



Maestría en

GERENCIA EN SALUD

Tesis previa a la obtención del título de Magíster en Gerencia en Salud

AUTOR: Dra. Cynthia Katuska Bajaña Huilcapi

TUTOR: Mgtr. Ernesto Torres

**Mejoramiento de la calidad de la atención en la Unidad de Terapia Intensiva del
Hospital General Babahoyo “IESS”, octubre 2021 – marzo 2022**

Dedicatoria

A mis hijos Ángel Francesco y mi dulce espera que aún vive dentro de mí, por expandir mi universo.

A mi esposo Miguel Ángel, por ser mi compañero de aventuras en la vida.

A mis padres Hugo y Marisol, por criarme con amor y libertad.

A mis hermanas Lissett y Mariana, por ser mis mejores amigas.

Cynthia Bajaña Huilcapi

Agradecimiento

Agradezco a Dios por bendecir mi vida, por guiarme a lo largo de mi existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Gracias a mi familia por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores y principios que me han inculcado.

Agradezco a los docentes de la Universidad Internacional del Ecuador, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de la maestría Gerencia en Salud, gracias a cada uno por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad.

De manera especial quiero expresar mi más grande y sincero agradecimiento a mi tutor de tesis, Mgtr. Ernesto Torres por haberme guiado, no solo en la elaboración de este trabajo de titulación, sino a lo largo de mi carrera universitaria y brindarme el apoyo para desarrollarme profesionalmente y seguir cultivando mis valores.

Finalmente, merecen un reconocimiento especial todas las personas involucradas en este trabajo de titulación.

Sencillo no ha sido, pero gracias a todos por la oportunidad y el apoyo, he logrado importantes objetivos como culminar el desarrollo de mi trabajo con éxito y obtener una afable titulación profesional.

Índice

Dedicatoria	IV
Agradecimiento	V
Índice	VI
Índice de Anexos	VIII
Índice de imágenes	IX
Índice de cuadros.....	X
Índice de gráficos	XI
Resumen.....	1
Abstract.....	2
1. Introducción	3
2. Justificación	5
3. Objetivos.....	6
3.1 General	6
3.2 Específicos.....	6
4. Marco teórico y conceptual	7
5. Metodología y diseño de la investigación	36
a) Tipo de estudio.....	36
b) Área de estudio	36
c) Universo y muestra	36
d) Medición y definición de las variables.....	37
e) Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	39
f) Plan tabulación y análisis	39
g) Procedimientos.....	39
6. Resultados.....	41

7.	Análisis e interpretación de los resultados	53
8.	Conclusiones.....	57
9.	Recomendaciones.....	58
10.	Bibliografía.....	59
11.	Anexos.....	63

Índice de anexos

Anexo 1.....	63
Presencia del Intensivista en UCI las 24 horas del día	63
Anexo 2.....	64
Disponibilidad de Ecógrafo Multifunción	64
Anexo 3.....	65
Encuesta de Calidad Percibida al Alta de UCI	65
Anexo 4.....	66
Rondas diarias por un equipo multidisciplinar	66
Anexo 5.....	67
Cumplimentación de los Registros de Enfermería en UCI.....	67
Anexo 6.....	68
Alta precoz o no planificada de UCI	68
Anexo 7.....	69
Bacteriemia relacionada con el Catéter Venoso Central	69
Anexo 8.....	70
Reingresos no programados en UCI.....	70
Anexo 9.....	71
Encuesta de Satisfacción Familiar con los Cuidados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Babahoyo “IESS”	71

Índice de imágenes

Imagen 1:Modelo de Gestión de calidad	13
Imagen 2: Ciclo de mejora de la calidad de Demming	19
Imagen 3: Componentes del clima laboral	23

Índice de tablas

Tabla 1: Espacios de la UCI del Hospital General Babahoyo “IESS”	10
Tabla 2: Distribución de horario de los profesionales.....	11
Tabla 3: Equipos de la UCI del Hospital General Babahoyo “IESS”	12
Tabla 4. Clasificación Sistema simplificado de calificación de la intervención terapéutica (TISS-28)	15
Tabla 5: Instrumentos para determinar la satisfacción de los familiares de los pacientes críticamente enfermos.....	28
Tabla 6: Presencia de Intensivista en UCI del Hospital General Babahoyo “IESS”, octubre 2021 – marzo 2022	41
Tabla 7: Ratio enfermera/paciente en UCI del Hospital General Babahoyo “IESS”, octubre 2021 – marzo 2022.....	41
Tabla 8: Grado de satisfacción de los familiares en el proceso de los cuidados y toma de decisiones de los pacientes de la UCI del Hospital General Babahoyo "IESS"	43
Tabla 9: Rondas diarias por equipo multidisciplinar en la UCI del Hospital General Babahoyo “IESS”, octubre 2021 – marzo 2022.....	46
Tabla 10: Cumplimentación de los registros de enfermería en la UCI del Hospital General Babahoyo “IESS”, octubre 2021 – marzo 2022.....	47
Tabla 11: Mortalidad intrahospitalaria post-UCI del Hospital General Babahoyo “IESS”, octubre 2021 – marzo 2022.....	47
Tabla 12: Bacteriemia relacionada con catéter venoso central en la UCI del Hospital General Babahoyo “IESS”, octubre 2021 – marzo 2022.....	48
Tabla 13: Reingresos no programados en la UCI del Hospital General Babahoyo “IESS”, octubre 2021 – marzo 2022.....	48

Índice de gráficos

Gráfico 1: Grado de Satisfacción de los Familiares de la UCI del Hospital General Babahoyo “IESS”, octubre 2021 – marzo 2022.....	45
Gráfico 2: Grado de Satisfacción de la Sala de Espera de la UCI del Hospital General Babahoyo “IESS”, octubre 2021 – marzo 2022.....	45
Gráfico 3: Apoyo del equipo sanitario previo a la muerte del familiar en la UCI DEL Hospital General Babahoyo “IESS”, octubre 2021 - marzo 2022	46

Resumen

Objetivo: Contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital General Babahoyo “IESS”, octubre 2021 – marzo 2022.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal, cuantitativo y cualitativo. Muestra no probabilística por conveniencia, que incluyó a familiares de pacientes ingresados en UCI por más de 24 horas y que aceptaron realizar la encuesta de satisfacción FS-ICU 24. El análisis de las variables cualitativas nominales fue expresado en porcentaje y las variables cualitativas ordinales en media \pm desviación estándar mediante el programa estadístico SPSS versión 19.0 para Windows y Stata 12/SE.

Resultados: Se estudiaron a 60 familiares de los pacientes ingresados en UCI, el grado de satisfacción global de los cuidados fue “Buena” con un 46% del total de los encuestados. La mediana de los cuidados del familiar tanto en la consideración de sus necesidades, apoyo emocional y coordinación del cuidado son 3 ± 0.7 , 2.9 ± 0.8 y $3,2\pm 0.7$, respectivamente. Los cuidados de enfermería y personal médico fueron “Bueno” con una mediana 3 ± 0.8 , 3.2 ± 0.7 respectivamente. La sala de espera como “Mala” con un 55% y mediana de 1.7 ± 0.9 . Los ítems de facilidad, comprensión, coherencia de la información y toma de decisiones también se catalogaron como “Bueno” (3 ± 0.7 , 3.1 ± 0.8 , 3 ± 0.7 , 2.9 ± 0.7 respectivamente). Los familiares de los pacientes fallecidos no se sintieron ni apoyados ni abandonados previos a la muerte de su familiar por el personal sanitario (1.9 ± 0.7). La fiabilidad de la encuesta fue medida con el Alfa de Cronbach con un valor de 0.94

Conclusión: El grado de satisfacción global de los familiares de los pacientes de UCI es “Bueno” y los aspectos a mejorar son el apoyo emocional, comunicación con enfermería, infraestructura y el ambiente de la sala de espera, para aumentar la expectativas y confianza de los usuarios acerca del servicio brindado en la unidad.

Palabras claves: Indicadores de Calidad / Satisfacción / Unidad de Cuidados Intensivos

Abstract

Objective: Contribute to the improvement of the quality of care in the Intensive Care Unit of the Babahoyo General Hospital "IESS", October 2021 - March 2022.

Methodology: Descriptive, transversal, quantitative and qualitative study. A non-probabilistic sample was used for convenience, which included relatives of patients admitted to the ICU for more than 24 hours and who agreed to take the FS-ICU 24 satisfaction survey. The analysis of the nominal qualitative variables was expressed as a percentage and the variables ordinal qualitative data in mean \pm standard deviation using the statistical program SPSS version 19.0 for Windows and Stata 12/SE.

Results: 60 relatives of patients admitted to the ICU were studied, the degree of overall satisfaction of care was "Good" with 46% of all respondents. The median of family care both in consideration of their needs, emotional support and care coordination are 3 ± 0.7 , 2.9 ± 0.8 and 3.2 ± 0.7 , respectively. Nursing care and medical staff were "Good" with a median of 3 ± 0.8 , 3.2 ± 0.7 , respectively. The waiting room as "Bad" with 55% and a median of 1.7 ± 0.9 . The items of ease, comprehension, coherence of information and decision making were also classified as "Good" (3 ± 0.7 , 3.1 ± 0.8 , 3 ± 0.7 , 2.9 ± 0.7 respectively). The relatives of the deceased patients did not feel supported or abandoned prior to the death of their relative by the health personnel (1.9 ± 0.7). The reliability of the survey was measured with Cronbach's Alpha with a value of 0.94

Conclusion: The degree of global satisfaction of the families of ICU patients is "Good" and that the aspects to improve are emotional support, communication with nursing, infrastructure and the environment of the waiting room, to increase the expectations and confidence of the users about the service provided in the unit.

Keywords: Quality Indicators / Satisfaction / Intensive Care Unit

1. Introducción

“Los programas de mejora de la calidad forman parte indispensable de la organización de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Organizaciones como *Joint Commission International*, que acreditan a servicios de salud en base al cumplimiento de estándares, utilizan indicadores que evalúan la estructura, recursos y procesos de atención que garanticen un entorno seguro. Estas iniciativas están apoyadas por organizaciones dedicadas a la medicina crítica con el desarrollo de guías y recomendaciones”. (1)

“El mejoramiento en calidad consiste en realizar cambios en una organización para vencer deficiencias en los procesos, lograr un empleo eficiente de los recursos y un mejor desempeño, debe abordarse en conjunto, tanto en los recursos, como en las actividades realizadas, no consiste solamente en añadir nuevos recursos a un sistema, sino además realizar cambios en la organización, con el fin de dar el mejor uso a los recursos”. (2)

“Los indicadores de calidad en terapia intensiva están enfocados a conocer, registrar y medir lo que se hace. Para luego con los datos obtenidos y el conocimiento adquirido poder comparar, evaluar y corregir. De este modo se pueden identificar carencias o insuficiencias en la atención del paciente y trabajar para corregirlas”. (3)

El Hospital General Babahoyo es una institución de II nivel de complejidad, que actualmente cuenta con una infraestructura constituida por un edificio de cinco pisos, en donde funcionan los servicios de: Urgencias, Cirugía, Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Hospitalización y los servicios de apoyo como: Medios Diagnósticos, Laboratorio, Farmacia, entre otros. (4)

Cuya misión es “brindar servicios médicos de prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante la permanente accesibilidad a la atención médica general y especializada y la visión es ser un Hospital modelo de atención general que brinda una atención médica con eficacia, eficiencia, calidad y calidez a toda la población beneficiaria de la Seguridad Social”.

(4)

En lo referente a la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto - UCI, esta viene funcionando desde 2013 y en la actualidad cuenta con 9 camas para cuidados intensivos Su recurso humano está constituido por un coordinador médico, cinco médicos especialistas en medicina crítica una coordinadora de enfermería, 15 licenciados en enfermería, seis auxiliares de enfermería y seis terapeutas respiratorios, todos ellos profesionales comprometidos con la institución y buscan que la calidad en el servicio sea óptima. (4)

El Hospital General Babahoyo desea alcanzar la excelencia en atención en salud de su población y sus alrededores por lo que es una prioridad mejorar la calidad de atención en la Unidad de Terapia Intensiva.

2. Justificación

La calidad de atención la define según la OMS como la capacidad de incrementar las probabilidades de resultados sanitarios deseados a las personas o grupo de población, incluyendo una correcta promoción, prevención, rehabilitación, paliación, la cual pueda medirse mediante indicadores, y permita una mejora continua (5). En los países de ingresos bajos y medianos se estima un 5,7 a 8,4 millones de muertes relacionadas a una atención de calidad deficiente, que provoca un aumento de estancia hospitalaria, gasto de recursos, pérdidas en la productividad.

El mantenimiento y mejoramiento de la calidad en áreas hospitalarias de relevancias como lo es terapia intensiva juega un papel importante, llevar a cabo un proceso de forma integral y coordinada buscando la máxima satisfacción del paciente crítico y sus familiares con utilización del mínimo de recursos, además de ser evaluados periódicamente, son los pilares de una atención de calidad. (6)

El presente trabajo busca conocer el estado actual de la unidad de cuidados intensivos del Hospital General IESS Babahoyo, así como contribuir al mejoramiento en la atención de calidad en el área, brindando información actualizada a nivel institucional y sectorial para tomar las medidas administrativas correspondientes siendo un ejemplo para otras instituciones hospitalarias.

3. Objetivos

3.1 General

- Contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital General Babahoyo “IESS”, octubre 2021 – marzo 2022.

