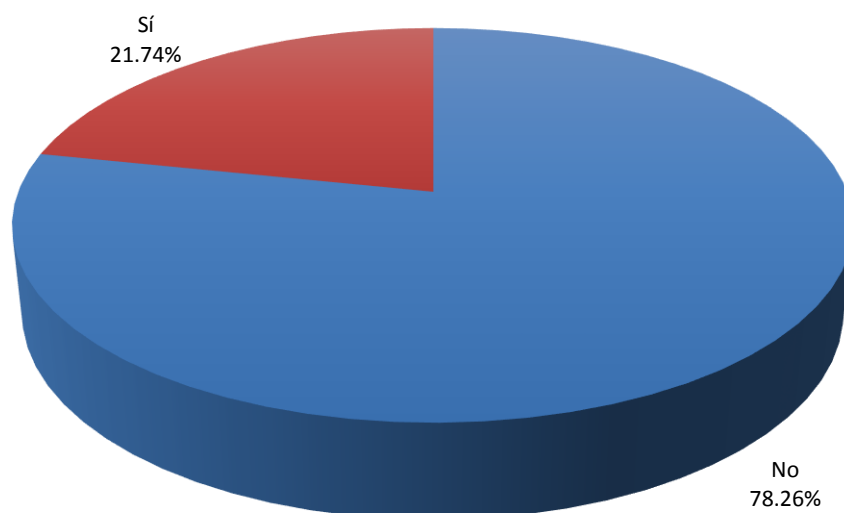
	N°	%
No	54	78,26%
Sí	15	21,74%
Total	69	100,00%

FUENTE: Elaboración propia.

Tabla 9: El 21,74% de familiares ya tuvieron una experiencia previa de un familiar hospitalizado en la UCE o la UCI.

Gráfico 7

**Distribución de familiares según experiencia previa de admisión en
UCE/UCI**



FUENTE: Elaboración propia.

Tabla 10

Distribución de familiares según frecuencia de contacto con el paciente

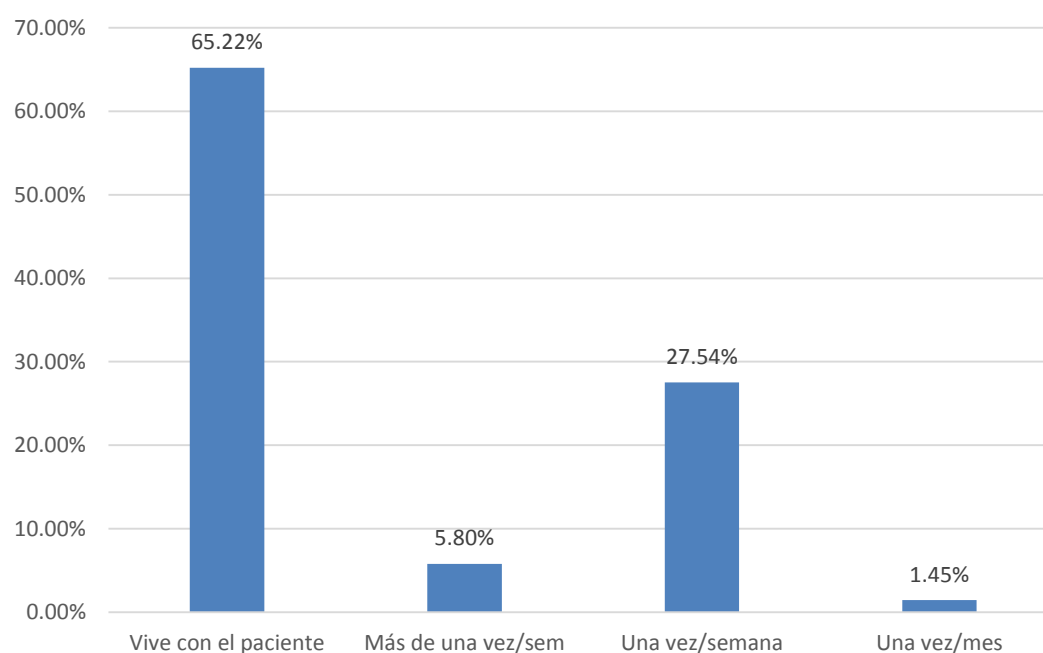
	N°	%
Vive con el paciente	45	65,22%
Más de una vez/sem	4	5,80%
Una vez/semana	19	27,54%
Una vez/mes	1	1,45%
Total	69	100,00%

FUENTE: Elaboración propia.

Tabla 10: Se muestra la frecuencia de contacto de los familiares con los pacientes hospitalizados; el 65.22% vive con el paciente en 5.80% tiene contacto con el paciente más de una vez por semana y 27,54% lo ve una vez a la semana, y en un caso el contacto es una vez al mes.

Gráfico 8

Distribución de familiares según frecuencia de contacto con el paciente



FUENTE: Elaboración propia.

Tabla 11

Distribución de familiares según lugar de residencia

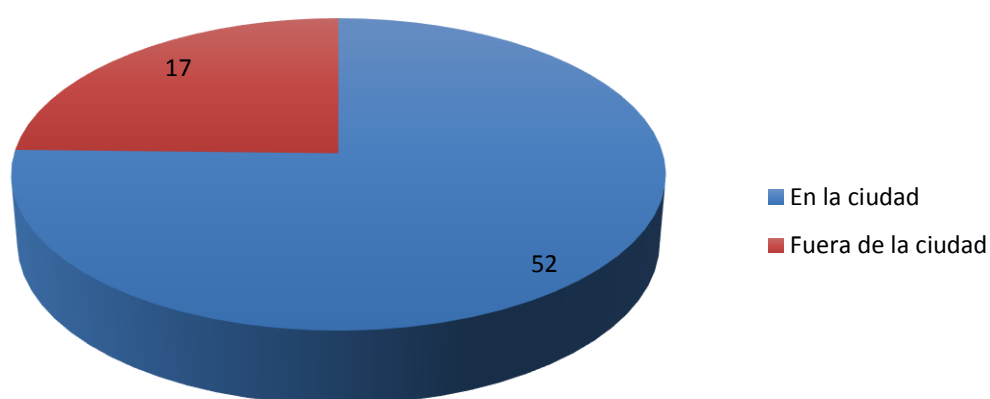
	N°	%
En la ciudad	52	75,36%
Fuera de la ciudad	17	24,64%
Total	69	100,00%

FUENTE: Elaboración propia.

Tabla 11: Nos muestra el lugar de residencia de los familiares, viendo que la mayoría vive en la ciudad con un 75.36%, indicándonos el centralismo de nuestro grupo poblacional.

Gráfico 9

Distribución de familiares según lugar de residencia



FUENTE: Elaboración propia.

3.- SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES CON LOS CUIDADOS DEL PACIENTE

Tabla 12 A
Apreciaciones de los familiares con los cuidados del paciente

		Total	Excelente		Muy bien		Bien		Suficiente		Mal		X	DE
			n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%		
Cuidados del paciente en UCE	Preocupación por el paciente	69	11	15,94%	36	52,17%	13	18,84%	9	13,04%	0	0,00%	2,27	0,90
	Manejo del dolor	69	3	4,35%	34	49,28%	24	34,78%	6	8,70%	2	2,90%	2,54	0,85
	Manejo de la disnea	65	6	9,23%	26	40,00%	25	38,46%	8	12,31%	0	0,00%	2,52	0,85
	Manejo de la agitación	64	7	10,94%	25	39,06%	25	39,06%	6	9,38%	1	1,56%	2,49	0,89
Atención a familiares	Considerac. de sus neces.	69	3	4,35%	30	43,48%	28	40,58%	8	11,59%	0	0,00%	2,57	0,77
	Apoyo emocional	69	2	2,90%	17	24,64%	32	46,38%	15	21,74%	3	4,35%	2,97	0,90
	Coordinación de cuidados	69	3	4,35%	20	28,99%	33	47,83%	11	15,94%	2	2,90%	2,81	0,87
	Preocupación del personal	69	4	5,80%	29	42,03%	33	47,83%	3	4,35%	0	0,00%	2,49	0,70

FUENTE: Elaboración propia.

Tabla 12 B
Apreciaciones de los familiares con los cuidados del paciente

		Total	Excelente		Muy bien		Bien		Suficiente		Mal		X	DE
			n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%		
Cuidado profesional	Habilidades y competencias de enfermería	69	17	24,64%	30	43,48%	20	28,99%	0	0,00%	2	2,90%	2,11	0,89
	Comunicación de enfermería	69	2	2,90%	19	27,54%	30	43,48%	14	20,29%	4	5,80%	2,96	0,94
	Habilidades y competencias del médico	69	19	27,54%	30	43,48%	18	26,09%	2	2,90%	0	0,00%	2,03	0,82
Ambiente de la UCE	Ambiente	69	1	1,45%	8	11,59%	31	44,93%	22	31,88%	7	10,14%	3,34	0,92
	Sala de espera	69	1	1,45%	3	4,35%	19	27,54%	33	47,83%	13	18,84%	3,74	0,91
	Cantidad de cuidados	69	10	14,49%	30	43,48%	23	33,33%	6	8,70%	0	0,00%	2,34	0,85
GLOBAL		957	89	9,30%	337	35,21%	354	36,99%	143	14,94%	34	3,55%	2,68	0,96

FUENTE: Elaboración propia.

Tabla 12 A y B: Se consideran las frecuencias e las respuestas en escala de Likert y el promedio del puntaje (entre 1 y 5). En relación a los cuidados del paciente en la UCE, el 68,12% 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%. 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 UCE, 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%.

4.- SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES CON LA TOMA DE DECISIONES EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE

Tabla 13
Apreciaciones de los familiares en la recepción de información de los pacientes

Apreciaciones	Total	Excelente		Muy bien		Bien		Suficiente		Mal		X	DE
		n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%		
Frecuencia en la comunicación.	69	0	0,00%	12	17,39%	43	62,32%	12	17,39%	2	2,90%	3,03	0,72
Facilidad	69	0	0,00%	10	14,49%	36	52,17%	19	27,54%	4	5,80%	3,21	0,81
Comprensión	69	1	1,45%	17	24,64%	34	49,28%	15	21,74%	2	2,90%	2,97	0,83
Honestidad	69	5	7,25%	24	34,78%	34	49,28%	6	8,70%	0	0,00%	2,57	0,77
Exhaustividad	69	0	0,00%	17	24,64%	39	56,52%	12	17,39%	1	1,45%	2,93	0,73
Consistencia	69	9	13,04%	30	43,48%	23	33,33%	7	10,14%	0	0,00%	2,39	0,86
TOTAL	414	15	3,62%	110	26,57%	209	50,48%	71	17,15%	9	2,17%	2,88	0,81

FUENTE: Elaboración propia.

Tabla 13 presenta la percepción de la necesidad de información; 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%.

Tabla 14
Apreciaciones de los familiares en relación del proceso de toma de decisiones

		n°	%
Inclusión de los familiares en el proceso de la toma de decisiones	Muy excluido	0	0,00%
	Algo excluido	11	15,94%
	Ni excluido ni incluido	38	55,07%
	Algo incluido	20	28,99%
	Muy incluido	0	0,00%
Apoyo en el proceso	Totalmente abrumado	0	0,00%
	Algo abrumado	4	5,80%
	Ni abrumado ni apoyado	37	53,62%
	Apoyado	28	40,58%
	Muy apoyado	0	0,00%
Control sobre los cuidados	Apartado del control	3	4,35%
	Algo apartado	6	8,70%
	Ni apartado ni tuvo control	57	82,61%
	Algo de control	3	4,35%
	Buen control	0	0,00%
Tiempo para plantear preocupaciones y preguntas.	Podría haber dedicado más tiempo.	44	63,77%
	Tiempo adecuado.	25	36,23%

FUENTE: Elaboración propia.

