



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE)**

CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE ISSSTE

**“CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA EN LA UNIDAD DE TERAPIA
INTENSIVA ADULTO DE C.M.N 20 DE NOVIEMBRE, ISSSTE.”**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:
DRA. ZAIRA ISABEL KURI AYALA**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD:
MEDICINA CRÍTICA**

**ASESOR DE TESIS
DR: ALBERTO HILARIÓN DE LA VEGA BRAVO**

**NO. DE REGISTRO DE PROTOCOLO:
323.2022**

CIUDAD DE MÉXICO, SEPTIEMBRE 2022



ISSSTE

**INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

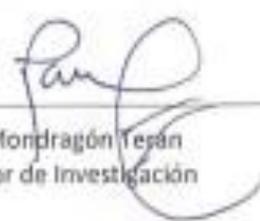
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

Titulo de tesis: Calidad en la atención médica en la unidad de terapia intensiva adulto de C.M.N
20 de Noviembre, ISSSTE.

Folio de registro: 323.2022



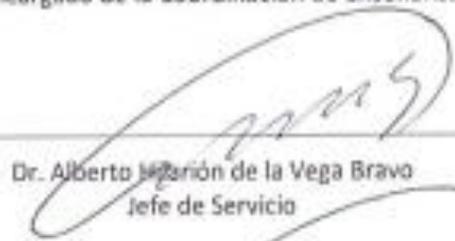
Dra. Denisse Añorve Bailón
Subdirectora de Enseñanza e Investigación



Dr. Paul Mondragón Tzuc
Coordinador de Investigación



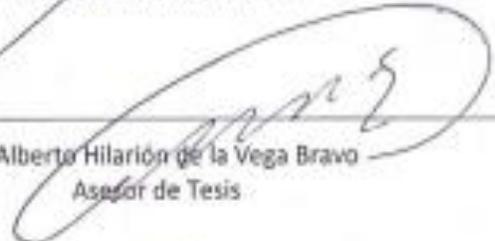
Dr. José Luis Aceves Chimal
Encargado de la Coordinación de Enseñanza



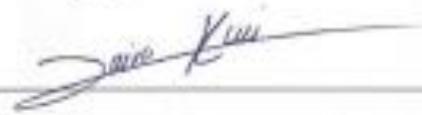
Dr. Alberto Hilarión de la Vega Bravo
Jefe de Servicio



Dr. Alberto Hilarión de la Vega Bravo
Profesor Titular del Curso



Dr. Alberto Hilarión de la Vega Bravo
Asesor de Tesis



Dra. Zaira Isabel Kuri Ayala
Médico Residente del Curso de Medicina Crítica y Autora
de la Tesis

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

Que ha estado presente en todo momento y me ha permitido llegar hasta este punto, haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre Martha.

Quien ha estado conmigo siempre a nivel educativo, emocional, agradezco por sus consejos, sus valores, la motivación diaria y por su amor infinito.

A mi padre Alfonso.

Por siempre estar conmigo en todos los aspectos, por transmitir su responsabilidad, perseverancia y constancia hacia la vida y la medicina y por su amor infinito.

A mis hermanos.

Alfonso y Salim por su apoyo académico y emocional, siempre estar presentes en los momentos difíciles y bellos de la vida.

A mis maestros.

Por la oportunidad, apoyo y motivación para la culminación de mi carrera profesional y elaboración de esta tesis.

A mi mascota Ishita.

Por acompañarme a hacer la tesis siempre, en los desvelos, por su amor incondicional e infinito siempre.