3.2 Específicos

- Determinar el estado de situación de la unidad de terapia intensiva del Hospital General Babahoyo “IESS”
- Establecer el grado de satisfacción percibida por los familiares al alta de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital General Babahoyo “IESS”
- Identificar las medidas de carácter administrativo para mejorar la calidad de atención en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital General Babahoyo “IESS”

4. Marco teórico y conceptual

Desarrollo

4.1 Hospital General Babahoyo “IESS”

De acuerdo a la reglamentación del Ministerio de Salud Pública y del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS):

“Corresponde al Segundo Nivel de Atención, con un Cuarto Nivel de Complejidad, categoría del Establecimiento II-5, lo cual se determina como Hospital General y se ampara en La Constitución de la Republica Art. 32, en la cual la salud es considerada de interés público y los Decretos Ministeriales creados para dar apoyo a la gestión de las unidades de salud, con la finalidad de poner al alcance de todos y cada uno de los afiliados el acceso a la atención médica de forma cálida y oportuna”. (4)

Desde el año 2013, brinda atención médica en una nueva y moderna edificación con equipamiento de tecnología avanzada, ubicado en el cantón Babahoyo de la provincia de Los Ríos, con una capacidad de 120 camas censables y 59 no censables. (4)

Consta con servicios administrativos, consulta externa con 14 especialidades, servicio de emergencia, servicio de hospitalización con área de pediatría y neonatología, gineco-obstetricia, cirugía general y especializada, medicina interna y terapia intensiva de adultos y neonatos. También cuenta con servicios de apoyo como laboratorio clínico, centro de imágenes, farmacia, nutrición, área de admisión y servicio del asegurado y área de rehabilitación (Física, lenguaje y ocupacional). (4)

Este hospital está integrado a la Red Pública Integral de Salud, es decir con los centros de primer nivel y hospitales cantonales, así como con hospitales de referencia nacional, mediante

un sistema de Referencias y Contrarreferencias, que favorece la resolución del hospital al tiempo que evitará la masificación y permite reducir la ocupación de las salas de espera.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, tiene cobertura en diferentes cantones de la provincia de Los Ríos contando con una población de afiliados de 103.362, de los cuales 50.888 son hombres y 52.474 son mujeres, entre personas activas, Seguro Social Campesino y voluntarios, según el informe de rendición de cuentas del 2017. (7)

Entre las principales causas de morbilidad en el Hospital General Babahoyo tenemos: amigdalitis aguda, patologías de las vías urinarias, faringitis aguda, diarrea, gastroenteritis, hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad cardiaca hipertensiva, dolor abdominal y pélvico, cefalea y lumbalgia. (4) (8)

Las principales causas de defunción en el 2020 son por enfermedades isquémicas del corazón, diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares, septicemias, accidentes de transporte terrestre, enfermedades hipertensivas, cirrosis y debido a la pandemia del Covid-19, hay un aumento de defunciones por distrés respiratorio severo por neumonía viral, principalmente en adultos mayores con comorbilidades. (4) (8)

Las enfermedades crónico-degenerativas como la hipertensión arterial y diabetes son las principales patologías de la población afiliada, como consecuencia de los malos hábitos alimenticios, un importante grupo poblacional presenta obesidad.

Esta unidad médica brinda atención al usuario las 24 horas del día los 365 días del año, cuenta con 4 guardias de trabajo, donde laboran 145 médicos entre generales y especialistas, 108

licenciados de enfermería, 91 auxiliares de enfermería, 32 terapeutas respiratorios y personal de apoyo y administrativo.

4.2 Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Babahoyo “IESS”

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), tiene como objetivo el diagnóstico, tratamiento curación y recuperación de pacientes en etapa aguda, se caracteriza por ser un centro de vigilancia continua e intensiva, como una instalación especial dentro del área hospitalaria que proporciona cuidados a pacientes críticamente enfermos. (4)

“Los pacientes candidatos a entrar en cuidados intensivos son aquellos que tienen alguna condición grave de salud que pone en riesgo su vida y que por tal requieren de una monitorización constante de sus signos vitales y otros parámetros, como el control de líquidos”.

La función de esta unidad es brindar atención de calidad y calidez al servicio de los pacientes críticos que requieren soporte de al menos dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran tratamiento por fallo multiorgánico.

4.2.1 Organización de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Babahoyo

En la actualidad debido a los nuevos avances tecnológicos, las UCI, se han convertido en ambientes cada vez más complejos y multidisciplinarios. En donde trabajan multitud de profesionales en un contexto de estrés, por lo que, muchas veces, aspectos fundamentales como la atención a las familias y problemas no meramente médicos del propio paciente pueden pasar a un segundo plano. (9)

Las Unidades de Cuidados Intensivos son áreas de alta complejidad que requieren un equipamiento especial tanto equipos, insumos y profesionales de diferentes especialidades para un correcto abordaje terapéutico y mejorar los resultados. (9) Debido a todo lo expuesto estas unidades adquieren unas características propias que las diferencia de otras dentro del propio hospital. Los recursos humanos son mayores y los cuidados y recursos materiales y técnicos también son, necesariamente, mayores.

La UCI está ubicada en el segundo piso del Hospital General Babahoyo, junto al área de quirófanos, en una superficie de 252 metros cuadrados con un plan de espacios. (Tabla 1)

Tabla 1: *Espacios de la UCI del Hospital General Babahoyo “IESS”*

<i>Área del paciente</i>	Cubículo individual (8), cubículo individual de aislados (1)
<i>Área técnica</i>	Central de enfermeras
<i>Área de suministros y soporte</i>	Medicación, lencería, almacén de material fungible, almacén de aparataje y otros productos, residuos y ropa sucia, limpieza.
<i>Área de personal</i>	Despacho de supervisión, estar de personal, habitación médica de guardia.
<i>Área de familiares</i>	Despacho de información, sala de espera de familiares, baterías sanitarias, técnica de aislamiento familiares.

Fuente: Plan Funcional del Hospital General Babahoyo “IESS”

Cuenta con un equipo calificado de médicos especialistas y generales, enfermeras, auxiliares de enfermería, terapeutas respiratorios, todos ellos profesionales comprometidos con la institución y buscan que la calidad en el servicio sea óptima. (Tabla 2)

Tabla 2: *Distribución de horario de los profesionales*

<i>Médico Coordinador de Áreas Críticas</i>	1 profesional de 08:00 - 16:00 para un total de 40 horas semanales
<i>Médicos especialistas</i>	5 profesionales de guardia de 24 horas y asistenciales de 8 horas para un total de 40 horas semanales.
<i>Médicos residentes</i>	5 médicos generales de guardia de 24 horas para un total de 40 horas semanales.
<i>Enfermeras</i>	1 coordinadora de enfermería de 07:00 – 15:00 para un total de 40 horas semanales. 15 enfermeras en turnos de 12 horas para un total de 40 horas semanales.
<i>Auxiliares de enfermería</i>	6 auxiliares para movilización y aseo de los pacientes en turnos de 12 horas para un total de 40 horas semanales
<i>Terapeutas respiratorios</i>	6 profesionales de guardia de 24 horas para un total de 40 horas semanales
<i>Secretaria</i>	1 profesional para coordinar la realización de oficios y demás trámites con jefatura con un horario de lunes a viernes de 40 horas laborables.

Fuente: Datos del departamento de Talento Humano del HGB “IESS”

Contar con una Unidad de Cuidados Intensivos debidamente equipada es vital para cumplir los objetivos de la unidad que es tratar la enfermedad. En la siguiente tabla se describe los equipos con los que cuenta. (Tabla 3)

Tabla 3: Equipos de la UCI del Hospital General Babahoyo “IESS”

<p><i>Cubículo</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cama eléctrica con colchón anti escaras • Red central de gases medicinales • Monitor cardíaco • Ventilador mecánico • Bombas de infusión • Aspirador de secreciones • Lámparas • Mesa de Mayo • Saturómetro
<p><i>Unidad</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • 2 charoles de paro • 2 desfibriladores con marcapaso externo • 1 electrocardiógrafo • 1 broncoscopio más torre • 1 equipo de Rayos X portátil • Central de monitoreo • Monitor de traslado • Ventilador de traslado • Laringoscopios y ambú • Carro de procedimientos

Fuente: Departamento de Áreas Críticas

4.3 Gestión de la Calidad Asistencial

La calidad en la atención de salud ha sido definida por muchos expertos:

- Avedis Donabedian la define como “Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que puedan acompañar el proceso en todas sus partes” (10)

- La OMS define “Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las

necesidades de salud de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite” (5) (10)

4.3.1 Estándares de calidad, seguridad y servicio

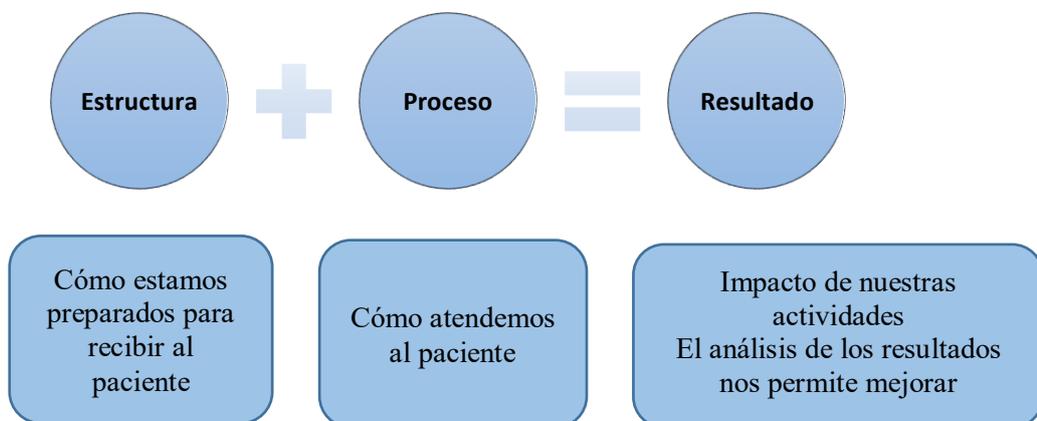
a. Modelo de Gestión de calidad en la Unidad de Cuidados Intensivos

Un plan de mejora de calidad en salud se basa en la estructura, proceso y resultado. Mediante la estructura sabemos que tan preparada esta la unidad para recibir a los usuarios; el proceso determina como atendemos a los pacientes y finalmente con el resultado se evalúa el impacto de las actividades de la unidad, en el paciente y en su familia, mediante indicadores mostrándonos las debilidades y fortalezas. (10)

Es fundamental hacer el análisis de los resultados para implementar planes de mejora al evaluar las debilidades, estimular la creatividad y el sostenimiento de las fortalezas. (11)

(Imagen 1)

Imagen 1: *Modelo de Gestión de calidad*



Fuente: Gestión de Áreas Críticas de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva

b. Indicadores de calidad en el Servicio de Medicina Intensiva

“Un indicador es una medición que describe una situación determinada, evalúa su comportamiento en el tiempo, su desempeño y constituye una fuente de información para la toma de decisiones”. Desde el punto de vista de la calidad y seguridad asistencial, habitualmente se ha adoptado lo propuesto originalmente por Avedis Donabedin en 1966 (12), en cuanto a que existen tres tipos de indicadores, según el atributo del proceso asistencial con el que se encuentre directamente relacionado:

- ✓ Indicadores de estructura
- ✓ Indicadores de proceso
- ✓ Indicadores de resultado

• Indicadores de estructura

Describen el tipo y la cantidad de los recursos utilizados por los proveedores de servicios de salud para entregar sus servicios y prestaciones. Estos indicadores dan cuenta de la presencia de determinado número de profesionales, pacientes, camas, insumos, equipamiento e infraestructura. (13) Para su interpretación es fundamental considerar el estándar o medida referencial recomendada con el cual se comparará su resultado.

Se dividen en 3 subcategorías:

1. Recursos Humanos
 - Ratio médica/paciente
 - Presencia de intensivista en UCI las 24 horas del día (Anexo 1)
 - Ratio enfermera/paciente
 - Recursos materiales y tecnológicos
 - Disponibilidad de ecógrafo multifunción (Anexo 2)
2. Recursos organizativos

3. Conexión entre estamentos

Ratio enfermera/paciente

El nivel de complejidad de la situación de salud de un paciente determina los requerimientos del recurso humano. El campo de acción de enfermería en las Unidades de Cuidado Intensivo es asistencial clínico, en las que la enfermería se destaca por ejercer diferentes funciones, la mayoría de estas, destinadas a la pronta recuperación del usuario. (14) (15)

Hace 40 años atrás se vienen aplicando diferentes escalas para establecer la cantidad de personal de enfermería en las UCI, la más reconocida en la actualidad es el TISS 28. “Es útil para medir la intensidad del tratamiento cuantificado de las intervenciones terapéuticas de enfermería realizadas en relación con la severidad de su enfermedad en los pacientes críticamente enfermos”. (16); a la vez sirve para vigilar la carga de trabajo y determinar la relación enfermero-paciente durante 24 horas. Cada ítem propuesto tiene un puntaje, finalmente se obtiene una puntuación total que clasifica el tipo de pacientes según grados y define la relación enfermero paciente. (17) (Tabla 4)

Tabla 4. Clasificación Sistema Simplificado de Calificación de la Intervención Terapéutica (TISS-28)

Grado	TISS Puntaje	Clasificación	Relación enfermera Paciente
I	< 10	Observación	1 = 4
II	10 – 19	Vigilancia activa	1 = 4
III	20 – 39	Vigilancia intensiva	1 = 2
IV	> 40	Terapéutica Intensiva	1 = 1 ó 2 = 1

Fuente: García de L. Capítulo XIX. Intervención terapéutica. En: Aztrana. Scores pronósticos y criterios diagnósticos 2da ed. España. 2006. p. 322-346.