Tabla 14: Muestra que el 55,07% de los familiares no se sienten ni incluidos ni excluidos en el proceso, y 28,99% se sintió algo incluido. En el 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 15
Diferencias en los puntajes de los ítems de satisfacción entre familiares de fallecidos y sobrevivientes

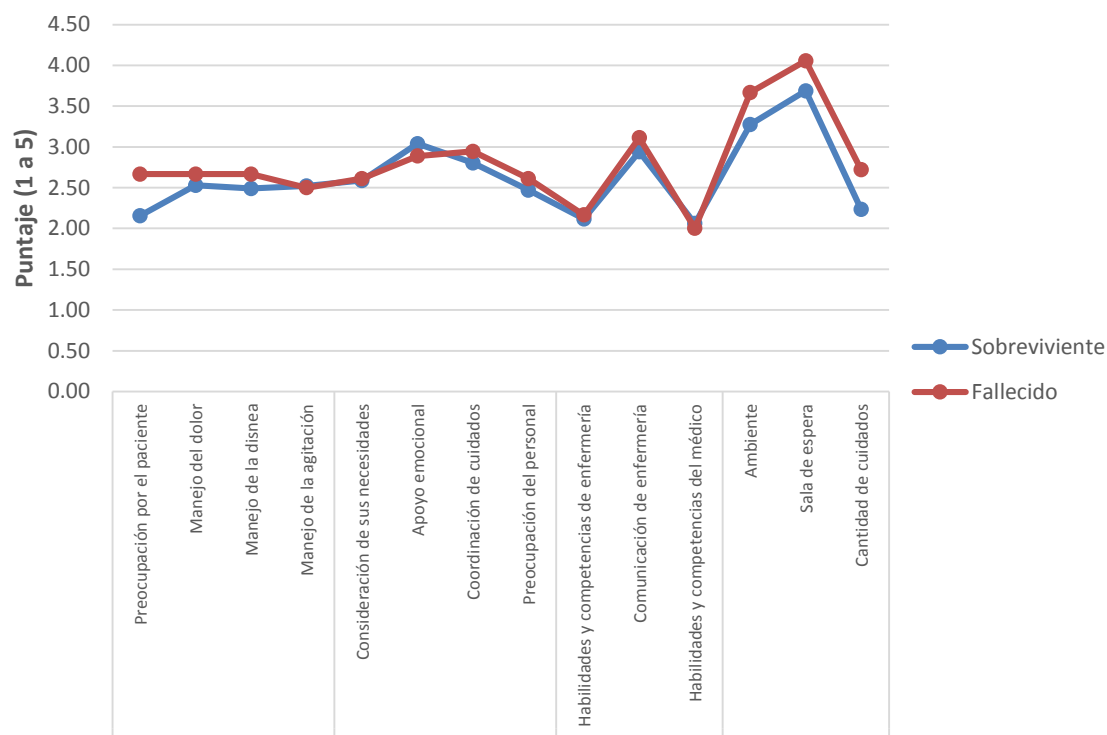
		Sobreviviente			Fallecido			t	p
		n	X	DE	n	X	DE		
Cuidados del paciente en UCE	Preocupación por el paciente	51	2,16	0,83	18	2,67	0,97	1,94	0,06
	Manejo del dolor	51	2,53	0,76	18	2,67	1,03	0,51	0,61
	Manejo de la disnea	47	2,49	0,75	18	2,67	1,03	0,65	0,52
	Manejo de la agitación	46	2,52	0,75	18	2,50	1,15	0,07	0,94
Atención a familiares	Considerac. de sus neces.	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
	Preocupación del personal	51	2,47	0,70	18	2,61	0,61	0,79	0,43
Cuidado profesional	Habilidades y competencias de enfermería	51	2,12	0,91	18	2,17	0,86	0,20	0,84
	Comunicación de enfermería	51	2,94	0,83	18	3,11	1,13	0,57	0,57
	Habilidades y competencias del médico	51	2,06	0,73	18	2,00	1,03	0,22	0,83
UCE	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

FUENTE: Elaboración propia.

Tabla 15: Se aprecia la diferencia en los puntajes promedio (entre 1 y 5) 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), pero sólo fue mayor en la percepción de la cantidad de cuidados en la UCE, que fue mayor en familiares de fallecidos ($p < 0,05$),

Gráfico 10

Diferencias en los puntajes de los ítems de satisfacción entre familiares de fallecidos y sobrevivientes



FUENTE: Elaboración propia.

Tabla 16

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

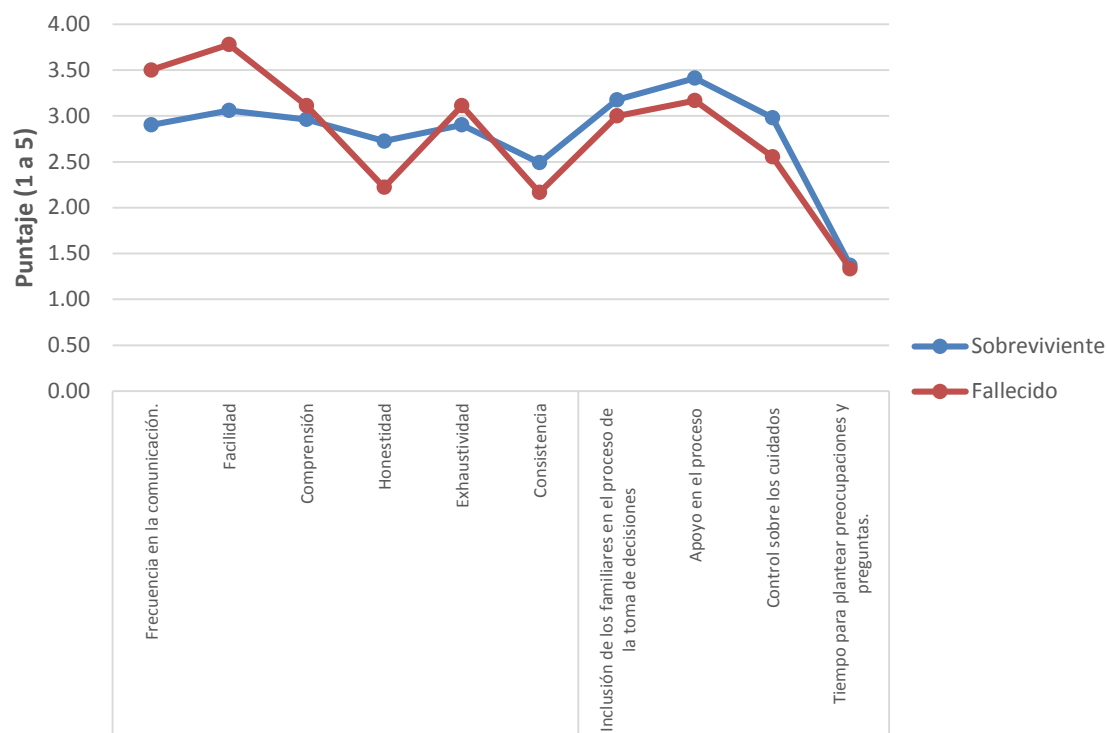
		Sobreviviente			Fallecido			t	p
		n	X	DE	n	X	DE		
Necesidad de información	Frecuencia en la comunicación.	51	2,90	0,54	18	3,50	0,86	2,70	0,01
	Facilidad	51	3,06	0,73	18	3,78	0,65	3,82	0,00
	Comprensión	51	2,96	0,80	18	3,11	0,83	0,65	0,52
	Honestidad	51	2,73	0,63	18	2,22	0,94	2,05	0,04
	Exhaustividad	51	2,90	0,70	18	3,11	0,68	1,09	0,28
	Consistencia	51	2,49	0,76	18	2,17	1,04	1,18	0,24
Proceso de toma de decisiones	Inclusión de familiares en proceso de toma de decisiones	51	3,18	0,65	18	3,00	0,69	0,93	0,36
	Apoyo en el proceso	51	3,41	0,57	18	3,17	0,62	1,44	0,15
	Control sobre los cuidados	51	2,98	0,42	18	2,56	0,70	2,35	0,02
	Tiempo para plantear preocupaciones y preguntas.	51	1,37	0,49	18	1,33	0,49	0,29	0,77

FUENTE: Elaboración propia.

Tabla 16: 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 UCE.

Gráfico 11

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



FUENTE: Elaboración propia.

6.- DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Se realizó el presente estudio con la finalidad de conocer el grado de satisfacción de los familiares por el cuidado recibido del paciente ingresado en UCE así como con la toma de decisiones en el cuidado del paciente. Se realizó esta investigación debido a que la evaluación de la satisfacción es muy compleja cuando se trata de pacientes ingresados en una unidad de cuidados críticos como lo es la UCE. Es de especial importancia las familias de los pacientes ingresados en las UCE 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.

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 Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Algunos ejemplos de estas investigaciones relataremos a continuación: En el 2001 Heyland et al² 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

² Heyland DK, Tranmer JE. Measuring family satisfaction with care in the intensive care unit: The development of a questionnaire and preliminary results. The KGH ICU research Working Group. J Crit Care. 2001; 16:142-9.

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 crítico³. Por otro lado en 2004 Dodek et al., en su estudio publicado en el Critical Care Medicine, 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 críticos⁴.

La satisfacción de los familiares está regida por varios factores, los cuales son: cuidado del paciente, la información brindada acerca del proceso salud enfermedad que presenta el paciente, las habilidades profesionales como el humanismo del equipo que laboran en una unidad crítica, la organización intrínseca de la misma y el apoyo brindado durante el proceso de la toma de decisiones importantes en el curso de la hospitalización.

Una de los múltiples cuestionarios desarrollados para medir la satisfacción de la familia con la atención recibida en la UCI fue el Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit: (FS-ICU). La versión original del FS-ICU consta de 34 ítems generados a partir de los marcos conceptuales de la satisfacción del paciente, la atención de calidad al final de su vida, la investigación sobre las necesidades de las familias en estado crítico, la literatura sobre la satisfacción de la familia con la toma de decisiones médicas, las encuestas de satisfacción

³ Heyland DK, Tranmer JE. Measuring family satisfaction with care in the intensive care unit: The development of a questionnaire and preliminary results. The KGH ICU research Working Group. J Crit Care. 2001; 16:142-9.

⁴ Dodek,D.K. Heyland,G.M. Rocker,D.J. Cook. Translating family satisfaction data into quality improvement. Crit Care Med, 32 (2004), pp. 1922-1927

validados existentes, y un estudio piloto. El cuestionario fue diseñado con dos secciones-conceptuales de la primera parte se centra en la satisfacción con la atención general y la segunda parte evalúa la satisfacción con la toma de decisiones (16 ítems). Durante el desarrollo, los artículos fueron probados previamente para mayor claridad, legibilidad y la validez de contenido con los clínicos y los miembros de la familia pacientes en estado crítico en un hospital académico canadiense.

Para realizar el estudio se encuestó una muestra de 69 familiares de pacientes ingresados en la UCI entre abril y julio del 2016, aplicando el cuestionario Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit: FS-ICU(24)⁵, versión de 24 ítems. Estos ítems se dividen en puntuaciones de la sub-escala de satisfacción con la atención (14 ítems) y la satisfacción con la toma de decisiones (10 ítems). Cada elemento pregunta miembros de la familia que calificaran su satisfacción con un aspecto específico de la atención (por ejemplo, "¿Qué tan bien el personal de la UCI evaluar y tratar el dolor de su ser querido?"). Todos los artículos utilizan una escala de Likert de 5 puntos (por ejemplo, excelente, muy buena, buena, regular y mala), excepto que un elemento utiliza una escala dicotómica. Todos los artículos dan la opción de respuesta "no aplicable"⁶. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva y se comparan variables categóricas con prueba chi cuadrado, y variables numéricas con prueba t de Student.

⁵ Wall, RJ, Engelberg, RA, Downey, L, et al Refinement, scoring, and validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) survey. *Crit Care Med* 2007;35:271-279

En relación a las características de los pacientes ingresados en la UCE, en la **tabla 1** se muestra a los pacientes según edad y sexo; el 60,87% de casos fueron varones y 39,13% mujeres, dichos valores nos dan a conocer una superioridad de la población masculina, estos hallazgos son similares a los encontrados en España por Holanda Pena et al⁷., por otro lado, en un estudio realizado en Lima en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en el 2012, Poma et al.⁸, 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 Perú⁹, muestra un predominio de la población entre 21 – 30 años. Estos datos nos brindan información que nuestra unidad el género y la edad son similares a la mayoría de estudios realizados en las diferentes unidades de terapia intensiva nacionales e internacionales.

En la **Tabla 2** se muestra los motivos de ingreso a la UCE en los pacientes; en 78,26% de casos se trató de indicaciones médicas, 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), seguido de la hemorragia

⁷ Holanda Peña, Ots Ruiza E. Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares. Med Intensiva. 2015;39(1).

⁸ 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.

⁹ 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. [Tesis Médico Cirujano]. Loreto: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Facultad de Medicina Humana; 2015.

digestiva alta (13,04%) y la sepsis (11,59%), y la pancreatitis (10,14%), la insuficiencia respiratoria así como los cuadros respiratorios fueron la principal causa de ingreso en nuestra unidad, resultados similares fueron descritos por Holanda et al. en España descrito anteriormente, Poma et al., 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, por otro lado, en el servicio de UCI del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, en 2014¹⁰, la patología respiratoria alcanza un 28,9%. Llama la atención que en nuestra unidad la patología de hemorragia digestiva este en un segundo lugar. De los cuadros quirúrgicos, los más frecuentes fueron la ECV hemorrágica (5,680%) y el abdomen agudo (4,35%),

Las comorbilidades de los pacientes se muestran en la **Tabla 3**; el 72,4% presentaron alguna patología, sobre todo la hipertensión (31,88%), la diabetes mellitus (24,64%), y en menor proporción cirrosis hepática fibrilación auricular (11,59% cada una), entre otras, similares hallazgos fueron encontrados en los anteriores estudios mencionados.