- **Indicadores de proceso**

Permiten revisar como se presta el servicio en esta unidad. En este componente se interrelacionan las actividades durante las fases de planeación de la atención, ejecución del tratamiento, evaluación de la atención, seguimiento y salida del paciente. (12)

Se dividen en 4 categorías

- 1) Cuidados al paciente

- a. Monitorización de la sedación
- b. Analgesia en pacientes no sedados
- c. Registro de eventos adversos
- d. Rondas diarias por un equipo multidisciplinar (Anexo 3)

- 2) Conforts pacientes/familiares

- a. Encuesta de satisfacción (Anexo 4)
- b. Limitación del esfuerzo terapéutico

- 3) Relaciones con otros servicios

- a. Criterios consensuados de admisión en la UCI
- b. Alta precoz o no planificada de UCI (Anexo 5)

- 4) Docencia

- a. Plan de sesiones

- **Indicadores de resultado**

“Evalúan los cambios, favorables o no, en el estado de salud actual o potencial de las personas, grupos o comunidades que pueden ser atribuidos a la atención de salud. En consecuencia, miden la efectividad de la atención y su repercusión en el bienestar de las personas. Desde el punto de la seguridad de la atención los indicadores de resultado pueden apuntar a evaluar la aparición de eventos que generan daño o secuelas en el paciente y que

pueden ser prevenibles”. (12) (13)

Se dividen en 5 categorías:

- 1) Mortalidad
 - a. Mortalidad estandarizada
 - b. Mortalidad intrahospitalaria post-UCI (Anexo 6)
- 2) Seguridad del paciente
 - a. Bacteriemia primaria y relacionada con catéter (Anexo 7)
 - b. Extubación no programada
- 3) Morbilidad
 - a. Reingresos no programados en la UCI (Anexo 8)
- 4) Investigación
 - a. Número de publicaciones e impacto
- 5) Economía y gastos
 - a. Gasto de farmacia por paciente y día.
 - b. Gasto en antimicrobianos
 - c. Gasto en personal

4.3.2 Comité interno para la gestión de la calidad asistencial

La misión del comité interno para la gestión de la calidad asistencial es diseñar directrices para asegurar la atención de alta calidad, evitar daños potenciales en los pacientes y promover la costo-efectividad mediante prácticas médicas basadas en la evidencia. (18)

El comité está formado por un grupo interdisciplinario de carácter consultivo, quienes trabajan con los diferentes comités de una institución para alcanzar los objetivos definidos con la gestión de la calidad. (18)

Elaborar y coordinar la implementación de propuestas de mejora continua a partir de identificar las causas que originan insatisfacción en los usuarios es una de las tareas principales de este comité. De igual manera asesorar a la dirección de la institución de salud en la planificación, organización, coordinación y control del programa de calidad es parte de sus funciones. (19)

El plan operativo del comité busca detectar oportunidades de mejora, con la necesaria flexibilidad para actuar en situaciones inesperadas con planes de contingencia. Requiere de un sistema de evaluación para cada meta de calidad, la definición de estándares por alcanzar e indicadores que permitan evaluar el grado de cumplimiento y su evolución en relación al histórico y con otras instituciones de referencia similar. (20)

4.3.3 Evaluación Externa de la Calidad: Categorización y Acreditación

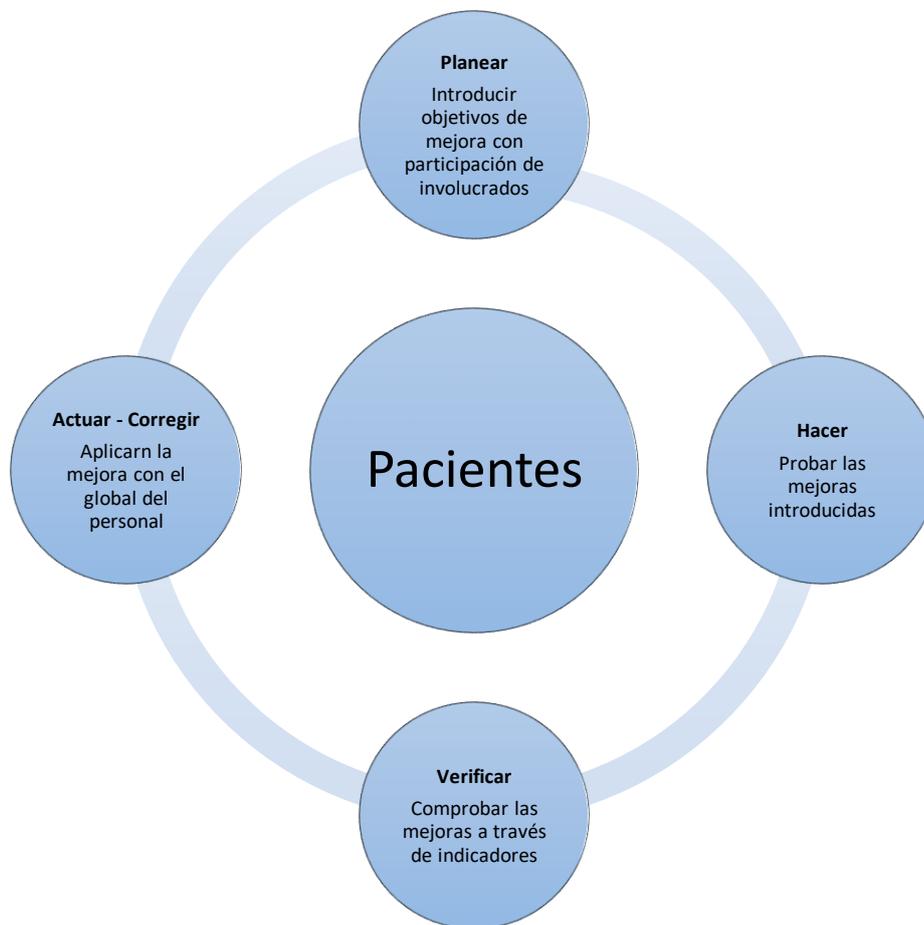
La evaluación a los servicios de salud se inicia a mediados del siglo XX, pero es en la década de 1950 donde se incrementa su impacto, creando diferentes métodos de valoración.

Existen dos grandes divisiones en la evaluación:

La evaluación interna: Se refiere al desarrollo de programas de mejora continua de la calidad asistencial propios de los establecimientos, basado en el esquema de Deming. (21)

(Imagen 2)

Imagen 2: *Ciclo de mejora de la calidad de Deming implementado habitualmente por los comités o las gerencias de mejora de calidad*



Fuente: Gestión de Áreas Críticas de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva

La evaluación externa: Se refiere a todas las metodologías en que un ente acreditador externo evalúa la calidad asistencial de los establecimientos de salud. Entre los métodos de evaluación externa más importantes tenemos:

- ✓ Categorización
- ✓ Acreditación
- ✓ Certificación ISO 9001
- ✓ Evaluación comparativa (benchmarking)

Categorización

Juzga las capacidades estratégicas del establecimiento en cuanto a capital humano, estructura edilicia, equipamiento, tecnología y descripción y registro de los procesos asistenciales. En el área de la salud la categorización intenta estimar y clasificar en niveles la capacidad asistencial de las instituciones; la categorización se realiza en función de la complejidad de la patología con idoneidad para asistir. (10)

Acreditación

Es un proceso de revisión periódica de la calidad asistencial solicitado voluntariamente por los establecimientos que prestan servicios de salud a un ente acreditador. El ente acreditador puede ser una organización no gubernamental sin fines de lucro o una dependencia del Estado; no puede tratarse de una empresa privada con fines de lucro. (10)

Las acreditadoras exigen que durante los lapsos de cada evaluación se cumplan con los indicadores de calidad asistencial establecidos para certificar a la institución en forma global.

Certificación ISO 9001

Es un proceso que certifica procesos aislados; la evaluación puede estar referida a un único o a múltiples procesos, correspondiente a un determinado servicio, por lo tanto, no acredita la calidad asistencial institucional global de acuerdo con estándares y resultados. (10)

Evaluación comparativa (benchmarking)

Es un método voluntario, donde un servicio o institución participa en un programa que permite comparar ciertos indicadores de calidad que proporcionan los participantes. Los indicadores son datos claves en la calidad y seguridad de la asistencia y son propuestos por el programa y abarcan diversos dominios de interés. (10)

4.3.4 Clima de trabajo y comunicación en Cuidados Intensivos

Para obtener buenos resultados en un equipo de trabajo de una organización es importante conocer ciertos aspectos visibles y otros no tan visibles. (22)

Los aspectos visibles son:

- ✓ La estructura organizativa
- ✓ Las políticas y los procedimientos
- ✓ La autoridad formal
- ✓ El equipamiento y los recursos
- ✓ La estrategia u objetivos

Los aspectos no tan visibles están basados sobre actitudes, motivaciones, percepciones, interacciones y relaciones interpersonales.

Conocer cada uno de estos aspectos mejora la cultura organizacional, generando mejores resultados y evitando errores, y un clima laboral idóneo en la unidad de cuidados intensivos.

Equipo de trabajo

Está formado por personas con diferentes habilidades complementarias con objetivos e involucramiento colectivo, por los cuales se hacen responsables. El líder de la unidad debe transformar ese espacio físico en un verdadero equipo de trabajo multidisciplinario porque se ha demostrado un vínculo positivo entre la mejora continua del trabajo en equipo y los resultados de los pacientes. (23)

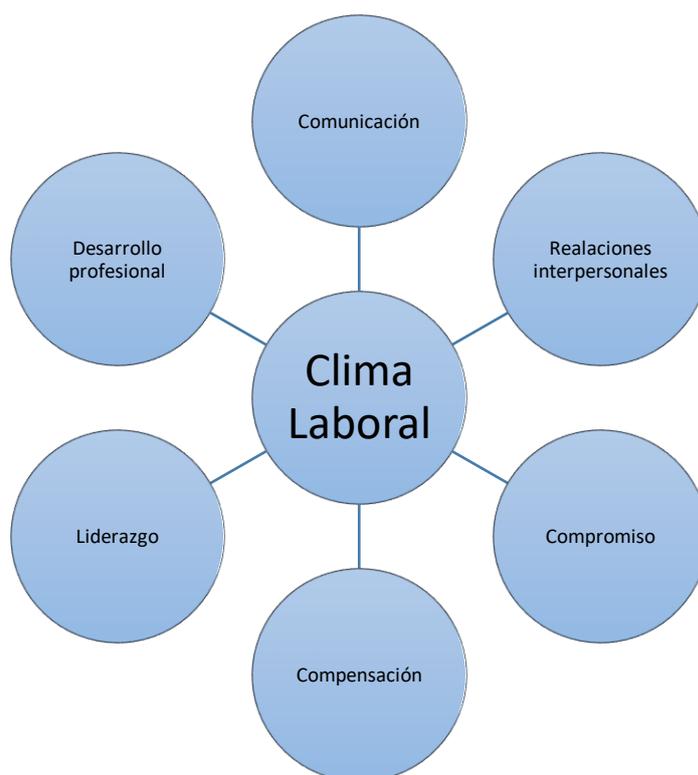
De igual manera, es importante detectar problemas que afectan el desempeño del personal de salud, uno de los más importante es el Síndrome de Burn-out o estrés laboral caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización, irritabilidad y pérdida de motivación hacia el trabajo y falta de realización personal. (24)

Clima de trabajo

Es de gran importancia determinar y evaluar las necesidades de los individuos, medir su grado de satisfacción y compromiso con la unidad de trabajo para gestionar un equipo de trabajo. El propósito no es solo hacer un diagnóstico de la situación sino elaborar un plan de trabajo según los aspectos evaluados con el fin de mejorar. (25)

La medición de cada componente del clima laboral mediante una encuesta determinara los aspectos de satisfacción personal considerados como fortalezas, las alertas y las oportunidades de mejora. (Imagen 3)

Imagen 3: *Componentes del clima laboral*



Fuente: Gestión de Áreas Críticas de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva

Entre los planes de acción para mejorar el clima laboral están el promover la formación y desarrollo profesional, reactivos a las carencias y necesidades; y diseñar una política de formación que contemple alternativas de proyección de las personas. (25)

Comunicación en Cuidados Intensivos

Mediante la comunicación se intercambian e interpretan mensajes por lo que se requiere que sea un proceso dinámico e irreversible, intencional y complejo. El líder de la unidad debe asegurar una correcta difusión del mensaje entre el grupo de trabajo, permitiendo la bilateralidad la claridad y la credibilidad del contenido. Hay que profundizar en lo referente a la comunicación dentro del equipo de trabajo y entre otras disciplinas, ya que en múltiples ocasiones puede ser causante de errores médicos. (26)

4.3.5 Comunicación de los Profesionales de UCI con el Binomio Paciente-Familia

En salud, la consulta y la atención hospitalaria constituyen modelos de encuentros sociales que se articulan a través de la comunicación. La comunicación con los familiares es “una de las tareas que generan más tensión en los profesionales de la salud y esto provoca que la relación con los pacientes y sus familias se vea mediatizada por las emociones negativas que dificultan la interacción entre profesionales y pacientes”, especialmente en la unidad de cuidados intensivos por el estado crítico de los pacientes. (27)

Habilidades que facilitan la comunicación

Es importante contar con un protocolo que facilite la comunicación, porque, si bien es cierto que cada paciente y su familia es un universo diferente considerando el mundo de sus sentimientos, (28) hay algunas habilidades que se deben tener en cuenta:

- ✓ Contener las emociones que va a desencadenar
- ✓ Cuando se dirija a un paciente o a su familia, hacerlo de tal manera que parezca que no existe nadie más que él
- ✓ Hablar con palabras sencillas. Dar opción a hacer preguntas
- ✓ Responder solo a lo que pregunte al familiar, sin exceso de información
- ✓ Proporcionar información veraz
- ✓ Utilizar de vez en cuando la sonrisa, es terapéutica
- ✓ Escuchar activamente cuando comunique una mala noticia

Desarrollo de la entrevista

Previo a la entrevista con el familiar es conveniente que el profesional conozca al paciente para poder responder las cuestiones que aparezcan, esto le asegura a la familia el interés en su ser querido. Detectar roles familiares mediante la presentación e identificación en su relación con el paciente. Indagar sobre aspectos relevantes sobre la estructura familiar para

las futuras recomendaciones.