La **Tabla 4** muestra los valores de algunos parámetros de gravedad en los pacientes hospitalizados en la UCE; el score APACHE 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. La permanencia en ventilación mecánica fue de 4,65 días, y la estancia hospitalaria fue de 7,16 días (rango entre 2 a 20 días). Estos

¹⁰ EsSalud. Perfil Epidemiológico de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, en 2014.

resultados reflejan el grado de complejidad de patologías así como de la gravedad de nuestros pacientes admitidos, en el estudio realizado por Wall R. et al.¹¹, nos muestra un promedio de APACHE II similar de 22.9 con una media de días en UCI de 8.3 días, los cuales son similares a los encontrados por nosotros, Holanda Peña, nos muestra un promedio de APACHE II de 15,98, un SOFA promedio de 2,2, versus un 9.71 hallado por nosotros; el promedio de días en UCI fue de 7.12 y los días de ventilación mecánica fue de 6.8 días frente a un 4.65 encontrado en nuestro estudio.

La mortalidad de los pacientes hospitalizados en la UCE se muestra en la **Tabla 5**; de los 69 ingresos, 18 fallecieron, haciendo una mortalidad de 26,09%, teniendo en cuenta nuestro APACHE II de ingreso que nos muestra una predicción de mortalidad de 42%, vemos que tenemos un valor por debajo, sin embargo, nos encontramos por encima del promedio internacional de 20% (variando según el país entre 18.5% y 38%), Poma et al. En Lima encuentran una tasa de mortalidad de general de 25,7%, Cordero I et al¹², encuentran en 2010 una mortalidad bruta de 30.34%. **Tabla 6.** 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 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

¹¹ Wall, RJ, Engelberg, RA, Downey, L, et al Refinement, scoring, and validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) survey. Crit Care Med 2007;35:271-279

¹² Cordero I. Morbilidad y mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos No. 3 del Hospital General Docente «Abel Santamaría», 2010. Rev Ciencias Médicas vol.15 no.4 Pinar del Río oct.-dic. 2011

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.

En relación a las características de los familiares de los pacientes, la **Tabla 7** muestra la edad y el género de los familiares; el 68,12% de familiares fueron mujeres y 31,88% varones, con edades que en promedio fueron de $46,82 \pm 14,08$ años para los varones y de $46,36 \pm 13,06$ 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 (**Tabla 8**). El 21,74% de familiares ya tuvieron una experiencia previa de un familiar hospitalizado en la UCE o la UCI (**Tabla 9 y Gráfico 7**). De lo mostrado anteriormente, vemos que el promedio de edad, el predominio de las mujeres, el parentesco y la experiencia en UCI de los familiares es similar a los encontrado por Holanda Peña et al, puede que esto responda a la idiosincrasia de nuestras culturas, mostrando a las mujeres en el papel de cuidadora del núcleo familiar; resultados similares fueron encontrados por Lopez MA et al en España¹³, la edad de los familiares fue de 46 años en promedio para ambos géneros, estos resultados son similares a los encontrados por Holanda Peña en España, con una media de 47,52 y 51.81 años para los familiares de pacientes sobrevivientes y fallecidos respectivamente.

¹³ López MA; Pérez-Rejón MP. Efecto de un protocolo de acogida sobre la encuesta de satisfacción familiar en una unidad de cuidados intensivos. España. Nursing. 2011, volumen 29, numero 8

En la **Tabla 10 y Gráfico 8** se muestra la frecuencia de contacto de los familiares con los pacientes hospitalizados; el 65.22% vive con el paciente en 5.80% tiene contacto con el paciente más de una vez por semana y 27,54% lo ve una vez a la semana, y en un caso el contacto es una vez al mes, López MA¹⁴, encuentra una convivencia con el paciente de 63% el cual es similar al nuestro, este hallazgo es importante puesto que al tener la mayoría de familiares contacto diario con los pacientes, es de vital importancia su apoyo en la recuperación de ciertas patologías derivadas del delirium presentada por los pacientes ante un ambiente y personal desconocido en una UCI. En las últimas décadas, y dentro de la tendencia de la Medicina centrada en el paciente y sus familiares, se ha visto una cierta preocupación hacia el estrés que el ingreso de un paciente en UCI puede generar en el entorno familiar. Incluso se han desarrollado herramientas validadas que intentan medir esa “carga” generada en los familiares para prevenir síntomas de estrés, ansiedad o depresión. Pochard y cols¹⁵., en un estudio prospectivo y multicéntrico con 357 pacientes y 544 familiares, concluyeron que la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad es elevada al alta de la UCI, tanto en los casos en los que el paciente sobrevive como en los que no. **Tabla 11 y Gráfico 9**. Nos muestra el lugar de residencia de los familiares, viendo que la mayoría vive en la ciudad con un 75.36%, indicándonos el centralismo de nuestro grupo poblacional, igual tendencia fue descrita por López MA citado anteriormente.

¹⁴ idem

¹⁵ Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert PE, Cheval C, Coloigner M, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit Evaluación de la satisfacción de los pacientes ingresados en UCI y sus familiares 7 - 8 patients before discharge or death. A prospective multicenter study. J Crit Care 2005 Mar;20(1):90-96.

En la **Tabla 12 A y B** se muestra los resultados de la evaluación de la satisfacción de los familiares con la atención de los pacientes en la UCE. Se consideran las frecuencias e las respuestas en escala de Likert y el promedio del puntaje (entre 1 y 5). En relación a los cuidados del paciente en la UCE, el 68,12% 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%, y un buen o muy buen manejo de la agitación en 78,13% de casos. Sobre la atención a los familiares, el 43,48% la consideró muy buena, con buen apoyo emocional en 46,38% y suficiente en 21,74%. El 47,83% consideró la coordinación de los cuidados como buena, al igual que la preocupación del personal, que además fue muy buena en 42,03%. 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 UCE, 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%. Estos resultados son similares a los encontrados por Lopez et al. y Holanda Peña et al., 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 UCE 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, la **Tabla 13** presenta la percepción de la necesidad de información; 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%. Finalmente, en el proceso de toma de decisiones acerca del paciente, la **Tabla 14** muestra que el 55,07% de los familiares no se sienten ni incluidos ni excluidos en el proceso, y 28,99% se sintió algo incluido. En el 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.

Para conocer si la condición de alta de los pacientes como fallecido o sobreviviente, en las **Tablas 15 y 16** se aprecia la diferencia en los puntajes promedio (entre 1 y 5) 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), pero sólo fue mayor en la percepción de la cantidad de cuidados en la UCE, que fue mayor en familiares de fallecidos ($p < 0,05$), este hallazgo fue similar al encontrado por Holanda et al.¹⁶ En cuanto a la satisfacción con la comunicación, se vio una tendencia similar, aunque la frecuencia de

¹⁶ Holanda Peña, Ots Ruiza E. Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares. Med Intensiva. 2015;39(1).

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 UCE, resultados similares fueron encontrados por Holanda¹⁷ y López¹⁸ mencionados líneas antes.

En el rubro de las preguntas abiertas a los familiares, se obtuvieron respuestas similares tales como mejorar el ambiente de la UCE como de la sala de espera, ampliar el horario de visitas a los pacientes, mejorar la comunicación entre el personal y el personal asistencial, fueron las principales acotaciones dadas por los familiares de los pacientes.

El presente trabajo de investigación, se utilizó un instrumento validado a nivel internacional, sin embargo, los resultados de esta investigación podrían haber sido limitados por variables externas, tales como, la idiosincrasia del personal asistencial de la UCE, el nivel socioeconómico y cultural de los familiares, la falta de recursos humanos y tecnológicos que sufre actualmente nuestra Seguridad Social. Por otro lado, la tasa de respuesta al cuestionario fue del 69%, superior al encontrado por Wall R. et al¹⁹ que fue de un 58%, pero inferior a Holanda²⁰, este problema es de gran importancia, ya que la calidad de

¹⁸ López MA; Pérez-Rejón MP. Efecto de un protocolo de acogida sobre la encuesta de satisfacción familiar en una unidad de cuidados intensivos. España. Nursing. 2011, volumen 29, numero 8

¹⁹ Wall, RJ, Engelberg, RA, Downey, L, et al Refinement, scoring, and validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) survey. Crit Care Med 2007;35,271-279

²⁰ Holanda Peña, Ots Ruiza E. Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares. Med Intensiva. 2015;39(1).

la investigación se verá afectada por la representatividad de la muestra que finalmente responde, pues el error previsto por nosotros, al reducirse la muestra final, se incrementa cuantiosamente. Además, el conjunto de personas que devuelve el cuestionario puede diferir de los que no lo hacen y la forma de llenado de los cuestionarios pueden dar así sesgos importantes. Es pertinente hacer hincapié en estos aspectos para ser tomados y evaluados en posteriores investigaciones acerca del tema.



CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

CONCLUSIONES

PRIMERA. El grado de satisfacción de los familiares por el cuidado recibido del paciente ingresado en UCE fue bueno en 36,99% y muy bueno en 35,21%, no obstante, la calificación suficiente y mal alcanzan un porcentaje de 18.49%.

SEGUNDA. El grado de satisfacción con la toma de decisiones en el cuidado del paciente en UCE fue bueno en 50,48% y muy bueno en 26,57%, obteniéndose asimismo un 19.32% en los rubros de calificación suficiente y mal.

SUGERENCIAS

- **A nivel del Personal Asistencial:** Se debe continuar con las prácticas de Humanización del Seguro Social a fin de mantener y mejorar la satisfacción generada en sus usuarios, persuadiendo constantemente al personal sobre la importancia del tema.
- **A nivel de Jefatura de Emergencia:** Realización de cursos talleres acerca de Humanización en la atención de los enfermos así como gestionar presupuesto para mejorar el ambiente de UCE tanto en las camas como acondicionar una sala de espera y de informe a familiares.
- **A nivel de futuras investigaciones:** Este trabajo se realizó para saber la satisfacción de los familiares, se podría complementar y realizar seguimiento de pacientes al alta e ir un paso más y recoger información acerca de la satisfacción de los pacientes sobrevivientes de la UCE.
- **A nivel del Seguro Social de Salud:** Continuar y reforzar la política de Humanización de los servicios de salud, dando énfasis en las unidades de cuidados críticos, puesto que la tecnología muchas veces puede ser un factor deshumanizante.

PROPUESTA

HUMANIZANDO LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE) DE EMERGENCIA

1. FUNDAMENTO:

El internamiento de un ser querido en una Unidad de Terapia Intensiva, trae consigo una serie de cambios en la dinámica social, familiar y personal, ya que el paciente se encuentra en un estado estático recibiendo o a la espera de un tratamiento efectivo para su enfermedad, llevando a un periodo de estrés por consiguiente al desgaste emocional, físico y económico. La política de las UTIs a puertas cerradas ha causado grandes controversias y debates, el carácter cerrado de estas unidades tiene su origen en las primeras Unidades en 1960 donde no se permitían visitas y no se tenía en cuenta el impacto negativo para el paciente y su familia. En 1979 Molter desarrolla un estudio sobre las necesidades de los familiares de los pacientes en la Unidad entre las cuales identificó que el mantenerse cerca de su paciente, estar constantemente informados, tener una sala de espera equipada y cerca a la Unidad y hablar con el mismo profesional de la salud todos los días es necesario. El avance tecnológico ha llevado que los paciente ingresados en las UCIs a lo largos de los años aumenten la tasa de sobrevida, poco a poco se debe desterrar el pensamiento de UCI igual a muerte, sino UCI es vida. Los mejores centros de atención poseen sobrevivencias del 90%, nuestra UCE como hemos podido observar posee una sobrevivencia del 73.91%, esto nos lleva a pensar la enorme cantidad de pacientes beneficiados por las atenciones en nuestra unidad, aunado a la calidad de personal asistencial capacitados en múltiples disciplinas y especialidades destinadas al tratamiento del paciente críticamente enfermo.

Es por todo ello que merece dar un paso más, a nivel del trato de pacientes, familiares, personal asistencial e infraestructura, con pequeñas acciones mejorar este en bien de los usuarios de esta unidad.

2. OBJETIVO GENERAL:

- Brindar atención de excelencia, humanizada basada en el paciente críticamente enfermo y generando lugares humanizados para los pacientes, sus familiares y el personal asistencial.

3. ESTRATEGIAS:

- Talleres información sobre el plan de humanización del Seguro Social y la aplicación de un nuevo plan para el Servicio de Emergencia.
- Apoyo de expertos en humanización de la salud para orientación y consejos en la realización del plan.
- Concientizar al personal asistencial sobre la importancia del tema y sobre los procesos de humanización de la atención en salud.
- Implementar líneas estratégicas de acción:
 - UCE de puertas abiertas.
 - Comunicación asertiva y efectiva con el paciente y familiar.
 - Bienestar del enfermo crítico y su familia en todas las esferas.
 - Participación activa de los familiares en los cuidados del paciente
 - Cuidados al profesional asistencial.
 - Prevenir, manejar y realizar seguimiento al síndrome post cuidados intensivos.
 - Infraestructura con tendencia a la humanización.
 - Cuidados y atenciones al final de la vida.

4. RESPONSABLES DE LA EJECUCION:

Jefe de Servicio de Emergencia, jefa de enfermeras.

5. ACTIVIDADES:

- Reunión general del personal asistencial para brindar la información del plan, sus objetivos, sus alcances y su forma de organización.
- Formar y designar un grupo de trabajo multidisciplinario para la ejecución de líneas de trabajo.
- Invitar a expertos en calidad en salud para brindar orientaciones en el plan de humanización a realizar.
- Poner en marcha el Plan de Humanización.
- Evaluar los objetivos planteados semestralmente.

6. FINANCIAMIENTO Y RECURSOS

Recursos propios del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo – EsSalud – Arequipa.

7. META

Brindar para el año 2020 una atención humanizada con altos estándares de calidad en la Unidad de Cuidados Especiales del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo – EsSalud.

8. EVALUACIÓN

La evaluación estará a cargo del grupo de trabajo en humanización, esta se llevará a cabo cada 6 meses haciendo retroalimentación posterior a ello de los ítems o competencias no logradas.

9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tiempo Actividades	Agosto 2017	Setiembre 2017	Octubre 2017 A Febrero 2018	Marzo 2018
Reunión general del personal asistencial.	X			
Formar y designar un grupo de trabajo.	X			
Capacitación por expetos.		X		
Plan de Humanización.			X	
Evaluación.				X

BIBLIOGRAFÍA

1. Azoulay, E, Chevret, S, Leleu, G, et al Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. Crit Care Med 2000;28,3044-3049.
2. Blas FJ. Nivel de satisfacción de los familiares de pacientes críticos acerca de la comunicación brindada por la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital San Juan de Lurigancho 2010. [Tesis Especialista en Enfermería Intensivista]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2010.
3. Cook, D, Rocker, G, Heyland, D Dying in the ICU: strategies that may improve end-of-life care. Can J Anaesth 2004;51,266-272.
4. Cordero I. Morbilidad y mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos No. 3 del Hospital General Docente «Abel Santamaría», 2010. Rev Ciencias Médicas vol.15 no.4 Pinar del Río oct.-dic. 2011.
5. Danis, M, Patrick, DL, Southerland, LI, et al Patients' and families' preferences for medical intensive care. JAMA 1988;260,797-802.
6. Davidson, JE, Powers, K, Hedayat, KM, et al Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005. Crit Care Med 2007;35,605-622.

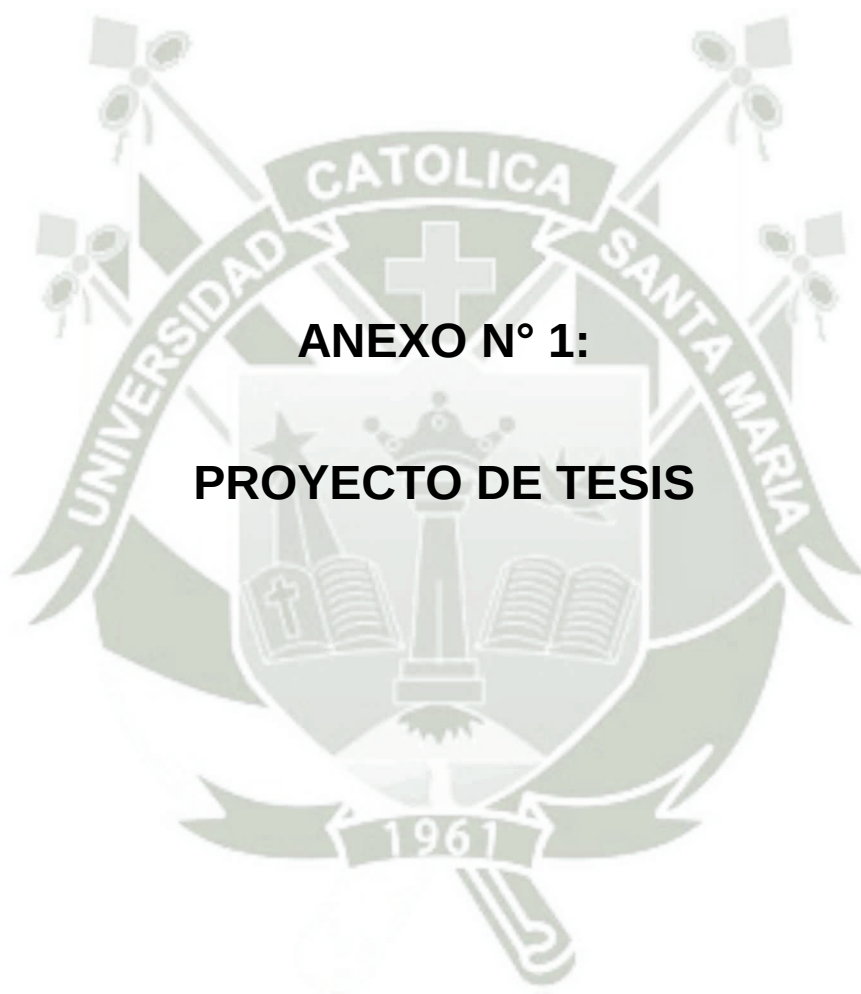
7. Dodek,D.K. Heyland,G.M. Rocker,D.J. Cook. Translating family satisfaction data into quality improvement. Crit Care Med, 32 (2004), pp. 1922-1927.
8. EsSalud. Perfil Epidemiológico de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, en 2014.
9. Gauntlett P. Tratado de Enfermería. Mosby, España, Editorial Madrid.1995.
10. Gea MT, García M. Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. Rev Calidad Asistencial [en línea]. 2001. [accesado 30 agosto 2015]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13028269&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=256&ty=121&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=256v16n01a13028269pdf001.pdf
11. Heyland DK, Tranmer JE. Measuring family satisfaction with care in the intensive care unit: The development of a questionnaire and preliminary results. The KGH ICU research Working Group. J Crit Care. 2001; 16:142-9.
12. Holanda Peña, Ots Ruiza E. Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares. Med Intensiva. 2015;39(1).

13. Institute of Medicine. 2001. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: The National Academies.
14. Johnson, D, Wilson, M, Cavanaugh, B, et al Measuring the ability to meet family needs in an intensive care unit. Crit Care Med 1998;26,266-271.
15. López MA; Pérez-Rejón MP. Efecto de un protocolo de acogida sobre la encuesta de satisfacción familiar en una unidad de cuidados intensivos. España. Nursing. 2011, volumen 29, numero 8.
16. Membrillo A. Situación actual de la salud familiar en México. Salud Familiar en las Américas [en línea]. 2013. [accesado 30 agosto 2015]. Disponible en: <http://www.medwave.cl/medios/medwave/Enero-febrero2013/PDF/2/medwave.2013.01.5616.pdf>
17. Ministerio de Sanidad y Política. Unidad de Cuidados Intensivos: Estándares y recomendaciones. Madrid; 2010.
18. 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. [Tesis Médico Cirujano]. Loreto: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Facultad de Medicina Humana; 2015.
19. Paredes J. Manual para la Formulación del Proyecto de Tesis. 4ta Ed. UCSM-EPG. Arequipa. Perú. 2011.
20. Paredes J. Manual para la Investigación Científica. 4ta Ed. UCSM-EPG. Arequipa. Perú. 2011.

21. Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert PE, Cheval C, Coloigner M, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit. Evaluación de la satisfacción de los pacientes ingresados en UCI y sus familiares 7 – 8 patients before discharge or death. A prospective multicenter study. J Crit Care 2005 Mar;20(1):90-96.
22. 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.
23. Romeo M. La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. Unidad de Cuidados Intensivos Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona [en línea]. 2007. [accesado 30 agosto 2015]. Disponible en: <http://core.ac.uk/download/pdf/16213310.pdf> Tamayo DC. Validación de la escala de satisfacción familiar CCFSS en unidades de cuidado crítico en hospitales universitarios de Bogotá. [Tesis Grado de Maestría en Epidemiología Clínica]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Medicina; 2013.
24. Wall, RJ, Engelberg, RA, Downey, L, et al Refinement, scoring, and validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) survey. Crit Care Med 2007;35,271-279
25. Wall, RJ, Engelberg, RA, Gries, CJ, et al Spiritual care of families in the intensive care unit. Crit Care Med 2007;35,1084-1090.



ANEXOS



ANEXO N° 1:
PROYECTO DE TESIS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ESCUELA DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD



***SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES
ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES DE
EMERGENCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL CARLOS
ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO – ESSALUD -AREQUIPA 2016***

Proyecto de Tesis presentado por el Bachiller:

ANGEL SIXTO MAMANI RUELAS

Para optar el Grado Académico de:

MAESTRO EN GERENCIA EN SALUD

Asesor:

DR. HUGO TEJADA PRADELL

AREQUIPA - PERÚ

2016

I. PREÁMBULO

Con el desarrollo de la medicina y de la tecnología, la medicina de cuidados críticos es un tema en boga, las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se han convertido en ambientes cada vez más complejos y multidisciplinarios.

El interés de realizar una investigación para analizar más allá del aspecto tecnológico en estas unidades fue un reto, más aun en el marco de la política de Humanización del Seguro Social de Salud – EsSalud, analizar 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.

Actualmente la medicina centrada en el paciente es un tema que en los últimos años ha tomado importancia, el término satisfacción (percepción del usuario) y calidad de atención recibida son conceptos que han evolucionado de forma paralela.

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. Es 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.

Este trabajo fue realizado en la Unidad de Cuidados Especiales (UCE) del Servicio de Emergencia de Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo lugar donde laboro, esta unidad funciona como una UCI de Emergencia con bastante casuística, es donde nace la idea de realizar este trabajo, pretendiendo conocer el grado de satisfacción por la atención recibida de los pacientes ingresados en la UCE.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Satisfacción de los Familiares de los Pacientes Atendidos en la Unidad de Cuidados Especiales de Emergencia en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo – Essalud -Arequipa 2016

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA :

1.2.1 Campo, Área y Línea de Investigación:

- a. Campo : Ciencias de la Salud
- b. Área : Gerencia en Salud
- c. Línea : Calidad en Salud
- d. Tópico : Satisfacción Familiar

1.2.2. Análisis u Operacionalización de variables e indicadores:

Variable	Indicadores	Sub-indicadores
Satisfacción de la atención recibida (Grado de conformidad de los familiares de pacientes sobrevivientes y fallecidos ingresados a la UCE emergencia.)	Satisfacción del familiar con el cuidado del paciente en UCE	Cuidados del paciente en UCE - Preocupación por el paciente - Manejo de los síntomas
		Atención a familiares de pacientes de UCE
		Cuidado del paciente por el profesional de la salud. Enfermería - Habilidades y competencias de enfermería - Comunicación con enfermería Personal médico - Habilidades y competencias de médicos Auxiliares de enfermería - Profesionalidad y trato Vigilancia - Profesionalidad y trato
		Ambiente de la UCE y de la sala de espera
	Satisfacción de los familiares con la toma de decisiones en el cuidado del paciente en UCE	Necesidad de información de los familiares por parte de los profesionales de la salud. - Frecuencia en la comunicación. - Facilidad para obtener la información - Comprensión de la información - Honestidad de la información - Exhaustividad de la información - Coherencia de la información
		Proceso de toma de decisiones en UCE. - Inclusión de los familiares en el proceso de la toma de decisiones - Apoyo en el proceso - Control sobre los cuidados - Tiempo para plantear preocupaciones y preguntas.

1.2.3. Interrogantes básicas:

- a. ¿Cuál es el grado de satisfacción de los familiares por el cuidado recibido del paciente ingresado en UCE?
- b. ¿Cuál es el grado de satisfacción de los familiares con la toma de decisiones en el cuidado del paciente en UCE?

1.2.4. Tipo y nivel de investigación:

El tipo de problema a investigar es de campo.

El nivel es descriptivo, exploratorio de corte transversal.

1.3. JUSTIFICACION DEL PROBLEMA :

El presente trabajo presenta **relevancia contemporánea**, puesto que actualmente los estudios científicos enfocados al análisis de la satisfacción y a la calidad en salud son temas que en los últimos años han tomado gran importancia. Asimismo se analizará desde un punto de vista integro al paciente no solo desde el punto de vista tecnológico y medico sino desde el ámbito social y psicológico así como el impacto en el núcleo familiar lo que llevara a una seria de adaptaciones y cambios significativos en los roles de los miembros de la familia es por lo que este estudio tiene **relevancia humana**. Al concluir el presente trabajo brindara aportes de **relevancia científica**, tanto a los familiares como al personal que labora en áreas críticas contribuyendo a la literatura científica que se ocupa del entorno del paciente crítico, que en nuestro medio es escasa por lo que permitirá tener datos de nuestra realidad y ser piedra angular en la formulación de estrategias en calidad en salud en el área de la medicina crítica.