Al conocerlos podemos regular el lenguaje para que comprendan los procesos diagnósticos, tratamiento y pronóstico. Es importante establecer desde el primer día objetivos finales de la internación y en cada día, los aspectos transversales. Se finaliza fijando lugar y hora del próximo informe. (27)

A las familias hay que prepararlas para lo que va a venir y educarlas sobre lo que va a pasar, para que sepan que esperar. (29)

Comunicación en la adecuación del esfuerzo terapéutico

Para comunicar este tipo de noticias es necesario que exista coincidencia dentro del equipo de trabajo. Una vez que hay concordancia en UCI, debemos llegar a un acuerdo con el resto de los profesionales tratantes. Se puede proponer un período de 2 o 3 días para evaluar la respuesta a nuevas opciones y considerando su resultado, reevaluar la situación. Finalizadas estas etapas, podemos iniciar el diálogo con la familia acerca de limitar conductas terapéuticas. (30)

En la conversación es importante destacar:

- ✓ Desear el mayor beneficio para su ser querido
- ✓ Estar frente al fracaso en recuperar su salud
- ✓ Buscar no prolongar el sufrimiento por el uso de tecnología
- ✓ Respetar los deseos del paciente, a pesar de que son diferentes de los propios

Comunicación de errores

En UCI se presentan errores ligados al cuidado de salud. Se estima que, en la etapa crítica, en cada decisión se consideran más de 100 factores y se realizan 178 intervenciones por día, por lo cual es probable que suceda un evento que cause daño.

No develar el error daña la alianza terapéutica, desde la bioética debemos hacerlo porque los pacientes tienen derecho a ser respetados como personas. Causar un daño y no comunicarlo atenta contra la no maleficencia y la beneficencia, se suma la falta de veracidad, fundamento de la relación médico – paciente, e impide que se tomen decisiones autónomas, al no disponer de toda la información. (31)

4.3.6 Satisfacción del paciente, la familia y el personal del equipo de salud.

La satisfacción es el sentimiento de bienestar que se tiene cuando se ha colmado un deseo o cubierto una necesidad. (10). En el ámbito de la medicina crítica, es extremadamente difícil lograr la satisfacción por las condiciones adversas a las que se ven sometidos al paciente y su familia, ya que un quiebre en la vida cambia su percepción del futuro e implica incorporarse a un medio desconocido e inhóspito. (32)

El Institute of Medicine en el 2001 publicó el artículo “Crossing the quality chasm” en el que hace énfasis al concepto de «medicina centrada en el paciente» estableciendo una serie de recomendaciones en cuanto al tratamiento y el proceso de decisiones basadas y adaptadas a las preferencias y opiniones de los pacientes, lo que da mejores resultados clínicos. (33)

En las unidades críticas es donde cobra mayor importancia, ya que la participación del paciente y la de su familia influyen profundamente en el proceso de la toma de decisiones y en

el pronóstico final. Los pacientes críticos debido a su estado de gravedad no están en condición de participar en el proceso asistencial, por lo que se acude a la familia de los pacientes en cuanto a los cuidados y toma de decisiones. (33)

Por tal motivo, dentro de los indicadores de calidad de una unidad crítica establecidas en el Plan Estratégico de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias, se incluyen aquellos que evalúan la satisfacción mediante una encuesta de calidad percibida al alta del Servicio de Medicina Intensiva para la adecuada gestión del servicio que incluya una atención segura, efectiva, oportuna y equitativa. (34)

El síndrome post-UCI que sufren los pacientes y familiares se puede disminuir con ciertas medidas como son mejorar la comunicación con el equipo al facilitar la comprensión de la información y brindar soporte emocional, involucrando a la familia en el cuidado del paciente, lo que hoy en día se busca es la Humanización de la UCI. (32)

4.3.7 Instrumentos de Medición de la Satisfacción en UCI

Según la literatura son varios los instrumentos que se han elaborado para tratar de medir el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en la UCI, principalmente en países de habla inglesa, pero traducidos a otros idiomas. (35)

De todos los cuestionarios evaluados:

- (Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI)
- Society of Critical Care Medicine Family Needs Assessment Questionnaire – (SCCMFNA)
- Critical Care Family Satisfaction Survey (CCFSS)

- Family Satisfaction in the ICU (FS-ICU34 o 24 items)
- Solo el FS-ICU cumple todas y cada una de las propiedades descritas (Tabla 5).

Tabla 5: Instrumentos para determinar la satisfacción de los familiares de los pacientes críticamente enfermos

Instrumento	Año	Referencia	Factibilidad	Validez Contenido	Validez Constructo	Consistencia Interna	Reproducibilidad	Sensibilidad	Idioma	Dominios/Items
CCFNI	1979	Molter	X	X	-	-	-	-	Inglés	1/45
	1986	Leske	X	X	-	X	-	-	Inglés	1/45
	1990	Co_tu-Wekulcyk et al	X	X	-	X	-	X	Francés	1/48
	2000	Bijtle et al	X	X	X	X	-	-	Holandés	5/45
	2000	Lee et al	X	X	-	X	-	-	Chino	1/45
SCCM-FNA	1998	Johnson et al	X	-	-	X	X	-	Inglés	4/14
	2008	Damghi et al	-	-	-	-	-	-	Árabe	
CCFSS	2001	Wasser et al	X	X	X	X	-	-	Inglés	5/20
	2008	Brown et al	X	X	X	X	-	-	Árabe	
FS-ICU34	2001	Heyland et al	X	X	X	X	X	-	Inglés	2/34
	2007	Stricker et al	X	X	X	X	X	X	Alemán	
									Chino	
									Portugués	
									Español	
									Francés	
									Sueco	
									Hebreo	
									Inglés	2/24
FS-ICU modificado	2005								Portugués	
									Sueco	
FS-ICU 24	2007								E, F, A	
									Griego	

E: español; F: francés; A: alemán

Fuente: Rothen 2010.

En el 2015, Van den Broek y cols. analizaron cuestionarios accesibles publicados en la literatura que miden la satisfacción familiar con los cuidados proporcionados en UCI. Encontrando solo 4 instrumentos categorizados como de nivel I. De los cuales solo el CCFNI y el FS-ICU son considerados como válidos y fiables desde el punto de vista de sus propiedades psicométricas. Sin embargo, opinan que el mejor cuestionario depende del objetivo específico que se busque, el contexto y la población de la investigación, por lo que aún no está definido.

(36)

4.3.8 Encuesta FS-UCI 24

El objetivo de la encuesta es conocer como evalúan los usuarios al sistema de salud brindado en terapia intensiva para establecer una retroalimentación informativa hacia el

personal que trabaja en esta área a fin de que conozcan la evaluación de su actividad global.

A través de los resultados de la encuesta se obtienen respuestas subjetivas de valoración sobre la atención recibida, que suelen ser graduadas en varios niveles y se utilizan escalas de actitudes. En el presente estudio se ha elegido la encuesta FS-ICU 24, considerada como uno de los instrumentos publicados en la bibliografía más completos. (35)

Heyland y cols, del departamento de Medicina y Enfermería del Kingston General Hospital, en Kingston, Ontario, Canadá elaboraron FS-ICU 24, (37) la cual está dividida en dos secciones fundamentales:

- En la primera sección se evalúa la Satisfacción con el Proceso del Cuidado. Con el objetivo de conocer el grado de satisfacción acerca de qué manera fueron tratados el paciente y sus familiares, los cuidados proporcionados por médicos, enfermeras y otros miembros del equipo, la atmósfera de la UCI y de la sala de espera.
- La segunda sección evalúa la Satisfacción con el Proceso de la Toma de Decisiones. Haciendo énfasis en cuatro aspectos principales: el intercambio de información, la deliberación sobre las opciones terapéuticas, la decisión acerca de dichas opciones y el rol del familiar como representante del paciente, así como una valoración global de todo el proceso de la decisión. (Anexo 9)

Mediante un estudio piloto este grupo de trabajo demostró que la encuesta FS-ICU 34 – 24 cumplía los requisitos psicométricos de validez, factibilidad y viabilidad. El cuestionario ha sido traducido a múltiples idiomas y fue el instrumento empleado para un estudio multicéntrico desarrollado en Canadá.

4.3.9 Estrategias de mejora continua

Una medida que ha sido demostrada mediante diversos estudios en base a la satisfacción es la comunicación entre todos los usuarios (paciente, familia, equipo de salud). De ahí la importancia de registrar, tomar conciencia, sobre qué aspectos dentro de nuestro servicio atentan contra ello y modificarlos en la medida de lo posible. (10)

Si aplicamos el esquema de Donabedian de analizar el sistema desde la estructura, los procesos y los resultados, existen múltiples oportunidades de mejora, en cualquier medio en que se trabaje.

Estructura

✓ *Recurso físico*

- Procurar un espacio privado para brindar la información.
- Facilitar la permanencia de los familiares con el paciente en habitaciones individuales, que permitan proximidad e intimidad.
- Mejorar las condiciones de espera de las familias.

✓ *Recurso humano*

- Comunicación con los familiares mediante entrevistas diarias, en lo posible con la misma persona, para lograr una relación de confianza y mantener coherencia en la transmisión de la información.
- Impreso de información que incluya los horarios, el lugar, el personal a cargo y la rutina del servicio contribuye a mejorar la satisfacción.
- Mejorar la política de visitas de familiares favorecen que la rutina familiar no se vea tan alterada y la participación en el cuidado del paciente mejora la seguridad, dándole soporte afectivo y atenuando un medio tan hostil.

- Un equipo multidisciplinario permite diversas miradas sobre un mismo paciente. Entre los recursos que mejoran el dialogo en el grupo de trabajo esta realizar pases de sala, establecer objetivos diarios o efectuar ateneos, permitiendo una atención consistente del paciente crítico y congruencia del mensaje a la familia.

Proceso

Consiste en la estructuración de las entrevistas a familiares y el uso de impresos. Incluyen identificación del médico a cargo, conocimiento de deseos y preferencias, identificación y manejo del dolor, soporte social y espiritual, reuniones interdisciplinarias con las familias.

Resultados

La satisfacción es uno de los indicadores de calidad en la UCI y la forma de medirla es cualitativa, a través de encuestas. La más difundida es la Encuesta de satisfacción de las familias (FS-ICU 24), validada en su versión de 24 ítems que muestra 3 dominios que fueron evaluados como positivos y 3 dominios con apreciación negativa.

- Entre los dominios positivos están la calidad de los médicos y de la atención médica, actitud compasiva y respetuosa del equipo hacia el paciente y su familia.
- Entre los dominios con apreciación negativos están la comunicación con los médicos, sala de espera y habilidad del paciente.

Entre las herramientas para mejorar las necesidades y satisfacción de los pacientes y las familias tenemos:

- Adecuar la estructura a las demandas actuales
- Manejar la información a través de entrevistas estructuradas
- Entrega de impresos o el uso de tecnología de información
- Asegurar el soporte emocional a través de grupos o estrategias como escribir un diario de la internación
- Mejorar la seguridad de las entrevistas cara a cara
- Modificar las políticas de visitas favoreciendo la estadía de los familiares
- Confort durante la internación.

Marco conceptual

De acuerdo a la SEMICYUC, (34) se exponen las siguientes definiciones en el campo de la salud:

- **Calidad de atención en salud**

Es la “atención centrada en las personas, las familias y las comunidades, con niveles óptimos de seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y acceso equitativo como atributos. El logro de estos atributos viene determinado por la disponibilidad de los servicios y su adecuada organización y gestión”.

- **Indicador de calidad en salud**

Es una medición que describe una situación determinada, evalúa su comportamiento en el tiempo, su desempeño y constituye una fuente de información para la toma de decisiones.

- **Presencia de intensivista en UCI las 24 horas**

Es la presencia física de un médico con título de especialista en medicina intensiva excluyendo médicos en periodo de formación las 24 horas en la unidad de cuidados intensivos. Este indicador de estructura garantiza la calidad asistencial, reduciendo la mortalidad y la estancia de los enfermos críticos.

- **Ratio enfermera/paciente**

Número mínimo de enfermeras a cargo de una determinada cantidad de pacientes, también lo podemos definir como la carga laboral de enfermería. Si la carga laboral de enfermería aumenta, principalmente por falta de personal, se ve resentida la calidad de los cuidados debido al incremento de las cargas de trabajo.

- **Disponibilidad de ecógrafo multifunción**

Disponibilidad de un equipo o diferentes equipos con sondas específicas para realizar ecografía vascular, pleuropulmonar, abdominal, ecocardiografía y Doppler transcraneal durante las 24 horas en la UCI, este indicador de estructura permite realizar e interpretar los estudios ecográficos las 24 horas del día a pie de cama ofreciendo la posibilidad de mejorar el diagnóstico y manejo de diferentes patologías y realizar procedimientos invasivos de forma más segura.

- **Encuesta de calidad en la satisfacción al alta de UCI**

Cuestionario que realiza el paciente o familiar al ser dado de alta de UCI a hospitalización, al domicilio o transferencia a otro centro; con el propósito de conocer la calidad percibida por los familiares de los pacientes ingresados en terapia intensiva. Es un indicador de proceso.

- **FS-ICU 24**

Instrumento para medir la satisfacción familiar, tanto de pacientes supervivientes como de pacientes fallecidos, en su versión traducida al español. Se ha realizado alguna modificación lingüística en cuanto a la traducción para adaptarse mejor a nuestro entorno. Además, se ha incluido un cambio significativo en la valoración de las preguntas referentes a «*otro staff de UCI*», ya que en nuestro medio el staff considerado como «otro personal de UCI» que consta en la encuesta original (trabajadores sociales y personal de cuidado pastoral) no existe.

- **Rondas diarias por un equipo multidisciplinario**

Sesión clínica conjunta médico-enfermero/a en la que se revisan los problemas principales y la toma de decisiones (objetivos diarios, plan diagnóstico y terapéutico) de los enfermos ingresados en UCI. Sería recomendable la incorporación de otros profesionales.

- **Cumplimentación de los registros de enfermería en UCI**

Son documentos legales que forman parte de la historia clínica del enfermo. Garantizan la calidad y continuidad de los procesos de enfermería. Recogen la actividad planificada y realizada por la enfermera, así como todos los datos derivados de la monitorización del paciente crítico. Mejora la comunicación multidisciplinar y es un indicador de proceso.

- **Mortalidad intrahospitalaria post-UCI**

Es la proporción de pacientes que fallecen en el hospital tras ser dado de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos con el fin de detectar los principales factores de riesgo. Este indicador de resultado permite diseñar estrategias dirigidas a reducir la mortalidad de los pacientes tras el alta de UCI.

- **Bacteriemia relacionada con catéter venoso central**

Es una infección asociada al uso de catéter venoso central, en la Unidad de Cuidado Intensivo son la principal causa de bacteriemias nosocomiales y la tercera causa de infección nosocomial. Este indicador de resultado tiene una mortalidad relacionada en torno al 10% y prolonga la estancia en UCI unos 5 – 8 días y se asocia a un importante consumo de recursos.

- **Reingresos no programados en la UCI**

Es el reingreso por causa no prevista; relacionado o no, e independientemente de donde hayan transcurrido las últimas 48 horas. Una tasa de reingresos elevada puede reflejar altas prematuras, una incorrecta atención en planta o una mala respuesta al tratamiento a pesar de una atención adecuada. Este indicador de resultado se relaciona con una estancia hospitalaria más larga, un aumento del consumo de recursos y una mayor morbi-mortalidad.

5. Metodología y diseño de la investigación

a) Tipo de estudio

Es un estudio descriptivo, transversal, cuantitativo y cualitativo.

b) Área de estudio

Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Babahoyo del IESS.

c) Universo y muestra

Universo:

El universo estuvo constituido por todos los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Babahoyo “IESS” en el periodo octubre 2021 – marzo 2022.

Muestra:

Se utilizó una muestra no probabilística por conveniencia, constituida por 60 familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Babahoyo “IESS” en el periodo octubre 2021 – marzo 2022.

Criterios de inclusión

- Familiares de pacientes ingresados en UCI por más de 24 horas y que aceptaron realizar la encuesta de satisfacción.

Criterios de exclusión:

- Familiares de pacientes que fueron dados de alta o fallecieron dentro de las primeras 24 horas de ser admitidos en terapia intensiva.
- Familiares de pacientes que fueron ingresados por más de 2 ocasiones en la Unidad de Cuidados Intensivos en el período de estudio.
- Familiares de personal que trabaja en el hospital.
- Familiares de pacientes con quienes, en algún momento de la estancia en UCI, hubo controversia con el personal de la terapia intensiva.

d) Medición y definición de las variables

Variable	Definición operacional	Dimensiones (Variables contenidas en la definición conceptual)	Indicadores Definición operacional	Escala
Indicadores de estructura en UCI	Permiten visualizar como la unidad está preparada para recibir y atender con altos estándares de calidad a los pacientes desde la infraestructura física hasta la gestión humana, financiera, equipos, dotación y suministros.	Presencia de Intensivista en UCI las 24 horas del día. Ratio enfermera/paciente Disponibilidad de ecógrafo multifunción	N° de días con intensivista de presencia física las 24 horas/365 días X 100 1:2 (1 enfermera por cada 2 pacientes) Disponibilidad de un equipo de ecografía multifunción 24 horas del día	80 - 100 % 60 – 79% < 60% Adecuado Inadecuado 80 - 100 % 60 – 79% < 60%
Indicadores de proceso en UCI	Permiten revisar como se presta el servicio en la unidad y como los aplicamos en la atención del paciente y su familia: pertinencia, accesibilidad,	Encuesta de satisfacción	Satisfacción de los cuidados Satisfacción de la familia con la toma de decisiones	Excelente Buena Regular Mala Excelente Buena Regular Mala

	continuidad, oportunidad, satisfacción del paciente y familia, y seguridad.	Rondas diarias por un equipo multidisciplinar	N° de días en los que se realizan rondas clínicas multidisciplinarias/365 días X 100	80 - 100% 60 – 79% < 60 %
		Cumplimentación de los registros de enfermería en UCI	N° de registros debidamente cumplimentados/N° de registros evaluados X 100	80 - 100% 60 – 79% < 60 %
Indicadores de resultado en UCI	Nos permiten evaluar las debilidades y las fortalezas e implementar planes de mejora.	Mortalidad intrahospitalaria post-UCI	Número de pacientes egresados de UCI que fallecen dentro de la institución de salud durante el tiempo del estudio.	$\geq 35 \%$ < 35%
		Bacteriemia relacionada con catéter venoso central	Episodios de bacteriemia según criterios de la CDC en pacientes que han permanecido más de 24 horas en UCI durante el período de estudio.	> 3 episodios por 1000 días de CVC. ≤ 3 episodios por 1000 días de CVC
		Reingresos no programados en la UCI	Reingreso a UCI por causa no prevista; relacionado o no, e independientemente donde hayan transcurrido las últimas 48 horas.	$\geq 4 \%$ < 4 %

e) Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

Revisión de la información estadística en el hospital, historias clínicas y encuestas de satisfacción realizada a los familiares de los usuarios.

f) Plan tabulación y análisis

Posterior a realizar la encuesta FS-ICU 24, se elaboró una base datos en MICROSOFT EXCEL 2016, para su análisis se usó el programa estadístico SPSS versión 19.0 para Windows y Stata 12/SE. Las variables cualitativas nominales fueron expresadas en porcentaje y las variables cualitativas ordinales en media \pm desviación estándar.

Las respuestas de la encuesta fueron transformadas en una escala Likert de 4 a 1, donde la mayor puntuación indica una satisfacción excelente y 1 mala, se determinaron, tal y como se ha explicado, las medias y las desviaciones estándar.

La fiabilidad de la encuesta es medida con el Alfa de Cronbach, cuanto más se aproxime a su valor máximo, 1, mayor es la fiabilidad de la escala. Es decir, valores del alfa superiores a 0,7 o 0,8 son suficientes para garantizar la fiabilidad de la escala.

Los demás indicadores de estructura, proceso y resultados fueron analizados según las fórmulas establecidas por la SEMICYUC.

g) Procedimientos

Se empleó la encuesta basada en SF-UCI (24), con ciertas modificaciones acoplada al tipo de institución médica sobre la Satisfacción Familiar en el Cuidado en la Unidad de Cuidados Intensivos, se la presentó a las autoridades del hospital quienes dieron su aprobación para iniciar el estudio.

Se inicio la captación de la muestra aplicando los criterios de inclusión y exclusión, y se envió la encuesta vía WhatsApp a los números telefónicos registrados durante la internación de los usuarios, a los cuales también se les solicitó consentimiento informado y se explicó el motivo y los objetivos de la investigación.

Realizar la encuesta en promedio toma entre 10 a 15 minutos. Se completó un total de 60 participantes, proceso que se llevó a cabo durante un mes y posteriormente se procedió a la tabulación y análisis de la evaluación.

6. Resultados

6.1 Indicadores de estructura

- **Presencia de Intensivista en UCI las 24 horas del día.**

Se evaluó la presencia de Intensivista desde octubre 2021 – marzo 2022

Tabla 6: *Presencia de Intensivista en UCI del Hospital General Babahoyo “IESS”, octubre 2021 – marzo 2022*

<i>Fórmula</i>	<i>Estándar</i>	<i>Resultado</i>
<i>156 días /182 días * 100</i>	100%	85.7%

Fuente: Datos de Departamento de Áreas Críticas

- **Ratio enfermera/paciente**
 - Durante el turno de 12 horas trabajan en el área 3 enfermeras.
 - La UCI cuenta con 9 camas
 - Según la Sociedad Americana de Cuidados Intensivos se mide según el nivel de asistencia de la UCI y según los puntos TISS o NEWS.
 -

Tabla 7: *Ratio enfermera/paciente en UCI del Hospital General Babahoyo “IESS”, octubre 2021 – marzo 2022*

<i>Tipo de Hospital</i>	<i>Promedio TISS</i>	<i>Relación enfermera/paciente</i>
<i>Nivel de asistencia II</i>	UCI – HGB “IESS”	UCI – HGB “IESS”
<i>1 enfermera/ 2 pacientes</i>	25,7 (IC 95% 22,4-28,9)	1 enfermera /3 pacientes

Datos: TISS: Sistema Simplificado de Puntuación de Intervención Terapéutica

Clase I: < 10 puntos (no necesitan UCI), Clase II: 10 – 19 puntos (Indicación UCI), Clases III: 20 -39 puntos (Asistencia intensiva), Clase IV: 40 puntos (UCI-prioridad)

Fuente: Datos del Departamento de Áreas Críticas

- ***Disponibilidad de ecógrafo multifunción***

Durante el período de estudio no hubo disponibilidad del ecógrafo multifunción las 24 horas del día en la Unidad de Terapia Intensiva. El área no cuenta con este equipo como se detalla en la Tabla 3 de los Equipos de la UCI del Hospital General Babahoyo “IESS”.

6.2 Indicadores de proceso

- ***Encuesta de satisfacción***

- Ingresaron en la UCI un total de 85 pacientes entre octubre 2021 – marzo 2022. De estos, 28 pacientes fallecieron durante su ingreso en la UCI (32,9 %) y los familiares de 21 pacientes (24,7%) no participaron en el estudio debido a los criterios de exclusión.
- Contamos con 64 encuestas, de las cuales 60 familiares (93,8%) desearon participar y 4 familiares (6.3%) no lo hicieron.
- De los 60 participantes disponemos de 45 (75%) encuestas de familiares de sobrevivientes durante la estancia en UCI y 15 (25%) encuestas de familiares cuyos pacientes fallecieron durante la estancia en UCI.

- ***Datos Demográficos***

- El grado de parentesco más frecuentemente repetido fue el de esposa/o (26,7%), seguido por padres e hijos (18,3% cada uno).
- Más de la mitad de los familiares encuestados (42 – 70%) no habían tenido una experiencia previa en una UCI.
- La mayor parte de los familiares (48 -80%) convivían con el paciente
- El 65% de los familiares tenían su domicilio dentro de la ciudad.

- **Satisfacción de los Cuidados**

- Los familiares encuestados catalogaron como “Bueno” los cuidados del familiar tanto en la consideración de sus necesidades, apoyo emocional y coordinación del cuidado (3 ± 0.7 , 2.9 ± 0.8 y $3,2\pm0.7$, respectivamente)
- Los familiares coincidieron con un grado de satisfacción “Bueno” con los cuidados de enfermería y del personal médico, en lo que respecta a habilidades, competencias y comunicación.
- En lo que respecta a la atmosfera en UCI, coincidieron los menores grados de satisfacción. La infraestructura con un grado de satisfacción “Regular” (2.6 ± 0.8) y el ambiente de la sala de espera “Malo” (1.7 ± 0.9)
- Los ítems de facilidad, comprensión, coherencia de la información y toma de decisiones también se catalogaron como “Bueno”.

En la Tabla 8 se detalla cada ítem sobre los cuidados y el proceso de la toma de decisiones, estableciendo el promedio y desviación estándar.

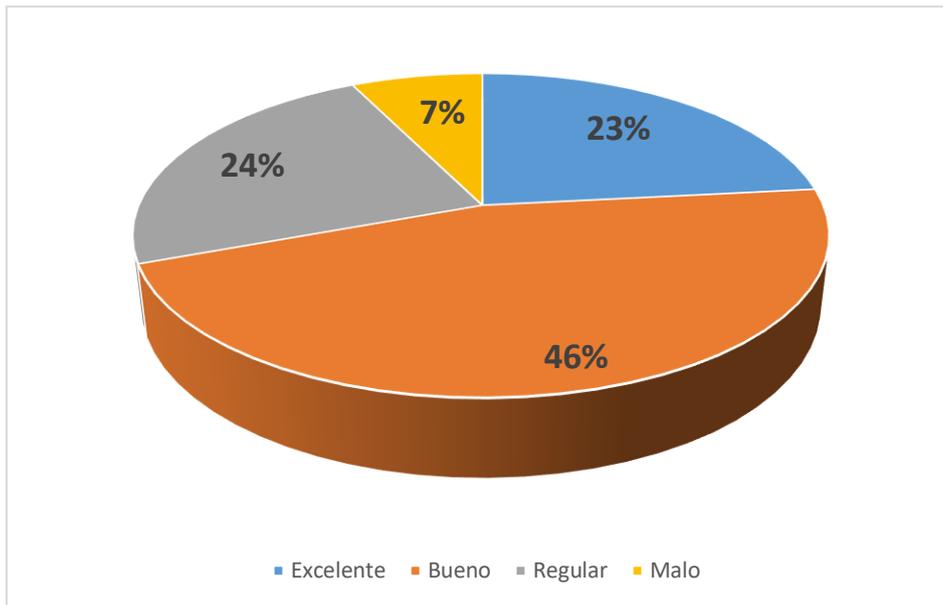
Tabla 8: *Grado de satisfacción de los familiares en el proceso de los cuidados y toma de decisiones de los pacientes de la UCI del Hospital General Babahoyo "IESS"*

	Grado de Satisfacción				Media	Máx.	Min.	Desvest
	Excelente	Bueno	Regular	Malo				
<i>Cuidado del familiar</i>								
Considerando sus necesidades.	15	31	13	1	3	4		0,7
Apoyo emocional	12	31	14	3	2,9	4	1	0,8
Coordinación del cuidado	20	29	11	0	3,2	4	2	0,7
<i>Cuidado profesional</i>								
Enfermería								
Habilidades y competencias	17	27	13	3	3	4	1	0,8

Comunicación con enfermería	14	26	16	4	2,8	4	1	0,9
Personal médico								
Habilidades y competencias	22	28	10	0	3,2	4	2	0,7
Comunicación con el médico	20	23	15	2	3	4	1	0,9
<i>Atmosfera UCI</i>								
Infraestructura	9	22	27	2	2,6	4	1	0,8
Ambiente de sala de espera	2	9	16	33	1,7	4	1	0,9
<i>Satisfacción de los cuidados en UCI</i>	7	32	14	7	2,7	4	1	0,8
<i>Necesidades de información</i>								
Facilidad para a información	16	28	16	0	3	4	2	0,7
Compresión de la información	18	31	9	2	3,1	4	1	0,8
Coherencia de la información	13	32	14	1	3	4	1	0,7
Satisfacción con el papel de la toma de decisiones	11	37	9	3	2,9	4	1	0,7
Fuente: Encuesta								