2. MARCO CONCEPTUAL:

2.1. Unidad de Cuidados intensivos (UCI)

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico.¹

La hospitalización en una UCI es frecuentemente vista por el paciente y su familia como una situación de crisis. La rápida y abrupta instauración de una enfermedad crítica y su subsiguiente ingreso en la UCI inhibe la preparación psicológica de la familia y requiere adaptarse a una situación que conlleva cambios significativos en sus roles. En este período inicial, en el cual son especialmente vulnerables, es esencial que tanto el paciente como la familia reciban ayuda efectiva. Desde el punto de vista de los familiares, éstos perciben que el rol del personal sanitario se centra exclusivamente en el paciente, y parece que no siempre reciben la atención que necesitan.²

¹ Ministerio de Sanidad y Política. Unidad de Cuidados Intensivos: Estándares y recomendaciones. Madrid; 2010, pág. 6.

² Lopez MA; Pérez-Rejón MP. Efecto de un protocolo de acogida sobre la encuesta de satisfacción familiar en una unidad de cuidados intensivos. España. Nursing. 2011, volumen 29, numero 8. Pág.52

2.2. Derechos del paciente en Unidades Críticas

Todo hospital que dentro de su estructura orgánica disponga de una UCI debe respetar los derechos del paciente, así como de los familiares según legislación sanitaria vigente a la fecha.

2.2.1. Información al paciente: La participación del paciente en los procesos de cuidado y atención de su propia salud es fundamental en las estrategias de atención. Por ello, como principio base, la información brindada debe ser: clara, precisa y suficiente. Esta debe entregarse al paciente y/o familiares atendidos en una unidad de terapia intensiva, atendiendo a los siguientes ítems: ³

- Características generales de la unidad.
- Información detallada del proceso de cuidados en UCI.
- Consentimiento informado de los procedimientos.
- Instrucciones y recomendaciones en la unidad.

2.2.1.1. Información sobre las características generales de la unidad de terapia intensiva.

Facilitar información en forma ordenada sobre las condiciones actuales que rodean la estadía del paciente en los diferentes ambientes de la UCI. A los familiares, esta información se les debe brindar en forma oral y por escrito. Debe incluir la política de visitas, el horario de información médica, modos de comunicarse con la enfermera que atiende al paciente, el teléfono de contacto, otros servicios del hospital, etc. Del mismo

³ Ministerio de Sanidad y Política. Unidad de Cuidados Intensivos: Estándares y recomendaciones. Madrid; 2010,

modo al paciente, siempre que su estado lo permita, se le explicará el entorno, la política de visitas, etc. con el fin de minimizar la ansiedad producida por la gravedad de su situación y el entorno de la UCI.

2.2.1.2. Información detallada sobre los procesos de cuidados en la UCI.

Se recomienda que la información aportada al paciente, familia o acompañante o representante, conste de los siguientes apartados:

- Explicación comprensible, sin tecnicismos ni lenguaje especializado, sobre los problemas que tiene el paciente y que motivan su ingreso en la unidad.
- Detallar los procedimientos de tratamiento y de cuidados que se han de relizar en la UCI.

2.2.2. Consentimiento informado^{4 5}

Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como la administración de medicamentos y/o tratamientos que puedan traer riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, requerirá su consentimiento por escrito, según lo previsto en la legislación aplicable. La realización de cualquier procedimiento que implique un cierto nivel de riesgo debe disponer de un entorno de información necesario para que el paciente y, en su caso, familia

⁴ Ministerio de Sanidad y Política. op.cit., pág. 24.

⁵ Ministerio de Sanidad y Política. <http://www.dis.xlibx.info/dd-medicine/305769-4-edita-distribuye-ministerio-sanidad-pol-tica-social-paseo-del-p.php>

/cuidadores puedan conocer estos riesgos y las consecuencias de no asumirlos El consentimiento informado abordará de forma específica los aspectos relativos al procedimiento a realizar, incluyendo unos apartados mínimos de información:^{6 7}

- Identificación del enfermo, del médico que indica y pide el consentimiento, y de los servicios médicos que lo llevarán a cabo.
- Nombre, descripción y objetivos del procedimiento diagnóstico o terapéutico.
- Riesgos generales y específicos personalizados.
- Beneficios esperados y alternativas diagnósticas/terapéuticas.
- Información del derecho a aceptar o a rehusar lo que se le propone y a retractarse del consentimiento ya decidido, e información del derecho a explicitar los límites que crea convenientes.
- Confidencialidad y uso de datos.
- Fecha del consentimiento.
- Apartado diferenciado para el consentimiento del representante legal.
- Declaraciones y firmas (paciente y médico). El documento será emitido por duplicado (una copia para el paciente/tutor legal y otra para la historia clínica) y el paciente podrá disponer de un

⁶ Ministerio de Sanidad y Política. Unidad de Cuidados Intensivos: Estándares y recomendaciones. Madrid; 2010.

⁷ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. <http://www.msc.es/>

facultativo para aclarar dudas o ampliar la información.⁸

2.3. Familiar del paciente crítico

El concepto de familia incluye una compleja organización biopsicosocial con diversas dimensiones de funciones. No es simplemente un conjunto de individuos relacionados entre sí. Es la matriz de un grupo muy peculiar, con lazos especiales para vivir juntos y que tiene un potencial para crecer, desarrollarse y comprometerse. Los lazos principales son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre.⁹

La familia influye en la salud y la enfermedad de cada uno de sus integrantes, esto significa que la familia desempeña un papel fundamental en la salud o en la enfermedad de los individuos. Por lo general, la familia comparte el proceso de la enfermedad. Gauntlett manifiesta que: “El ingreso en una unidad de asistencia crítica puede ser muy duro, tanto para el paciente como para su familia. Debido a las ideas preconcebidas y a anteriores experiencias de amigos o familiares en la UCI, la ansiedad del paciente y de la familia puede sobrepasar los niveles funcionales. Tanto el ambiente de la UCI como el propio proceso patológico influyen en numerosos aspectos psicosociales.... El paciente en estado crítico se caracteriza por la existencia de problemas clínicos

⁸ Ministerio de Sanidad y Política. op.cit., pág. 24.

⁹ Blas FJ. Nivel de satisfacción de los familiares de pacientes críticos acerca de la comunicación brindada por la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital San Juan de Lurigancho 2010. [Tesis Especialista en Enfermería Intensivista]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2010.

reales y potenciales de extrema gravedad y por la necesidad de un control y una actuación para prevenir complicaciones y restablecer su salud”¹⁰

2.4. Medición de la satisfacción en los servicios de salud.

Se reconoce que la satisfacción es un concepto relativo, con una base cognitiva y afectado por la emoción y que, puede ser medido como un continuo. La satisfacción por la atención recibida en salud es un concepto multidimensional que desde la perspectiva individual involucra: acceso, infraestructura, organización de los servicios, interacción usuario - profesional y resultados en salud. Calidad del servicio y satisfacción del usuario han tenido una evolución conjunta; dentro de la concepción contemporánea no se hace referencia a un constructo desligado del otro y desde hace tres décadas se viene incorporando la satisfacción como indicador de calidad; incluso algunos autores, en principio, los consideraron como sinónimos. Uno de los objetivos de los sistemas de salud prioritarios trazados por la Organización Mundial de la Salud es dar respuesta a las expectativas de los individuos, además de, por supuesto, mejorar su salud y garantizar su protección financiera. Siguiendo esta directriz, al definir los atributos de calidad de la atención en salud se ha manifestado preocupación por incluir las preferencias y las necesidades de los usuarios. Tal interés se ratificó en la declaración de la Organización Panamericana de la Salud sobre las Funciones Esenciales de la Salud Pública donde se da relevancia a la implementación de sistemas de evaluación de la satisfacción

¹⁰ Gauntlett P. Tratado de Enfermería. Mosby, España, Editorial Madrid.1995.

de los usuarios y su uso para mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud.¹¹

La satisfacción del usuario en relación a la atención sanitaria recibida ha sido conceptualizada de diferentes maneras que han ido evolucionando a lo largo del tiempo. En la década de los años 70 y 80, el concepto de satisfacción del usuario se concebía desde el punto de vista de los profesionales sanitarios decidiendo, ellos mismos, sobre los elementos que satisfacían en mayor medida a los usuarios. En este sentido, algunos autores afirman que tradicionalmente los profesionales sanitarios han asumido que sabían que satisfacía a sus clientes en base a los estándares y valoraciones profesionales, pudiendo o no coincidir con las prioridades de los pacientes. De esta manera, la opinión del paciente sobre lo que realmente le satisfacía se desconocía. Sin embargo, desde la década de los años 90, la manera de entender y de medir la satisfacción del usuario cambia radicalmente, centrándose en el usuario y en sus expectativas reales. Todo ello ha dado lugar a una proliferación de estudios sobre el tema que nos ocupa. Esto se debe, en parte, al nuevo enfoque de la asistencia sanitaria denominado “cuidados centrados en los pacientes”, en el que el papel del usuario adquiere mayor protagonismo. En la actualidad, el consumidor de los servicios sanitarios se ha convertido en el principal elemento para elevar la calidad de estos servicios convirtiéndose, su grado de satisfacción, en el indicador fundamental de calidad asistencial.¹²

¹¹ Tamayo DC. Validación de la escala de satisfacción familiar CCFSS en unidades de cuidado crítico en hospitales universitarios de Bogotá. [Tesis Grado de Maestría en Epidemiología Clínica]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Medicina; 2013.

¹² Romeo M. La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. Unidad de Cuidados Intensivos Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona [en línea]. 2007. [accesado 30 agosto 2015]. Disponible en: <http://core.ac.uk/download/pdf/16213310.pdf>

En los servicios de urgencias hospitalarias y unidades de cuidados críticos de urgencias como nuestra UCE, se hace necesario, para la mejora continua de la calidad, conocer qué opinan los clientes e incorporar esta visión a la evaluación de las tareas. Esto es preciso por el importante crecimiento que ha experimentado su frecuentación en los últimos años; por la correcta o incorrecta utilización que según algunos trabajos se hace de los mismos; por ser en muchos casos el primer contacto con el sistema sanitario; y porque generan reclamaciones por parte de los usuarios.¹³

2.4.1. Medición de la satisfacción por la atención recibida de los familiares de pacientes ingresados en UCI.

El nivel de satisfacción familiar se ha venido estudiando desde hace 20 años aproximadamente. Hoy en día, se comprende que la satisfacción de la familia y/o familiares de los pacientes ingresados en una unidad de terapia intensiva representa el grado en que las necesidades y expectativas de los familiares del paciente críticamente enfermo son colmadas y satisfechas por los profesionales asistenciales involucrados en el proceso de cuidado de la salud y, se reconoce que estas necesidades son específicas en el escenario de una unidad especializada como las de terapia intensiva. En UCI, se ha explorado la satisfacción como parte de la evaluación de calidad de atención brindada, a través de múltiples indicadores. Por ejemplo, la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades

¹³ Gea MT, García M. Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. Rev Calidad Asistencial [en línea]. 2001. [accesado 30 agosto 2015]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13028269&pident_usuario=0&p_contactid=&pident_revista=256&ty=121&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=256v16n01a13028269pdf001.pdf

Coronarias permite que, para levantar su indicador de calidad percibida al alta de medicina intensiva, el instrumento sea diligenciado también por un familiar del paciente¹⁴. Se describe otro de los indicadores fundamentales: información detallada y clara a los familiares de los enfermos ingresados en el servicio de cuidado crítico, es conocido e estos pacientes, en una importante cantidad, no son competentes ni tienen la capacidad para recibir información sobre su estado de salud, de manera que debe hacerlo a la familia, y es ésta la que se involucra en decisiones sobre el cuidado del paciente crítico. Otro indicador es la de la información de enfermería a los familiares dentro de la dimensión de satisfacción y adecuación, bajo la justificación de la necesidad prioritaria de información que tienen los familiares de los pacientes críticamente enfermos. Los instrumentos para estas mediciones y sus propiedades psicométricas no son del todo claros. Esta medición desde la perspectiva de indicadores es pragmática y sucinta, aunque, puede no reflejar todo el rango de aspectos que determinan la satisfacción de la familia, así que las intervenciones para mejorar pueden resultar insuficientes¹⁵.

Frente a esta insuficiencia de los indicadores, investigadores que han trabajado esta línea temática, autores de diversos instrumentos para evaluar satisfacción familiar en UCI, coinciden en que sólo el uso de instrumentos que superen el reto de determinación de propiedades psicométricas mejora la validez y generalizabilidad de los hallazgos y permite identificar legítimamente las oportunidades de mejora.¹⁶

¹⁴ Holanda Peña, Ots Ruiza E. Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares. *Med Intensiva*. 2015;39(1).