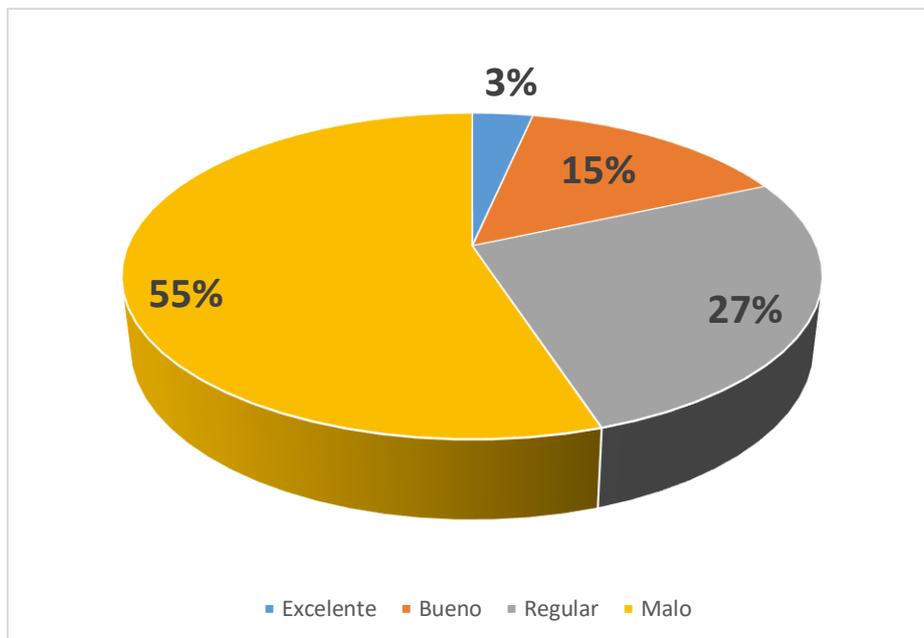
La satisfacción global de los cuidados en la UCI del Hospital General Babahoyo, octubre 2021 – marzo 2022 es “Buena” con un 46% en el total de las encuestas. (Gráfico 1). Mientras que la sala de espera los encuestados la catalogan como “Mala” con un 55%. (Gráfico 2). Los familiares de los pacientes fallecidos en su mayoría no se sintieron ni apoyados ni abandonados previos a la muerte de su familiar por el personal sanitario (1.9 ± 0.7) (Gráfico 3).

Gráfico 1: *Grado de Satisfacción de los Familiares de la UCI del Hospital General Babahoyo "IESS", octubre 2021 – marzo 2022*



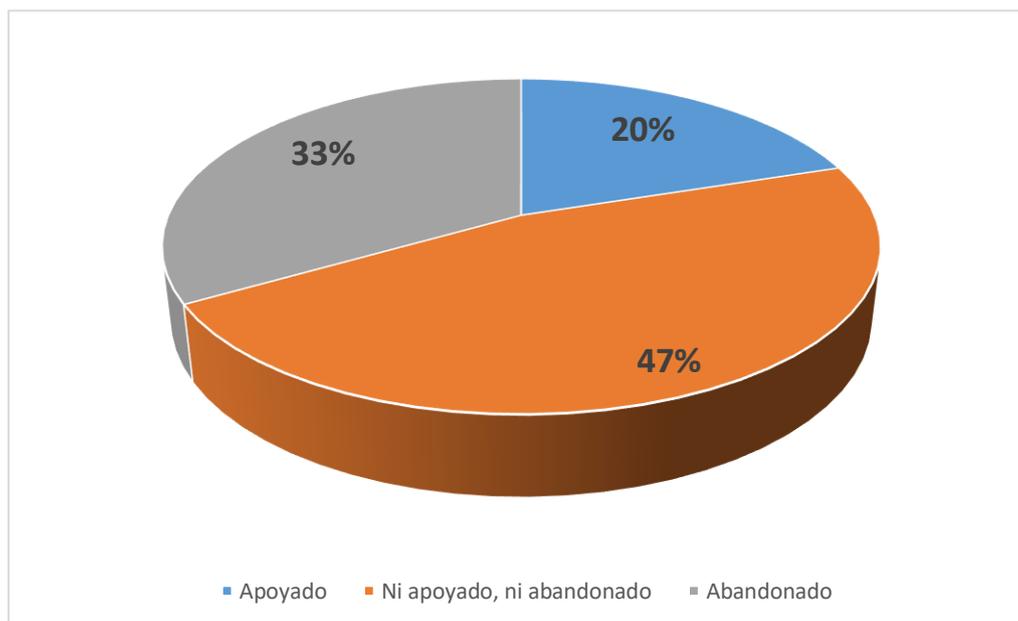
Fuente: Encuesta

Gráfico 2: *Grado de Satisfacción de la Sala de Espera de la UCI del Hospital General Babahoyo "IESS", octubre 2021 – marzo 2022*



Fuente: Encuesta

Gráfico 3: Apoyo del equipo sanitario previo a la muerte del familiar en la UCI DEL Hospital General Babahoyo “IESS”, octubre 2021 - marzo 2022



Fuente: Encuesta

La fiabilidad de los datos de la encuesta fue analizada por el Alfa de Cronbach con un valor de 0.942

- **Rondas diarias por un equipo multidisciplinar**

Las rondas diarias por equipo multidisciplinar en la UCI (Intensivista, enfermería, terapeutas respiratorios, fisioterapeutas, y especialistas de acuerdo a cada caso) del Hospital General Babahoyo se realizan de lunes a viernes en 2 turnos.

Tabla 9: Rondas diarias por equipo multidisciplinar en la UCI del Hospital General Babahoyo “IESS”, octubre 2021 – marzo 2022

<i>Fórmula</i>	<i>Estándar</i>	<i>Resultado</i>
$130 \text{ días} / 182 \text{ días} * 100$	80%	71.4%

Fuente: Datos de Departamento de Áreas Críticas

- **Cumplimentación de los registros de enfermería en UCI**

Se evaluaron 85 historias clínicas en 6 meses.

Tabla 10: *Cumplimentación de los registros de enfermería en la UCI del Hospital General Babahoyo “IESS”, octubre 2021 – marzo 2022*

<i>Fórmula</i>	<i>Estándar</i>	<i>Resultado</i>
$\frac{85 \text{ registros}}{85 \text{ registros}} * 100$	80%	100%

Fuente: Datos de Departamento de Estadística

6.3 Indicadores de resultado

- **Mortalidad intrahospitalaria post-UCI**
 - Altas al servicio de medicina interna, cirugía y gineco-obstetricia 45 pacientes.
 - Fallecieron 2 pacientes en el área de medicina interna post egreso en UCI
 -

Tabla 11: *Mortalidad intrahospitalaria post-UCI del Hospital General Babahoyo “IESS”, octubre 2021 – marzo 2022*

<i>Fórmula</i>	<i>Estándar</i>	<i>Resultado</i>
$\frac{2 \text{ pacientes fallecidos al alta de UCI}}{45 \text{ altas}} * 100$	< 5 %	4.4 %

Fuente: Datos de Departamento de Estadísticas

- **Bacteriemia relacionada con catéter venoso central**

Se presentó un episodio de bacteriemia asociada a catéter venoso central donde se aísla *Acinetobacter baumannii*.

Tabla 12: Bacteriemia relacionada con catéter venoso central en la UCI del Hospital General Babahoyo “IESS”, octubre 2021 – marzo 2022

<i>Fórmula</i>	<i>Estándar</i>	<i>Resultado</i>
$\frac{1 \text{ episodio de bacteriemia}}{910 \text{ días de CVC}} * 1000$	< 3 episodios por 1000 días de CVC	1,09 episodios por 1000 días de CVC

Fuente: Datos de Departamento Control de Infecciones

- **Reingresos no programados en la UCI**
 - Un total de 85 ingresos entre octubre 2021 – marzo 2022
 - Altas al servicio de medicina interna, cirugía y gineco-obstetricia un total de 45 pacientes
 - Transferencias a Unidades de Tercer nivel: 12
 - Fallecieron de 28 pacientes ingresados en UCI
 - Reingresos: 1

Tabla 13: Reingresos no programados en la UCI del Hospital General Babahoyo “IESS”, octubre 2021 – marzo 2022

<i>Fórmula</i>	<i>Estándar</i>	<i>Resultado</i>
$\frac{1 \text{ reingreso}}{45 \text{ altas}} * 100$	4 %	2,2 %

Fuente: Datos de Departamento de Áreas Críticas

Tabla 14: *Hallazgos y Medidas Administrativas para mejorar la calidad de atención en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital General Babahoyo “IESS”*

Déficits	Medidas de carácter administrativo	Factibilidad
<i>Estructura</i>		
<i>Falta de ecógrafo multifunción</i>	Incluir este equipo en un listado de necesidades de equipamiento de la Unidad de Cuidados Intensivos. Gestionar ante las autoridades del hospital la consecución del ecógrafo.	Se ha solicitado reiteradamente este equipo. Dado este antecedente, es incierta su consecución.
<i>Déficit ratio enfermera/ paciente</i>	La jefa de enfermería del área de UCI enviará un informe al departamento de Talento Humano sobre la necesidad del personal para cumplir con los objetivos de la unidad. Modificar los turnos de trabajo de las enfermeras en mañana, tarde y noche (tres turnos en vez de dos) con el fin de mantener la calidad en el cuidado del paciente, reducir el estrés profesional y la excesiva carga de trabajo.	Solicitud de nuevas plazas de trabajo en el ámbito de enfermería especializadas en Cuidados Intensivos.
<i>Falta de Intensivista en UCI las 24 horas del día</i>	Elaborar un informe por el jefe de áreas críticas sobre la necesidad de un médico especialista en	Al momento (junio, 2022) lleva tres meses el trámite de la plaza del nuevo

Medicina Crítica al departamento especialista.
de Talento para cumplir con el
estándar de este indicador.

Proceso

***Insatisfacción
según encuesta de
calidad percibida
por los familiares
al alta de UCI***

El cuidado emocional en UCI es Altamente factible. Se trata de adecuar horarios y actividades de los psicólogos. Ya existe una interesante experiencia de colaboración en el marco de la pandemia Covid-19. El cuidado emocional en UCI es muy delicado y no lo enseñan en las universidades, por lo que se requiere una formación continuada sobre la atención al familiar y habilidades de comunicación interpersonal y grupal en circunstancias críticas.

Para ayudar a los familiares en la toma de decisiones sobre la salud y en algunos casos prepararlos para la muerte, el personal debe tomar cursos de formación de relaciones personales, counselling, dramatización.

Incorporar a psicólogos clínicos que apoyen en esta actividad a los médicos y enfermeras con cursos de manera online y presencial con el fin de sensibilizar y adecuar el abordaje a los familiares de pacientes críticos. Con ello se mejorará la satisfacción final de los usuarios y la calidad de atención del área de Cuidados

	<p>Intensivos.</p> <p>Plantear a las autoridades del hospital una reestructuración de la sala de espera junto a la UCI cálida, acogedora, cómoda y amable, donde el familiar se encuentre confortable y reconfortado convirtiéndolas en sala de estar.</p>	<p>Debido a que es una institución pública, se deben realizar un análisis de costos. Por lo expuesto, es una medida a largo plazo.</p>
<p><i>Necesidad de rondas diarias por un equipo multidisciplinar</i></p>	<p>Como la presencia de especialistas se limita a días laborables de 8 horas implementar un pase de visita online durante los fines de semana para comentar las novedades.</p> <p>Incluir en las rondas diarias programadas a un farmacéutico y nutricionista debido a la importancia que tiene la farmacoterapia en UCI y la necesidad de cumplir con los requerimientos nutricionales de cada paciente.</p>	<p>Actualmente ya se ha ensayado lo propuesto, debe formalizarse.</p> <p>Medianamente factible, pues deben evaluarse la carga de trabajo del farmacéutico y nutricionista.</p>
<p><i>Resultado</i></p> <p>Aunque los tres indicadores de resultados evaluados no se</p>	<p>Evaluar adicionalmente otros indicadores de resultados con mayor periodicidad.</p> <p>Evaluar la mortalidad en UCI,</p>	<p>Es factible realizar este tipo de evaluaciones cada tres meses para mejorar y cumplir las metas de la</p>

encuentran bajo los estándares de la SEMICYUC, es probable que otros sí lo estén dado que los indicadores de estructura y proceso presentan déficits.

retraso al alta del servicio de medicina intensiva, infecciones asociadas a la atención en salud, entre otros.

unidad.

7. Análisis e interpretación de los resultados

Las Unidades de Cuidados Intensivos han evolucionado con el pasar del tiempo a partir de la evidencia y gravedad de los pacientes que ponen en peligro la vida, los cuales pueden ser mejor tratados si se agrupan en áreas específicas del hospital. “La calidad asistencial constituye uno de los pilares en los que se fundamenta la transformación y mejora de los sistemas sanitarios modernos”. (38)

Mejorar la calidad de la atención de los pacientes críticos es actualmente un objetivo sumamente deseado. (12) La calidad asistencial está relacionada con tres dimensiones distintas: estructura, proceso y resultados. “En cuanto a la gestión de calidad en la UCI, es importante disminuir los potenciales eventos iatrogénicos y organizativos que pueden influir en el resultado del paciente”. La calidad de la asistencia médica y la mejora de la atención en las UCI es proporcionada por los indicadores ya establecidos por la SEMICYUC.

En este contexto, en el presente trabajo se evaluaron tres indicadores de estructura, proceso y resultado para conocer el estado de situación de la UCI del Hospital General Babahoyo “IESS” y aportar al mejoramiento de dicha unidad mediante el planteamiento de medidas administrativas.

La supervivencia del paciente crítico está asociada a factores estructurales y organizativos como la presencia de un equipo de cuidados críticos, una dirección a tiempo completo en la Unidad de Cuidados Intensivos, la presencia de intensivistas las 24 horas, una relación estable paciente-enfermera a lo largo del día y la dotación de equipos de alta tecnología para el diagnóstico y tratamientos oportunos para reducir la mortalidad y la estancia en la UCI.

(34) (38)

Al estudiar los indicadores de estructura en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Babahoyo “IESS”, nos podemos dar cuenta, que el área cuenta con médico especialista el 85.7% durante el período de estudio, el cual se encuentra por el debajo del estándar de la SEMICYUC, pero igual se considera en un rango alto.

En relación al Ratio Enfermera/Paciente la unidad se ubica en un rango inadecuado, por ser una institución de segundo nivel de atención con un Sistema Simplificado de Puntuación de Intervención Terapéutica (TISS) grado III, lo cual recomienda la presencia de 1 enfermera por cada 2 pacientes. (16) (38)

Por el momento el área no cuenta con ecógrafo multifunción las 24 horas del día a pie de cama. Hoy en día la SEMICYUC recomienda que la ecografía clínica realizada por intensivistas en la UCI influye en la calidad asistencial ofreciendo la posibilidad de mejorar el diagnóstico y manejo de diferentes patologías y realizar procedimientos invasivos de forma más segura, efectiva y eficiente. (34)

Los indicadores de proceso hacen referencia a que hacemos o dejamos de hacer, en el ámbito clínico y aspectos asistenciales referidos al paciente o familia. “Organizaciones como la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) y el Institute for Healthcare Improvement (IHI) han propuesto que la manera de mejorar la calidad en la atención del paciente crítico debe basarse en asegurar la calidad del proceso estableciendo medidas que permitan valorar de forma directa lo que hacemos”. (39)

En los últimos 10 años es de gran importancia conocer el grado de satisfacción en la UCI, teniendo en cuenta que el paciente y sus familiares son la piedra angular de las atenciones y el tratamiento en el contexto del enfermo crítico. (33) En la encuesta realizada a familiares de la UCI del Hospital General Babahoyo “IESS” el grado de Satisfacción global se estableció como “Bueno” en el 46% del total de los encuestados, sin embargo, entre regular y malo hay un total de 31% lo cual llama la atención y en lo que hay que mejorar. Al evaluar cada una de las preguntas nos damos cuenta que en los aspectos a mejorar esta el apoyo emocional, comunicación con enfermería, infraestructura y el ambiente de la sala de espera.

Para ofrecer una atención segura a los enfermos hay que trabajar en equipo, por lo que las rondas clínicas diarias multidisciplinarias han demostrado disminuir el riesgo de eventos adversos, facilitan el trabajo y mejoran la comunicación entre profesionales. (34) (38) La SEMICYUC indica un estándar > 80% de rondas diarias por un equipo multidisciplinar al año, la UCI del Hospital General Babahoyo alcanza un 71.4% de rondas clínicas en los 6 meses de estudio, lo cual indica estar en un rango moderado.

Para lograr una asistencia sanitaria adecuada es fundamental la cumplimentación de los registros de enfermería. Son documentos legales que forman parte de la historia clínica del enfermo. Garantizan la calidad y continuidad de los procesos de enfermería. Recogen la actividad planificada y realizada por la enfermera, así como todos los datos derivados de la monitorización del paciente crítico. (34) La SEMICYUC indica un estándar del 100%, lo cual se cumple en la institución permitiendo una comunicación multidisciplinar.

Los indicadores de resultado definen como cambios en el estado de salud de un paciente puede ser atribuido a una intervención o a la ausencia de una intervención, (39) (40) para lo

cual en el presente estudio se eligió a tres indicadores relevantes en este ámbito como son la mortalidad post UCI, la bacteriemia asociada a catéter venoso central y reingresos no programados a UCI. Según los resultados encontrados ninguno de los indicadores se encuentra por debajo de estándar planteado por la SEMICYUC, lo que disminuye el número de eventos adversos, estancias prolongadas, consumo de recursos, costes y la morbi-mortalidad hospitalaria.

8. Conclusiones

- Al evaluar el estado de situación de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital General Babahoyo “IESS” se encontró déficits en los indicadores de estructura y proceso, para las cuales se debe gestionar las medidas necesarias para brindar una atención de calidad y satisfacer las necesidades de los usuarios.
- Mediante el empleo de la encuesta FS-UCI 24, se constató que el grado de satisfacción global de los familiares de los pacientes de UCI es “Bueno” y los aspectos que deben mejorar son el apoyo emocional, comunicación con enfermería, infraestructura y el ambiente de la sala de espera, para aumentar la expectativas y confianza de los usuarios acerca del servicio brindado en la unidad.
- Una vez que se conoció el estado de situación de la UCI y el grado de satisfacción percibida por los familiares, se identificaron medidas de carácter administrativas correspondientes a cada uno de los indicadores estudiados de acuerdo a lo propuesto por Donabedian. Entre las medidas tenemos solicitud de personal médico y de enfermería especializado, dotación de equipamiento, realizar cursos y capacitaciones al personal sobre la atención al familiar y habilidades de comunicación interpersonal y grupal en circunstancias críticas, reestructuración de la sala de espera, incorporar nuevos especialistas a las rondas diarias de pase de visita y evaluar nuevos indicadores de resultados para cumplir con las metas de la unidad con grado medio – alto de factibilidad.
- La implementación de estas medidas ayudara a mejorar calidad de la atención en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital General Babahoyo “IESS”, con niveles óptimos de seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y acceso equitativo.

9. Recomendaciones

- Dado que el presente estudio tiene que ver con gestión y calidad, se sugiere que los administradores del Hospital y UCI, enfoquen sus objetivos a partir de los resultados de este trabajo.
- Se recomienda, en la medida de lo posible, en cuanto a estructura llenar los déficits de recursos humanos y equipos.
- Se plantea en cuanto a procesos revisar protocolos, estándares y recomendaciones.
- La satisfacción del usuario mejorará con un adecuado abordaje a los familiares para lo cual es de esencial importancia capacitar continuamente al personal de UCI.
- Se propone evaluar nuevos indicadores resultados en UCI en futuras investigaciones para corroborar que se está mejorando en la unidad.

10. Bibliografía

1. Álvarez-Maldonado P CRGCDUPRANRFCSR. Indicadores de calidad en una unidad de cuidados intensivos respiratorios. Análisis inicial de la base de datos DEDUCIR. Medicina Intensiva. 2012 Octubre; 36(7).
2. Pública. MdS. Guía de mejoramiento de la calidad en la atención integral de salud de las personas adultas mayores. Guía del MSP-OPS-Ecuador. Quito: Ministerio de Salud Pública, Medicina Familiar; 2011.
3. Rodríguez G MMMP. Indicadores de Calidad en el Enfermo Crítico. Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias "SEMICYUC". 2017; ISBN: 978-84-941142-4-3.
4. Babahoyo. HG. Plan Médico Funcional IESS Hospital Babahoyo II. Babahoyo: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Dirección Médica; 2014.
5. Organización Mundial de la Salud. WHO. [Online].; 2022. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>.
6. Lorenzo R SM. Gestión de la Calidad en una Unidad de Cuidados Intensivos: Implementación de la norma ISO 9001:2008. ESCIELO Medicina Intensiva. 2010 Octubre; 34(VII).
7. D. C. Informe de rendición de cuentas. Babahoyo: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Dirección Provincial de Los Ríos; 2017.
8. INEC. Base de datos de defunciones generales. Los Ríos: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Registro Estadístico; 2020.
9. P. K. El cuidado y la tecnología en las unidades de cuidados intensivos. SCIELO Index de Enfermería. 2013 Julio/Septiembre; 23(3).

10. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Gestión Areas Críticas. Primera edición ed. Ciudad Autonoma de Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2018.
11. Randall J, Cook D. Intensive Care Unit Quality Improvement: A "how-to" guide for the interdisciplinary team. Crit Care Med. 2006; 34(1):211-8.
12. Padilla N, Aguado F. Creación de una red de UCI para medir el rendimiento y mejorar su eficiencia y calidad. Gest y Eval Cost Sanit. 2014; 15(3)(295-305).
13. Ministerio de Salud de Chile. Indicadores de Calidad. Superintendencia de Salud. 2010.
14. Organización Panamericana de la Salud. Servicios de enfermería y partería para contribuir al logro de la equidad, el acceso, la calidad y la sostenibilidad de los servicios de salud. 2004; 2.
15. Cormack L. Historia de la Enfermería, Trabajo de recopilación bibliográfica 2010. Comahue, Perú. ;(37).
16. Miranda R. Simplified therapeutic intervention scoring system. The TISS-28 items-results from a multicenter study. Crit Care Med. University Hospital of Groningen, Holanda. 1996;(64-73).
17. García L, Añon J, Cabestrero D. Scores pronósticos y criterios diagnósticos en el paciente crítico. Segunda Edición. Madrid Ergon. 2006;(322-336).
18. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Directrices de organización y funcionamiento de Comités de Gestión de Calidad en los establecimientos de salud. [Online].; 10/8/2016. Available from: www.faosdir.org.ar/res2041_14_ms.doc.
19. Secretaria de la Gestión Pública , Presidencia de la Nación , Premio Nacional a la Calidad - Sector Público. Servicio de Información y Documentación del Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Ciudad Autonoma de Buenos Aires. [Online].; 2010.

20. Committee on Quality of Health Care in America , Institute of Medicine. Nacional Academy Press. Washington DC. [Online].; 2001. Available from: www.nap.edu/read/10027/chapter/7#117.
21. Deming E. Out of the crisis. MIT Press. 1982.
22. Pelieu I, Djadi-Prat J, Consoli S. Impact of organizational culture on preventability assessment of selected adverse events in the UCI: Evaluation of morbidity and mortality conferences. Intensive Care Med. 2013; 39:1214-20.
23. Katzenbach J, Smith D. La disciplina de los equipos en el trabajo en equipo: ventajas y dificultades. Ed. Granica. 2000;(81-102).
24. Bienvenu J. Is this critical care clinician burned out? Intensive Care Med. 2016; 42:1794-6.
25. Silva Moises M, Medeiros S, Cartaxo de Freitas J. Influencia del contexto del trabajo en la salud de los profesionales de enfermería de una unidad de cuidados intensivos en un hospital universitario. Enferm Glob. 2013; 12:185-97.
26. Rehim S, DeMoor S, Olmsted R. Tools for assessment of communication skills of hospital action teams: A systematic review. Journal of Surgical Education. 2016; 74:341-51.
27. Gómez Sancho M. Cómo dar las malas noticias en medicina. Madrid: Arán Ediciones. 2006.
28. Gherardi C. Vida y muerte en terapia intensiva. Buenos Aires: Editorial Biblos. 2007.
29. Gómez Sancho M. La pérdida de un ser querido: el duelo y el luto. Madrid: Arán Ediciones. 2007.
30. Curtis J, Nielsen E, Treece P. Effect of a quality-improvement intervention on end-of-life care in the intensive care unit. Am J Respir Crit Care Med. 2011; 183(3):348-55.

31. Hébert P, Levin A, Robertson G. Bioethics for clinicians: Disclosure of medical error. *CMAJ*. 2001; 164(4):509-13.
32. Gries C, Engelberg R. Predictors of symptoms of posttraumatic stress and depression in family members after patient death in the ICU. *Chest*. 2010;137(2):280-7.
33. Peña H, Talledo M, Ruiz O. Satisfacción en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): la opinión del paciente como piedra angular. *Med Intensiva*. 2017;41(2):78-85.
34. Indicadores de calidad del enfermo crítico. Actualización 2017. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). ISBN: 978-84-941142-4-3; Deposito Legal: M-21564-2017.
35. Rothen H, Stricker K, Heyland D. Family satisfaction with critical care: measurements and messages. *Curr Opin Crit Care*. 2010 Dec; 16(6):623-631.
36. Van de Broek J, Brunsveld-Reinders A, Zedlitz A. Questionnaires on Family Satisfaction in the Adult ICU: A Systematic Review Including Psychometric Properties. *Crit Care Med*. 2015 Mar 27.
37. Heyland D, Tranmer J. Measuring family satisfaction with care in the intensive care unit: the development of a questionnaire and preliminary results. *J Crit Care*. 2001 Dec; 16(4): 142-149.
38. Unidades de Cuidados Intensivos. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid 2010.
39. Martín MC, Cabré L, Ruíz J. Indicadores de calidad en el enfermo crítico. *Medicina Intensiva*. 2008 Enero; 32(1): 23-32).
40. César Raúl Aguilar García CMT. La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)*. 2017 Mayo-Junio; 31(3).