¹⁵ Tamayo DC. Validación de la escala de satisfacción familiar CCFSS en unidades de cuidado crítico en hospitales universitarios de Bogotá. <https://repository.javeriana.edu.co/>

¹⁶ Tamayo DC, op.cit., pág. 20-21

Para medir la satisfacción de los pacientes, se tienen múltiples cuestionarios, uno de ellos es la encuesta familiar FS-ICU 34 constaba de 34 ítems. Posteriormente, en el año 2006 fue modificado y acortado obteniendo un cuestionario de 24 ítems, el FS-ICU(24)©. Es una encuesta de calidad al alta para la UCI, desarrollada por Daren K. Heyland y Joan E. Tranmer en el año 2001. Se incluyen preguntas con datos demográficos. El resto del cuestionario sigue una estructura paralela al cuestionario familiar, incluyendo los apartados referentes a los cuidados recibidos (en cuanto a preocupación por parte del personal de la UCI y el manejo de síntomas y percepciones como dolor, disnea, angustia, frío o calor), personal de enfermería, personal médico, otro personal de la UCI, si hubieran deseado apoyo religioso o psicológico, el entorno de la UCI (iluminación, ruido, intimidad y confortabilidad), un apartado para la valoración de las visitas y una valoración global de los cuidados. Finalmente, hay una pregunta en formato abierto de comentarios o sugerencias.^{17, 18}

¹⁷ Heyland DK, Tranmer JE. Measuring family satisfaction with care in the intensive care unit: The development of a questionnaire and preliminary results. The KGH ICU research Working Group. J Crit Care. 2001; 16:142-9

¹⁸ Holanda Peña, Ots Ruiza E. Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares. Med Intensiva. 2015;39(1):4---12

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

3.1. ANTECEDENTES LOCALES: No se encontraron trabajos iguales al planteado a nivel institucional ni local.

3.2. ANTECEDENTES NACIONALES:

3.2.1 Nivel de satisfacción de los familiares de pacientes críticos acerca de la comunicación brindada por la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital San Juan de Lurigancho 2010.¹⁹

- **Autor:** Flor de Jeanette Blas Bergara.
- **Lugar y fecha:** Tesis: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Escuela de Post Grado. Lima 2010.
- **Resumen:** El objetivo del trabajo fue determinar el nivel de satisfacción de los familiares de pacientes críticos acerca de la comunicación brindada por la enfermera en la unidad de cuidados intensivos del Hospital San Juan de Lurigancho. Material y Método. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 familiares. La técnica fue la encuesta y el instrumento la Escala Likert modificado aplicado previo consentimiento informado. Resultados. Del 100%(30), 60%(18) estuvieron medianamente satisfecho, 26.7% (8) completamente satisfecho, 13.3%(4) insatisfechos.

¹⁹ Blas FJ. Nivel de satisfacción de los familiares de pacientes críticos acerca de la comunicación brindada por la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital San Juan de Lurigancho 2010. [Tesis Especialista en Enfermería Intensivista]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2010.

Conclusiones. El nivel de satisfacción de los familiares de los pacientes críticos acerca de la comunicación brindada por la enfermera en el servicio de la unidad de cuidados intensivos en el mayor porcentaje es medianamente satisfecho y un porcentaje significativo insatisfecho; en el contenido, está dado cuando la enfermera identifica al paciente por el número de cama, el familiar conoce el nombre de la enfermera que atiende a su familiar, utiliza palabras de difícil comprensión la enfermera, y en su forma cuando la enfermera continua realizando sus actividades sin importarle que le están hablando, cruza los brazos en signo de malestar, informa apresuradamente, durante la comunicación mira a otro lado, y no atiende la solicitud.²⁰

3.3. ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

3.3.1 Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares.²¹

- **Autor:** M.S. Holanda Peña et al.
- **Lugar y fecha:** España: Med Intensiva. 2015;39(1):4---12

²⁰ Blas FJ. Nivel de satisfacción de los familiares de pacientes críticos acerca de la comunicación brindada por la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital San Juan de Lurigancho 2010. [Tesis Especialista en Enfermería Intensivista]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2010.

²¹ Holanda Peña, Ots Ruiza E. Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares. Med Intensiva. 2015;39(1):4---12

- **Resumen:**²² Conoce el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes dados de alta de la UCI y el del propio paciente. Estudio transversal, observacional, descriptivo y prospectivo durante 5 meses. Ámbito: UCI del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander. Sujetos: Familiares y pacientes que fueron dados de alta de la UCI durante ese período. Intervención: Instrumento: encuesta Family Satisfaction Intensive Care Unit (FS-ICU 34) para familiares de pacientes ingresados en UCI (que sobrevivieron o no) y adaptación de la FS-ICU en cuanto a cuidados se refiere, para el propio paciente. Resultados: Se obtuvieron un total de 385 encuestas, 192 de familiares de supervivientes, 31 de familiares de fallecidos y 162 de pacientes. La mayor parte de los familiares encuestados estaban satisfechos con los cuidados recibidos y el proceso de decisiones (supervivientes: $83,46 \pm 11,83$ y $79,42 \pm 13,58$, respectivamente; fallecidos: $80,41 \pm 17,27$ y $79,61 \pm 16,93$, respectivamente). Los pacientes encuestados estaban muy satisfechos con los cuidados recibidos ($84,71 \pm 12,85$). Conclusiones: El grado de satisfacción de los familiares y de los propios pacientes ingresados en la UCI es elevado. Aun así, existen varios puntos que deberían ser mejorados, como el ambiente de la sala de espera y el ambiente propio de la UCI en cuanto a ruido, intimidad e iluminación se refiere, así como algunos aspectos del proceso de toma de decisiones, entre

²² Holanda Peña, Ots Ruiza E. Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares. Med Intensiva. 2015;39(1):4---12

ellos la esperanza suministrada acerca de la recuperación de su familiar.²³

3.3.2 Validación de la escala de satisfacción familiar CCFSS en unidades de cuidado crítico en hospitales universitarios de Bogotá.²⁴

- **Autor:** Diana Carolina Tamayo Fuquen
- **Lugar y fecha:** Tesis Grado de Maestría en Epidemiología Clínica Pontificia Universidad Javeriana – Bogotá – 2013.
- **Resumen:** El objetivo de este trabajo fue conducir validación lingüística y psicométrica de la escala Critical Care Family Satisfaction Survey (CCFSS) en familiares de pacientes adultos atendidos en la unidad de cuidado intensivo (UCI) de tres hospitales universitarios de Bogotá. Lugar: Tres hospitales universitarios de Bogotá. Población: Familiares de pacientes adultos atendidos en la UCI de Hospital Militar Central, Hospital Universitario Clínica San Rafael y Hospital Universitario San Ignacio, entre junio y diciembre de 2012. Medición: Se condujo la validación lingüística de la CCFSS. Una vez obtenida la versión en castellano se exploraron tres fuentes para validar el constructo: el contenido del instrumento, mediante la consulta a expertos; la relación con otro instrumento homólogo, haciendo

²³ Holanda Peña, Ots Ruiza E. Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares. Med Intensiva. 2015;39(1):4---12

²⁴ Tamayo DC. Validación de la escala de satisfacción familiar CCFSS en unidades de cuidado crítico en hospitales universitarios de Bogotá. [Tesis Grado de Maestría en Epidemiología Clínica]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Medicina; 2013.

uso del cuestionario Medición de las Percepciones de Calidad de Atención de los Familiares (MPCAF); y la estructura interna del instrumento mediante análisis factorial y evaluación de la consistencia interna. Resultados: Se obtuvo una versión de la CCFSS en castellano equivalente a la original. De acuerdo con el criterio de expertos 19 de los ítems originales se mantuvieron y 1 se cambió para la versión dirigida a la población de estudio. La correlación entre los puntajes de la Encuesta de Satisfacción Familiar en la Unidad de Cuidado Intensivo (ESFUCI) y la del cuestionario MPCAF fue de 0,5 ($p < 0,001$). La composición de dominios del constructo medido por la ESFUCI fue diferente de la de la CCFSS, pero comparten el mismo perfil de variables observadas. El coeficiente α de Cronbach para el primer dominio de la ESFUCI fue de 0,91 y de 0,83 para el segundo. Conclusiones: El contenido de la ESFUCI y su estructura interna suministran evidencia de la competencia de esta herramienta para realizar una medición válida de la satisfacción de los familiares de pacientes adultos atendidos en las UCI de hospitales universitarios de centros urbanos colombianos.²⁵

²⁵ Tamayo DC. Validación de la escala de satisfacción familiar CCFSS en unidades de cuidado crítico en hospitales universitarios de Bogotá. [Tesis Grado de Maestría en Epidemiología Clínica]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Medicina; 2013.

3.3.3 Efecto de un protocolo de acogida familiar en una unidad de cuidados.²⁶

- **Autor:** Marco Antonio López Chacón, Montserrat Piñol Pérez-Rejón, Esperanza Merino Cabrera, Gemma Taurà Rodríguez, Linda Cynthia Quispe Hoxas, David Manzanedo Sánchez y Miguel Angel Hidalgo Blanco
- **Lugar y fecha:** Edición Española Nursing. Octubre 2011, Volumen 29, Número 8
- **Resumen:** Evalúa el impacto de un protocolo de acogida destinado a familiares de pacientes en nuestra unidad de cuidados intensivos (UCI) sobre el nivel de satisfacción familiar, al alta del paciente. Método: Estudio prospectivo cuasi-experimental. Sujetos del estudio: cuidadores principales y pacientes ingresados >24 h en la UCI. Durante dos meses, el grupo control (n=50) recibió la información y la orientación usuales del personal médico y de enfermería. Durante los dos meses siguientes, al grupo intervención (n=65) se le aplicó un protocolo de acogida estructurado y multidisciplinar, proveído en las primeras 24 h tras el ingreso. A ambos grupos (n=115) se les ofreció la Encuesta de Satisfacción Familiar en la UCI (FS-ICU©) en castellano. Resultados: El índice de respuesta del grupo control fue del 90%, frente al 70,7% del grupo intervención. Un total de 87 encuestas se consideraron válidas

²⁶ López MA; Pérez-Rejón MP. Efecto de un protocolo de acogida sobre la encuesta de satisfacción familiar en una unidad de cuidados intensivos. España. Nursing. 2011, volumen 29, numero 8.

(>70% de ítems contestados). Observamos que el nivel de satisfacción general (FS-Total), y los niveles de satisfacción con los cuidados (FS-Cuidados) y con la toma de decisiones (FS-TD), en nuestra UCI, parecen muy altos. La mayoría de las puntuaciones de los distintos ítems de la encuesta en ambos grupos (83,3% frente al 79,1%) superaron el 75% en la escala 0-100%. La comparación de niveles de satisfacción entre grupos no muestra diferencias estadísticamente significativas. Conclusiones: Este estudio no demostró que esta intervención haya contribuido a una mejora significativa de la calidad percibida por los familiares en nuestra UCI, medidos con la encuesta FS-ICU© en castellano. Sin embargo, destaca cuestiones metodológicas para considerar en futuros estudios sobre este tema.²⁷

4.-OBJETIVOS

- 4.1 Identificar el grado de satisfacción de los familiares por el cuidado recibido del paciente ingresado en la Unidad de Cuidados Especiales de Emergencia.
- 4.2 Identificar el grado de satisfacción con la toma de decisiones en el cuidado del paciente en la Unidad de Cuidados Especiales de Emergencia.

5.- HIPÓTESIS

No corresponde por ser un estudio descriptivo.

²⁷ López MA; Pérez-Rejón MP. Efecto de un protocolo de acogida sobre la encuesta de satisfacción familiar en una unidad de cuidados intensivos. España. Nursing. 2011, volumen 29, numero 8.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL :

1. Técnicas e instrumentos de verificación:

1.1 Técnica :

Se utilizó la técnica: “Cuestionario”.

1.2 Instrumento:

El instrumento utilizado para la medida de la satisfacción familiar en la UCE fue el “Formulario de preguntas”: Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit: FSICU (24) ©, versión de 24 ítems del 11 de agosto de 2006.²⁸

1.3 Cuadro de coherencias

Variable	Sub-indicadores	Técnicas e instrumentos	Estructura del instrumento
Satisfacción por la atención recibida.	Satisfacción del familiar con el cuidado del paciente en UCE	Cuestionario y Formulario de preguntas	
	• Cuidados del paciente en UCE		1-2-3-4
	• Atención a familiares de pacientes de UCE		5-6-7-8
	• Cuidado del paciente por el profesional de la salud.		9-10-11
	• Ambiente de la UCE y de la sala de espera		13-14
	Satisfacción de los familiares con la toma de decisiones en el cuidado del paciente en UCE		
	• Necesidad de información de los familiares por parte de los profesionales de la salud.		15-16-17-18-19-20
	• Proceso de toma de decisiones en UCE.		21-22-23-24

²⁸ Wall, RJ, Engelberg, RA, Downey, L, et al Refinement, scoring, and validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) survey. Crit Care Med 2007;35,271-279

1.4 Prototipo del Instrumento

Traducción al español y adaptación del cuestionario Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit: FS-ICU (24) ©²⁹

Satisfacción Familiar con los Cuidados en la Unidad de Cuidados Especiales de Emergencia – HNCASE – EsSalud.

¿Cómo lo estamos haciendo?

*Sus opiniones acerca del reciente ingreso de su familiar en la unidad de cuidados especiales (UCE) Su familiar fue un paciente en esta UCE. Usted está registrado como el pariente más cercano o cuidador principal. Las siguientes preguntas dirigidas a USTED tratan sobre el **más reciente ingreso de su familiar en la UCE**. Entendemos que probablemente había muchos médicos, enfermeras y otros miembros del equipo involucrados en el cuidado de su familiar. Sabemos que pueden existir excepciones, pero a nosotros nos interesa *su valoración en general* de la calidad del cuidado administrado. Entendemos que fue probablemente un momento muy difícil para usted y los miembros de su familia. Agradecemos el tiempo que tome para ofrecernos su opinión. Por favor, dedique un momento para contarnos qué hicimos bien y qué podemos hacer para que nuestra UCE mejore. Por favor, tenga por seguro de que todas las respuestas son confidenciales. El personal médico y de enfermería que cuidó de su familiar no podrá identificar sus respuestas.*

DATOS DEL PACIENTE (Llenado por Encuestador)

A.- Edad:

B.- Sexo:

C.- Motivo de Ingreso:

- Médico: _____

- Quirúrgico: _____

D.- Comorbilidades: _____

E.- APACHE II score:

F.- SOFA score:

G.- Días de Ventilación Mecánica:

²⁹ Wall, RJ, Engelberg, RA, Downey, L, et al Refinement, scoring, and validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) survey. Crit Care Med 2007;35,271-279

DATOS DEL FAMILIAR³⁰

Por favor, complete la siguiente sección para ayudarnos a conocer un poco su relación con el paciente.

A. Sexo:

☐ Hombre ☐ Mujer

B. Edad: tengo _____ años

C. Soy su:

☐ Esposa ☐ Esposo ☐ Conviviente

☐ Madre ☐ Padre ☐ Hermana

☐ Hija ☐ Hijo ☐ Hermano

☐ Otro (Por favor, especifique): _____

D. Antes de este reciente ingreso, ¿ha vivido con anterioridad el ingreso de un familiar en una UCI - UCE?

☐ Sí ☐ No

E. ¿Vive usted con el paciente?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es No, ¿con qué frecuencia ve usted al paciente?

☐ Más de una vez por semana ☐ Una vez a la semana

☐ Una vez al mes ☐ Una vez al año ☐ Menos de una vez al año

F. ¿Dónde vive usted?

☐ En la ciudad donde se encuentra el hospital ☐ Fuera de la ciudad

³⁰ Wall, RJ, Engelberg, RA, Downey, L, et al Refinement, scoring, and validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) survey. Crit Care Med 2007;35,271-279

PARTE I

SATISFACCIÓN CON LOS CUIDADOS³¹

*Por favor, marque la opción que refleje mejor su punto de vista.
Si la pregunta no es aplicable a la estancia de su familiar, marque la opción “no aplica” (N/A).*

¿CÓMO TRATAMOS A SU FAMILIAR (EL PACIENTE)?

1. Preocupación y cuidados del personal de UCE: Cortesía, respeto y solidaridad recibida por su familiar.

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

Manejo de los síntomas: ¿Cómo se valoraron y trataron los síntomas de su familiar por parte del personal de la UCE?

2. Dolor

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

3. Disnea (falta de aliento)

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

4. Agitación

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

¿CÓMO FUE EL TRATO CON USTED?

5. Consideración de sus necesidades: ¿Cómo fue el interés mostrado por sus necesidades por el personal de la UCE?

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

6. Apoyo emocional: ¿Cómo fue el apoyo emocional proporcionado por el personal de la UCE?

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

³¹ Wall, RJ, Engelberg, RA, Downey, L, et al Refinement, scoring, and validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) survey. Crit Care Med 2007;35,271-279

7. Coordinación de los cuidados: Trabajo en equipo de todo el personal que cuidó a su familiar.

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

8. Preocupación y cuidado del personal de UCE: Cortesía, respeto y compasión recibida por usted.

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

PERSONAL DE ENFERMERÍA³²

9. Habilidad y competencia de los profesionales de enfermería de la UCE: ¿Cómo cuidaron las enfermeras de su familiar?

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

10. Frecuencia en la comunicación: ¿Cada cuánto habla con la enfermera sobre el estado de su familiar?

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

PERSONAL MÉDICO

11. Habilidad y competencia de los médicos de la UCE: ¿Cómo atendieron a su familiar?

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES

12. El ambiente en la UCE era:

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

SALA DE ESPERA

13. El ambiente en la sala de espera era:

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

³² Wall, RJ, Engelberg, RA, Downey, L, et al Refinement, scoring, and validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) survey. Crit Care Med 2007;35,271-279

14. Algunas personas con problemas de salud quieren que se lo hagan todo, mientras que otras son de la opinión contraria. ¿Cuál es su satisfacción de acuerdo con el nivel o cantidad de cuidados recibidos por su familiar en la UCE?

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica



PARTE II

SATISFACCIÓN DE LA FAMILIA CON LA TOMA DE DECISIONES EN EL CUIDADO DE PACIENTES CRÍTICOS^{33, 34}

INSTRUCCIONES PARA EL FAMILIAR DEL PACIENTE EN LA UCE

Esta parte del cuestionario está diseñada para medir cómo se siente USTED respecto a su implicación en las decisiones relacionadas con el cuidado de su familiar. En la UCE, su familiar puede haber recibido cuidados de diferentes personas. Nos gustaría que cuando conteste estas preguntas piense en el cuidado en conjunto recibido por su familiar. Gracias.

POR FAVOR, ELIJA LA OPCIÓN QUE MEJOR DESCRIBA SUS SENTIMIENTOS

NECESIDAD DE INFORMACIÓN

15. Frecuencia en la comunicación con los médicos de la UCE sobre el estado del paciente:

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

16. Facilidad para conseguir información: Voluntad del personal de la UCE para contestar sus preguntas.

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

17. Comprensión de la información: Explicaciones comprensibles proveídas por el personal de la UCE.

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

18. Información honesta: Honestidad de la información proveída sobre el estado de su familiar.

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

³³ Wall, RJ, Engelberg, RA, Downey, L, et al Refinement, scoring, and validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) survey. Crit Care Med 2007;35:271-279

³⁴ López MA; Pérez-Rejón MP. Efecto de un protocolo de acogida sobre la encuesta de satisfacción familiar en una unidad de cuidados intensivos. España. Nursing. 2011, volumen 29, numero 8.

19. Exhaustividad de la información: ¿Cómo fue la información del personal de la UCE sobre lo que estaba ocurriendo a su familiar y qué acciones se estaban tomando?

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

20. Consistencia de la información: Consistencia de la información recibida sobre el estado de su familiar. ¿Era similar la información recibida por médicos, enfermeras, etc.?

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

PROCESO DE TOMA DE DECISIONES³⁵

*Durante la estancia de su familiar en la UCE se tomaron decisiones importantes respecto a los cuidados que él o ella recibió.
Por favor, en las siguientes preguntas elija la respuesta que mejor refleje su punto de vista.*

21. ¿Se sintió usted excluido en el proceso de toma de decisiones?

- a) Me sentí muy excluido/a.
- b) Me sentí algo excluido/a.
- c) No me sentí excluido/a ni incluido/a en el proceso de toma de decisiones.
- d) Me sentí algo incluido/a.
- e) Me sentí muy incluido/a.

22. ¿Se sintió usted apoyado en el proceso de toma de decisiones?

- a) Me sentí totalmente abrumado/a.
- b) Me sentí algo abrumado/a.
- c) No me sentí abrumado/a ni apoyado/a.
- d) Me sentí apoyado.
- e) Me sentí muy apoyado.

23. ¿Sintió usted que tuvo control sobre el cuidado de su familiar?

- a) Me sentí apartado/a del control y el sistema de salud tomó el control y dictó el cuidado de mi familiar.
- b) Me sentí algo apartado/a del control y el sistema de salud tomó el control y dictó el cuidado de mi familiar.
- c) No me sentí apartado/a y tampoco sentí tener el control.

³⁵ López MA; Pérez-Rejón MP. Efecto de un protocolo de acogida sobre la encuesta de satisfacción familiar en una unidad de cuidados intensivos. España. Nursing. 2011, volumen 29, numero 8.

- d) Sentí que tenía algo de control sobre el cuidado proporcionado a mi familiar.
- e) Sentí que tenía buen control sobre el cuidado proporcionado a mi familiar.

24. Cuando se tomaban decisiones, ¿tuvo usted el tiempo adecuado para plantear sus preocupaciones y que sus preguntas fueran contestadas?

- a) Podría haber dedicado más tiempo.
- b) Tuve el tiempo adecuado.

Si su familiar falleció durante su estancia en la UCE, por favor rellene las siguientes preguntas (de la 11 a la 13). Si su familiar no falleció, por favor pase a la pregunta 14.³⁶

A. De las siguientes opciones ¿cuál refleja mejor su punto de vista?

- a) Siento que la vida de mi familiar fue prolongada innecesariamente.
- b) Siento que la vida de mi familiar fue ligeramente prolongada innecesariamente.
- c) Siento que la vida de mi familiar no fue ni alargada ni acortada innecesariamente.
- d) Siento que la vida de mi familiar fue ligeramente acortada innecesariamente.
- e) Siento que la vida de mi familiar fue acortada innecesariamente.

B. Durante las últimas horas de vida de su familiar ¿cuál de las siguientes opciones describe mejor su punto de vista?

- a) Sentí que él/ella estaba sufriendo mucho.
- b) Sentí que él/ella estaba sufriendo algo.
- c) Sentí que él/ella estaba principalmente tranquilo/confortable.
- d) Sentí que él/ella estaba muy tranquilo/confortable.
- e) Sentí que él/ella estaba totalmente tranquilo/confortable.

C. Durante las horas previas a la muerte de su familiar ¿cuál de las siguientes opciones describe mejor su punto de vista?

- a) Me sentí muy abandonado/a por el equipo sanitario.
- b) Me sentí abandonado/a por el equipo sanitario.
- c) No me sentí ni abandonado/a ni apoyado por el equipo sanitario.
- d) Me sentí apoyado/a por el equipo sanitario.
- e) Me sentí muy apoyado/a por el equipo sanitario.

³⁶ López MA; Pérez-Rejón MP. Efecto de un protocolo de acogida sobre la encuesta de satisfacción familiar en una unidad de cuidados intensivos. España. Nursing. 2011, volumen 29, numero 8.

D. ¿Tiene alguna/s sugerencia/s sobre cómo mejorar el cuidado recibido en la UCE?

E. ¿Le gustaría comentar algo de lo que hicimos bien?

F. Por favor, añada aquí comentarios o sugerencias que usted sienta útiles para el personal de este hospital.³⁷

Agradecemos su participación y sus opiniones.

Muchas gracias.

³⁷ López MA; Pérez-Rejón MP. Efecto de un protocolo de acogida sobre la encuesta de satisfacción familiar en una unidad de cuidados intensivos. España. Nursing. 2011, volumen 29, numero 8.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN :

2.1. Ubicación espacial:

El presente trabajo se realizará en la Unidad de Cuidados Especiales del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, ubicado en la calle Peral esquina con calle Filtro S/N, Arequipa, Perú.

2.2. Ubicación temporal:

Se realizará en el periodo comprendido entre abril 2016 a julio del 2016.

2.3. Unidades de estudio:

Las unidades de estudio que formaran parte de este trabajo serán los familiares de los pacientes ingresados en la UCE.

2.3.1. Universo:

Está formado por los todos los familiares de pacientes que ingresan a la UCE durante el periodo de investigación. En la UCE al año se atienden un promedio de 300 pacientes por año, en 4 meses de estudio se espera un promedio de 100 familiares de pacientes.

2.3.2. Criterios de inclusión.

- Familiar de paciente con estancia superior a 24 horas.
- Identificado como cuidador principal.

- Aceptar participar en el estudio (consentimiento verbal informado)
- Mayor de 18 años.

2.3.3. Criterios de exclusión.

- Familiares que reingresaron en la UCE al alta.
- Que no cumplan con criterios de inclusión.

3. Estrategia de recolección de datos:

3.1. Organización:

- Para la realización del presente trabajo se realizará la coordinación con la Jefatura del Departamento de Emergencia y Unidades Críticas así como con la Jefatura de Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Según Escobedo – EsSalud.

3.2. Recursos:

3.2.1. Recursos Humanos:

3.2.1.1. Autor del trabajo:

Bachiller: Angel Sixto Mamani Ruelas

3.2.2. Recursos Institucionales:

- Unidad de Cuidados Especiales (UCE)

- Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo

3.2.3. Recursos físicos y materiales:

- Formulario de Preguntas.
- Material de escritorio, material bibliográfico, computadora, paquete estadístico, Internet.

3.2.4. Recursos Financieros:

- Autofinanciado por el autor.

3.3. Validación de instrumentos :

El instrumento utilizado para la medida de la satisfacción familiar en la UCE será el “Formulario de Preguntas”: Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit: FSICU (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 2001.³⁸ La FSICU (24)©, desarrollada en inglés, la cual ha sido traducida y adecuada según el lenguaje de nuestro medio.