Anexo 2

Nombre del indicador

Disponibilidad de Ecógrafo Multifunción

<i>Dimensión</i>	Efectividad, eficiencia, seguridad, accesibilidad
<i>Justificación</i>	La disponibilidad de un ecógrafo multifunción en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) permite realizar e interpretar los estudios ecográficos las 24 horas del día a pie de cama ofreciendo la posibilidad de mejorar el diagnóstico y manejo de diferentes patologías y realizar procedimientos invasivos de forma más segura.
<i>Fórmula</i>	Disponibilidad de un equipo de ecografía multifunción 24 horas del día.
<i>Explicación de términos</i>	Ecógrafo multifunción: Disponibilidad de un equipo o diferentes equipos con sondas específicas para realizar ecografía vascular, pleuropulmonar, abdominal, ecocardiografía y Doppler transcraneal durante las 24 horas en la UCI.
<i>Población</i>	Todas las Unidades de Cuidados Intensivos Criterios de exclusión: El Doppler transcraneal será imprescindible en aquellas unidades que atienden pacientes neurocríticos.
<i>Tipo</i>	Estructura
<i>Fuente de datos</i>	Registro de equipamientos de UCI
<i>Estándar</i>	100% (SÍ)
<i>Comentarios</i>	Se recomienda el entrenamiento de los profesionales del paciente crítico en ecografía clínica mediante formación reglada Referencias: <ul style="list-style-type: none"> • Alvarez-Fernandez JA, Nunez-Reiz A; en representación del Club de Ecografía UCI Madrid de la SOMIAMA. Clinical ultrasound in the ICU: changing a medical paradigm. Med Intensiva. 2016 May;40(4):246-9 • Expert Round Table on Ultrasound

Anexo 3

Nombre del indicador

Encuesta de Calidad Percibida al Alta de UCI

<i>Dimensión</i>	Satisfacción
<i>Justificación</i>	La atención centrada en el enfermo y en la familia constituye uno de los principales objetivos de la atención asistencial. Las encuestas de satisfacción son un método útil para conocer la calidad percibida por los familiares de los pacientes ingresados en la UCI. Pueden también valorar la satisfacción de los enfermos.
<i>Fórmula</i>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de encuestas entregadas y contestadas}}{\text{N}^\circ \text{ de enfermos dados de alta del SMI}} \times 100$
<i>Explicación de términos</i>	<p>Alta incluye: Alta a planta, domiciliaria, a otro centro o exitus. Se contabilizarán los reingresos</p> <p>Encuesta contestada: Encuesta devuelta con más de un 70% de ítems contestados por el propio enfermo o familiares.</p> <p>Se recomienda la utilización del cuestionario FS-ICU (Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit: FS-ICU) en cualquiera de sus versiones.</p>
<i>Población</i>	<p>Todos los enfermos dados de alta del SMI durante el periodo de estudio</p> <p>Criterios de exclusión: Estancia en UCI < 24 horas</p>
<i>Tipo</i>	Proceso
<i>Fuente de datos</i>	Documentación clínica. Sistema de información clínica. Registros específicos
<i>Estándar</i>	> 75%
<i>Comentarios</i>	<p>Se recomienda al menos un corte anual de 4 semanas. La encuesta debe incluir ítems sobre:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Condiciones medioambientales; 2. Relación con el personal médico; 3. Relación con el personal de enfermería; 4. Aspectos relacionados con las visitas; 5. Información recibida

Anexo 4

Nombre del indicador

Rondas diarias por un equipo multidisciplinar

<i>Dimensión</i>	Seguridad
<i>Justificación</i>	El trabajo en equipo es imprescindible para ofrecer una atención segura a los enfermos. Las rondas clínicas diarias multidisciplinarias han demostrado disminuir el riesgo de eventos adversos, facilitar el trabajo en equipo y mejorar la comunicación entre profesionales.
<i>Fórmula</i>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días en los que se realizan rondas clínicas multidisciplinarias}}{365} \times 100$
<i>Explicación de términos</i>	Rondas clínicas multidisciplinarias: Sesión clínica conjunta médico-enfermero/a en la que se revisan los problemas principales y la toma de decisiones (objetivos diarios, plan diagnóstico y terapéutico) de los enfermos ingresados en UCI. Sería recomendable la incorporación de otros profesionales, Ej. farmacólogo clínico, fisioterapeuta.
<i>Población</i>	Todos los días del año
<i>Tipo</i>	Proceso
<i>Fuente de datos</i>	Plan Funcional de la Unidad de Cuidados Intensivos
<i>Estándar</i>	80%
<i>Comentarios</i>	La sesión clínica conjunta puede plantearse en múltiples formatos, desde pase de visita a pie de cama hasta el pase de guardia clásico con la participación de diferentes profesionales. Se recomienda el uso de herramientas como los objetivos diarios o listados de verificación y su documentación en el sistema de información clínica.

Anexo 5

Nombre del indicador *Cumplimentación de los Registros de Enfermería en UCI*

<i>Dimensión</i>	Continuidad asistencial
<i>Justificación</i>	Los registros de enfermería constituyen una parte fundamental de la asistencia sanitaria. Son documentos legales que forman parte de la historia clínica del enfermo. Garantizan la calidad y continuidad de los procesos de enfermería. Recogen la actividad planificada y realizada por la enfermera, así como todos los datos derivados de la monitorización del paciente crítico. Mejora la comunicación multidisciplinar.
<i>Fórmula</i>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de registros debidamente cumplimentados}}{\text{N}^\circ \text{ de registros evaluados}} \times 100$
<i>Explicación de términos</i>	<p>Registros de enfermería: Graficas informatizadas o en papel donde se recoge toda la información sobre el enfermo y la actividad realizada en los procesos enfermeros, así como toda la documentación y anexos aceptados por la comisión de documentación clínica del hospital.</p> <p>Debidamente cumplimentados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro de todos los datos especificados en la normativa de uso de la Historia clínica de cada hospital • Breve resumen por turno del estado del enfermo y registro de toda la actividad planificada y realizada por la enfermera. Todo ello debidamente firmado por el profesional enfermero responsable del enfermo.
<i>Población</i>	Todos los registros de enfermeros dados de alta de UCI, durante el período de estudio.
<i>Tipo</i>	Proceso
<i>Fuente de datos</i>	Documentación clínica. Sistema de información clínica
<i>Estándar</i>	100 %

Anexo 6

Nombre del indicador

Alta precoz o no planificada de UCI

<i>Dimensión</i>	Seguridad, adecuación.
<i>Justificación</i>	<p>El número limitado de camas en UCI y el incremento de enfermos críticos, favorece el hecho de que algunos enfermos sean dados de alta de forma precoz o no planificada.</p> <p>El alta precoz o no planificada se asocia a un incremento en el número de eventos adversos, reingresos, estancias, costes y de mortalidad hospitalaria.</p>
<i>Fórmula</i>	$\frac{\text{Nº de enfermos con alta precoz o no planificada de UCI}}{\text{Nº de enfermos dados de alta de UCI}} \times 100$
<i>Explicación de términos</i>	<p>Alta precoz o no planificada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aquella se realiza de forma no programada o no consensuada en sesión clínica o forzada para ingresar otro enfermo independientemente del horario • Enfermos dados de alta sin cumplir criterios estandarizados.
<i>Población</i>	Todos los enfermos dados de alta d UCI durante el período de estudio.
<i>Tipo</i>	Resultado
<i>Fuente de datos</i>	Documentación clínica. Sistema de información clínica.
<i>Estándar</i>	< 5%
<i>Comentarios</i>	Los equipos de emergencias médicas o el seguimiento de estos enfermos por profesionales de intensivos podrían reducir el impacto negativo en estos enfermos.

Anexo 7

Nombre del indicador *Bacteriemia relacionada con el Catéter Venoso Central*

<i>Dimensión</i>	Seguridad, efectividad
<i>Justificación</i>	La utilización de catéteres venosos centrales (CVC) es una práctica indispensable en el tratamiento de los enfermos hospitalizados. La infección es una de las complicaciones más importantes relacionadas con su uso. En la UCI, las bacteriemias por CVC, son la causa principal de bacteriemias nosocomiales y son la tercera causa de infección nosocomial después de la neumonía y la infección urinaria. Aunque su impacto real no está bien establecido, tienen una mortalidad relacionada, en torno al 10%, y prolongan la estancia en UCI unos 5-8 días y se asocia a un importante consumo de recursos. Es una infección con oportunidad de ser prevenida.
<i>Fórmula</i>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de episodios de bacteriemia}}{\text{N}^\circ \text{ total de días CVC}} \times 1000 \text{ días de CVC}$
<i>Explicación de términos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Bacteriemia por CVC: Según criterios CDC y utilizados en el ENVIN-UCI • Criterios de exclusión: Bacteriemias de foco desconocido.
<i>Población</i>	Todos los días de catéter venoso central en enfermos dados de alta que han permanecido mas de 24 horas en el SMI, durante el periodo de estudio.
<i>Tipo</i>	Resultado
<i>Fuente de datos</i>	Documentación clínica. Sistemas de información clínica. Laboratorio microbiología.
<i>Estándar</i>	< 3 episodios por 1.000 días de CVC.
<i>Comentarios</i>	Fuente del estándar: resultados del Estudio ENVIN-UCI. http://hws.vhebron.net/envin-helics/

Anexo 8

Nombre del indicador

Reingresos no programados en UCI

<i>Dimensión</i>	Seguridad, eficiencia
<i>Justificación</i>	<p>Una tasa de reingresos elevada puede reflejar altas prematuras, una incorrecta atención en planta o una mala respuesta al tratamiento a pesar de una atención adecuada. Tasas bajas pueden reflejar estancias en UCI excesivamente prolongadas (criterios de alta inadecuados)</p> <p>En general el reingreso se relaciona con una estancia hospitalaria más larga, un aumento del consumo de recursos y una mayor morbi-mortalidad.</p>
<i>Fórmula</i>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ enfermos con reingreso no programados} < 48 \text{ horas}}{\text{N}^\circ \text{ enfermos dados de alta de UCI}} \times 100$
<i>Explicación de términos</i>	<p>• Reingreso no programado: Reingreso por causa no prevista; relacionado o no, e independientemente de donde hayan transcurrido las últimas 48 horas.</p>
<i>Población</i>	<p>Todos los enfermos dados de alta de UCI durante el periodo de estudio</p> <p>• Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exitus - Altas con indicación de limitación de tratamiento de soporte vital
<i>Tipo</i>	Resultado
<i>Fuente de datos</i>	<p>Departamento de Admisiones</p> <p>Servicio de Medicina Intensiva</p>
<i>Estándar</i>	4%
<i>Comentarios</i>	El índice de reingreso observado en los diferentes estudios oscila entre el 4-14% (media 7%)

Anexo 9

Encuesta de Satisfacción Familiar con los Cuidados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Babahoyo "IESS"

Datos Demográficos

Por favor, complete lo siguiente para ayudarnos a conocer un poco sobre usted y su relación con el paciente.

- Grado de parentesco con el paciente
 - Esposa (o)
 - Hija (o)
 - Padres
 - Hermana (o)
 - Otro
- Antes de este ingreso, ha vivido con anterioridad el ingreso de un familiar en una Unidad de Cuidados Intensivos.
 - Si
 - No
- ¿Vive usted con el paciente?
 - Si
 - No
- ¿Dónde vive?
 - En la misma ciudad del hospital
 - Fuera de la ciudad

Satisfacción de los cuidados

Por favor, marque la opción que refleje mejor su punto de vista.

¿Cómo fue el trato con usted?

- Consideración de sus necesidades:
¿Cómo fue el interés mostrado por sus necesidades por el personal de la

Unidad de Cuidados Intensivo?

- Excelente
- Bueno
- Regular
- Malo
- ¿Como considera el apoyo emocional proporcionado por parte del personal de la Unidad de Cuidados Intensivos?
 - Excelente
 - Bueno
 - Regular
 - Malo
- ¿Cómo considera el trabajo en equipo de todo el personal que cuidó a su familiar?
 - Excelente
 - Bueno
 - Regular
 - Malo

Habilidades y competencias del personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos

- ¿Cómo cuidaron las enfermeras de su familiar?
 - Excelente
 - Bueno
 - Regular
 - Malo

- ¿Cómo considera la comunicación por parte del personal de enfermería con usted?
 - Excelente
 - Bueno
 - Regular
 - Malo

Habilidades y competencias de los médicos de la Unidad de Cuidados Intensivos.

- ¿Cómo tendieron los médicos a su familiar?
 - Excelente
 - Bueno
 - Regular
 - Malo
- ¿Cómo considera la comunicación por parte de los médicos con usted?
 - Excelente
 - Bueno
 - Regular
 - Malo

Respecto a la institución y la unidad de cuidados intensivos.

- ¿Cómo considera usted la infraestructura del Hospital y de la Unidad de Cuidados Intensivos?
 - Excelente
 - Bueno
 - Regular
 - Malo
- Mencione si existe una sala de espera para los familiares de los

pacientes en la unidad de cuidados intensivos

- Si
- No
- En caso de que su respuesta fue “Si” a la pregunta anterior, conteste. ¿Cómo cataloga usted la sala de espera de la Unidad de Cuidados Intensivos?
 - Excelente
 - Bueno
 - Regular
 - Malo
- ¿Existe un horario de visita para los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos?
 - Si
 - No
- ¿Cómo considera usted la experiencia en general en la Unidad de Cuidados Intensivos?
 - Excelente
 - Bueno
 - Regular
 - Malo

Satisfacción de la familia con la toma de decisiones en torno a los cuidados de los pacientes críticos

Por favor elija la opción que mejor describa sus sentimientos

- Facilidad para obtener información: Voluntad del personal de la Unidad de Cuidados Intensivos para

- contestar a sus preguntas.
- Excelente
 - Bueno
 - Regular
 - Malo
 - Comprensión de la información: Explicaciones comprensibles proporcionadas por el personal de la Unidad de Cuidados Intensivos.
 - Excelente
 - Bueno
 - Regular
 - Malo
 - Coherencia de la información recibida sobre el estado de su familiar. ¿Era similar la información recibida de médicos, enfermeras, etc.?
 - Excelente
 - Bueno
 - Regular
 - Malo
 - Se sintió incluido/a en el proceso de toma de decisiones con respecto al paciente?
 - Si
 - No
 - ¿Recibió la cantidad de información apropiada para participar en el proceso de toma de decisiones?
 - Excelente
 - Bueno
 - Regular
 - Malo
 - ¿Describe su satisfacción general con respecto a su papel en la toma de decisiones en la terapéutica del paciente?
 - Excelente
 - Bueno
 - Regular
 - Malo
 - ¿Su familiar falleció durante la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos?
 - Si
 - No
 - Durante las horas previas a la muerte de su familiar, ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su punto de vista?
 - Me sentí abandonado/a por el equipo sanitario
 - No me sentí ni abandonado/a, ni apoyado/a por el equipo sanitario
 - Me sentí apoyado/a por el equipo sanitario

Nuestro más sincero agradecimiento por su participación y sus opiniones.