3.4. Criterios o Estrategias para el manejo de resultados :

Se utilizará la Estadística descriptiva e inferencial.

³⁸ Heyland DK, Tranmer JE. Measuring family satisfaction with care in the intensive care unit: The development of a questionnaire and preliminary results. The KGH ICU research Working Group. J Crit Care. 2001; 16:142-9

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDADES	ABRIL 2015				MAYO 2016				JUNIO 2016				JULIO 2016				AGOSTO 2016			
	Semanas				Semanas				Semanas				Semanas				Semanas			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Recolección de Datos	X	X	X	X	X	X	X	X	x	x	x	X	X	X	X	X				
Estructuración de resultados																	X			
Elaboración de Informe Final																		X	X	X

ANEXO 2:

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

																			Cuidados del paciente en UCE				Atención a familiares de pacientes de UCE				Cuidado del paciente por el profesional de la salud.				Ambiente de la UCE y de la sala de espera				Necesidad de información de los familiares por parte de los profesionales de la salud.						Proceso de toma de decisiones en UCE.											
																			Manejo de los síntomas								Enfermería				Personal médico																					
n°	Eda	Cat e	Sex	Co	Motiv	Comd	APA	SOF	Dias VI	Dias EH	Sexi	Edad	Cat edad	Rela	Ani	Viv	No, f	Dor	Pr	Do	Dis	Ag	Cd	Ap	Co	Pre	Ha	Co	Ha	An	Sal	Can	Fi	Fa	Co	Ho	Ext	Co	In	Aj	Cd	Tie	Gru	A	B	C	D					
1	66	60-69 a	Fem	Qx	ECV hem	HTA	26	12		4		4	Mas	57	50-59 a	Esposc	1	1	-	Fuera	3	2	2	2	3	3	3	2	3	2	3	3	4	4	4	3	3	2	3	4	3	3	3	1	Falleci	3	4	4	-			
2	80	80-89 a	Mas	Qx	Trombos	FA, HTA	44	19		8		8	Fem	62	60-69 a	Hijo	0	1	-	En la c	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	1	4	4	3	3	4	4	2	2	1	4	4	3	2	Falleci	3	4	3	-			
3	86	80-89 a	Mas	Médi	IRA	HTA,DM	30	11		7		7	Fem	63	60-69 a	Hijo	1	0	Una vez	En la c	4	4	4	3	4	4	4	3	3	2	3	3	3	3	4	4	3	4	4	2	3	3	3	2	Falleci	2	3	3	Mejorar ambiente			
4	17	< 20 a	Mas	Médi	Pancreat	-	34	18		5		6	Fem	50	50-59 a	Padre	0	1	-	En la c	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	3	3	1	Falleci	3	4	4	-			
5	82	80-89 a	Mas	Médi	IRA	ERC	30	14		1		3	Mas	56	50-59 a	Hijo	0	0	Una vez	Fuera	2	1	1	1	2	2	3	2	1	3	1	4	4	2	3	3	3	1	3	1	3	3	2	2	Falleci	3	3	4	-			
6	70	70-79 a	Mas	Qx	Politrau	HTA	30	12		7		11	Fem	40	40-49 a	Hijo	0	0	Más de	En la c	4	4	4	4	3	4	4	3	3	4	2	4	5	3	5	4	3	1	3	2	3	3	2	1	Falleci	3	3	4	-			
7	56	50-59 a	Mas	Médi	IRA	Cirrosis	24	14		20		10	Fem	60	60-69 a	Esposc	0	1	-	En la c	3	3	4	3	2	3	2	2	2	4	3	5	5	3	4	5	3	2	3	2	2	3	2	1	Falleci	3	2	4	Mejorar ambiente			
8	72	70-79 a	Fem	Médi	IRA	HTA, DM	32	15		19		19	Mas	40	40-49 a	Hijo	1	1	-	En la c	2	2	2	2	1	2	3	2	2	4	1	3	4	1	3	4	3	2	2	1	4	4	3	1	Falleci	3	4	4	Ampliar horario visitas			
9	82	80-89 a	Fem	Médi	Sepsis	HTA	25	11		2		3	Fem	30	30-39 a	Tia	1	1	-	Fuera	2	2	3	3	2	3	4	3	1	3	1	4	5	3	4	3	2	3	2	3	3	2	Falleci	3	3	3	Mejorar ambiente					
10	55	50-59 a	Mas	Médi	HDA	Cirrosis	33	15		2		4	Fem	50	50-59 a	Esposc	0	1	-	En la c	4	5	4	5	4	5	4	4	3	5	3	5	5	4	5	4	4	3	4	2	2	2	1	1	Falleci	3	2	3	Mejorar comunicación con personal			
11	78	70-79 a	Fem	Médi	IRA	HTA	28	12		10		10	Fem	45	40-49 a	Hijo	1	1	-	En la c	2	2	2	2	2	3	2	3	1	4	1	3	4	2	4	3	2	1	3	1	3	3	2	1	Falleci	3	3	3	-			
12	72	70-79 a	Mas	Médi	IRA	ERC	32	5		15		15	Fem	45	40-49 a	Conviv	0	1	-	En la c	2	2	2	2	1	2	2	3	2	1	1	1	3	3	2	2	3	2	1	2	2	3	3	2	1	Falleci	3	3	4	-		
13	80	80-89 a	Mas	Médi	IRA	ERC	25	8		6		6	Mas	33	30-39 a	Hijo	0	1	-	En la c	2	2	2	2	3	3	3	2	2	3	3	2	4	4	2	4	3	2	3	2	2	4	3	2	Falleci	3	3	3	-			
14	60	60-69 a	Mas	Médi	Sepsis	DM	26	15		2		3	Fem	50	50-59 a	Esposc	0	1	-	En la c	2	3	3	3	3	2	2	2	3	3	1	4	4	2	3	4	3	2	4	2	3	3	3	1	Falleci	3	3	4	-			
15	79	70-79 a	Mas	Qx	Abdome	HTA, hip	27	9		4		3	Fem	60	60-69 a	Padre	0	0	Una vez	Fuera	1	2	2	1	2	2	2	3	1	4	1	3	4	3	3	4	3	2	3	1	4	4	3	1	Falleci	3	3	5	-			
16	33	30-39 a	Mas	Qx	TEC	-	34	15		2		2	Fem	27	20-29 a	Conviv	0	1	-	En la c	4	4	4	4	5	4	3	3	5	4	5	5	4	5	5	4	4	2	2	1	1	Falleci	4	1	3	Mejorar comunicación con personal						
17	48	40-49 a	Fem	Médi	IRA	VIH	32	14		10		10	Mas	40	40-49 a	Esposc	0	0	Más de	Fuera	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	4	4	3	3	3	3	3	2	Falleci	2	2	4	-					
18	73	70-79 a	Mas	Qx	Perforac	-	40	18		7		7	Mas	50	50-59 a	Hijo	0	0	Una vez	En la c	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	4	3	2	3	2	2	3	3	4	4	3	1	Falleci	3	3	3	-			
19	74	70-79 a	Mas	Médi	IRA	HTA, DM	32	18		10		20	Fem	27	20-29 a	Hijo	1	0	Una vez	En la c	4	4	4	4	3	4	4	3	4	3	4	3	4	5	3	3	4	4	4	4	3	3	3	1	Sobrev	-	-	-				
20	60	60-69 a	Fem	Qx	Fascitis	DM	25	8		4		8	Mas	58	50-59 a	Herma	0	1	-	Fuera	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	3	3	1	3	3	2	3	3	2	3	4	3	1	Sobrev	-	-	-				
21	79	70-79 a	Fem	Médi	Sepsis	HTA, DM	31	10		14		17	Fem	55	50-59 a	Hijo	0	0	Una vez	En la c	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	4	2	3	3	2	3	3	3	4	4	3	2	Sobrev	-	-	-				
22	66	60-69 a	Mas	Médi	IRA	-	18	6		4		4	Fem	70 ≥ 70 a	Esposc	0	1	-	En la c	2	3	3	3	3	4	2	3	2	4	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	1	Sobrev	-	-	-				
23	54	50-59 a	Mas	Médi	Cetoacid	DM	20	7		0		3	Fem	51	50-59 a	Esposc	0	0	Una vez	En la c	3	3	3	3	2	4	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	Sobrev	-	-	-				
24	55	50-59 a	Fem	Médi	Cetoacid	HTA, DM	20	8		0		3	Mas	47	40-49 a	Esposc	0	1	-	Fuera	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	4	4	3	2	Sobrev	-	-	-			
25	45	40-49 a	Mas	Médi	Intoxicad	HTA, de	10	4		1		4	Fem	45	40-49 a	Esposc	0	1	-	En la c	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	2	Sobrev	-	-	-					
26	39	30-39 a	Mas	Médi	Pancreat	-	14	8		0		5	Fem	31	30-39 a	Herma	0	1	-	En la c	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	4	3	3	4	3	3	2	4	4	4	2	Sobrev	-	-	-						
27	30	30-39 a	Fem	Qx	TEC	-	7	4		0		3	Mas	33	30-39 a	Conviv	0	1	-	En la c	4	4	f	f		4	4	5	4	5	5	4	5	5	4	4	5	4	4	5	4	2	2	2	1	Sobrev	-	-	Ampliar horario visitas			
28	85	80-89 a	Mas	Qx	Colecisti	HTA	20	6		1		5	Fem	62	60-69 a	Hijo	1	0	Una vez	En la c	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	3	4	2	3	3	3	3	3	4	2	4	4	3	1	Sobrev	-	-	-				
29	29	20-29 a	Mas	Médi	HDA	Cirrosis	22	11		0		4	Fem	29	20-29 a	Conviv	0	1	-	En la c	2	2	2	2	3	4	2	3	3	2	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	Sobrev	-	-	-				
30	66	60-69 a	Fem	Médi	Sepsis	DM, HTA	32	12		12		15	Fem	37	30-39 a	Hijo	0	1	-	En la c	2	2	2	2	3	3	3	2	2	3	2	3	4	2	3	3	4	2	3	2	3	4	3	1	Sobrev	-	-	-				
31	23	20-29 a	Mas	Médi	IRA	ERC	20	7		3		6	Fem	27	20-29 a	Esposc	0	1	-	En la c	2	3	3	3	3	4	3	2	1	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	4	4	3	1	Sobrev	-	-	-				
32	38	30-39 a	Mas	Qx	ECV hem	-	15	6		3		10	Fem	40	40-49 a	Esposc	0	1	-	En la c	3	3	3	4	3	4	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	4	4	3	3	2	Sobrev	-	-	-						
33	33	30-39 a	Mas	Médi	Intoxicad	-	23	16		0		3	Mas	27	20-29 a	Herma	0	0	Una vez	Fuera	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	4	3	2	3	3	1	Sobrev	-	-	-					
34	61	60-69 a	Fem	Médi	Pancreat	FA	12	7		0		3	Fem	70 ≥ 70 a	Padre	0	0	Más de	En la c	2	2	2	2	3	4	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	4	3	1	Sobrevivient	-	-	-					
35	59	50-59 a	Mas	Médi	Sepsis	-	23	12		4		10	Fem	60	60-69 a	Esposc	0	1	-	En la c	2	2	2	2	3	3	3	2	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	Sobrev	-	-	-				
36	84	80-89 a	Fem	Médi	HDA	FA, DM;	19	4		0		7	Mas	57	50-59 a	Hijo	0	0	Una vez	En la c	3	3	f	f		3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	4	3	3	3	3	3	3	3	1	Sobrev	-	-	-				
37	54	50-59 a	Mas	Médi	IRA	EPID	18	9		5		10	Mas	47	40-49 a	Herma	0	0	Una vez	En la c	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	4	4	3	3	4	4	3	4	4	3	4	3	1	Sobrev	-	-	-					
38	54	50-59 a	Mas	Médi	IRA	DM	26	10		11		14	Fem	61	60-69 a	Esposc	0	1	-	En la c	1	2	2	2	2	3	1	1	2	2	1	2	3	2	4	3	4	3	3	2	4	4	3	1								

ANEXO 3:

CONSTANCIA DE EJECUCION DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



"Año de la consolidación del Mar de Grau"
"Año de la Conmemoración del Octogésimo Aniversario de la Creación de la Seguridad Social en el Perú"

CONSTANCIA

*El Jefe del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo
EsSalud – Arequipa, hace constar que el señor:*

ANGEL SIXTO MAMANI RUELAS

*Médico cirujano, ha desarrollado la investigación del proyecto de tesis titulada
"SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES POR LA ATENCIÓN RECIBIDA DE LOS PACIENTES
INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL
NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO – ESSALUD – AREQUIPA – 2016".*

Se expide el presente a solicitud del interesado para los fines convenientes.

Arequipa, 30 de noviembre del 2016



www.essalud.gob.pe

Esq. Peral y Ayacucho s/n
Arequipa, Perú
T. (054) 380350 / 380370