ÍNDICE

TÍTULO	1
AUTORIZACIONES	2
AGRADECIMIENTOS	3
ÍNDICE	4
ABREVIATURAS	5
RELACIÓN DE TABLAS Y GRÁFICOS	6
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
ANTECEDENTES	10-20
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
JUSTIFICACIÓN	22
HIPÓTESIS	23
OBJETIVOS	24
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	25-29
ASPECTOS ÉTICOS	30
RESULTADOS	31-34
DISCUSIÓN	35-36
CONCLUSIONES	37
REFERENCIAS	38-39
ANEXOS	40-52

ABREVIATURAS

IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE Instituto de Seguridad y Servicios sociales de los Trabajadores del Estado
ENSA Encuesta Nacional de Salud
SESA Secretarías Estatales de Salud
ENSANUT Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
PEMEX Petróleos Mexicanos
SEDENA Secretaría de la Defensa Nacional
SICALIDAD Sistema integral de calidad en salud
CONAMED Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CMN Centro Médico Nacional
NHS NationalHealthService/ Servicio Nacional de Salud
CCFNI Inventario de necesidades familiares de cuidados intensivos
CCFSS Encuesta de satisfacción de la familia de cuidados intensivos
CQI Índice de calidad del consumidor
CQI R-UCI Índice de Calidad del Consumidor 'Familiares en Unidad de Cuidados Intensivos
FS-UCI Encuesta de satisfacción familiar en la UCI

RELACIÓN DE TABLAS

Tabla 1. Datos Demográficos

Tabla 2. Indicadores de calidad y definición estandarizada

Tabla 3. Indicadores de calidad

Tabla 4. Satisfacción del usuario

RESUMEN

La calidad en la atención médica es uno de los factores a considerar para la evaluación de un servicio hospitalario, el objetivo general de una terapia intensiva es proporcionar los cuidados adecuados para la mejoría del paciente crítico evitando la presencia de complicaciones, por lo que a nivel internacional existen indicadores los cuales son instrumentos dirigidos para medir el impacto real sobre la disminución de la morbilidad y mortalidad asociadas a la atención, indicadores que deben evaluarse a través de su medición continua lo que determine ante los avances en el conocimiento y tecnologías disminuir el error que se presenta ante su aplicación al paciente crítico que es el más vulnerable que requiere del apoyo personal y tecnológico.

Material y Métodos. Se realizó un muestreo por conveniencia con un análisis mediante estadística descriptiva, se utilizaron frecuencias y porcentajes para variables cualitativas mientras que para variables cuantitativas medidas de dispersión y de tendencia central y estadística inferencial se utilizaron la prueba de hipótesis de asociación de chi cuadrada. Se realizó evaluación de satisfacción mediante un cuestionario SF-UCI (24) a las 72 horas de estancia o al momento del egreso, ya sea su familiar y/o paciente en caso de no contar con facultades para responderlos, el cuestionario al término del mismo se colectaron los datos en una hoja de recolección de datos.

Resultados. La neumonía asociada a ventilación mecánica se encontró por arriba del estándar mientras que el indicador de calidad de profilaxis para hemorragia se encontró por debajo del estándar.

La Tromboprofilaxis se encontró por debajo del estándar probablemente asociado a que solo se reportaron los pacientes que se encontraban con Tromboprofilaxis farmacológica. Se evidenció adecuada profilaxis para úlceras por decúbito al contar con un resultado por debajo del estándar.

El indicador de infección asociada a catéter venoso central se encontró por debajo del estándar, De igual forma que Reintubación y extubación fortuita.

En relación a la encuesta de satisfacción del paciente y/o familiar de forma global en relación a la satisfacción en la unidad de cuidados intensivos se otorgó un resultado de 70% catalogándose como satisfactorio.

Conclusiones. En la Unidad de Terapia Intensiva de CMN 20 de Noviembre, se denotó la importancia de monitorizar de manera estrecha la profilaxis para enfermedad tromboembólica y profilaxis para hemorragia gastrointestinal así como medidas para disminuir la incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica como puntos de mejora ante valor encontrado por arriba del estándar.

ABSTRACT

The quality of medical care is one of the factors to consider for the evaluation of a hospital service, the general objective of an intensive therapy is to provide adequate care for the improvement of the critical patient, avoiding the presence of complications, so at the There are international indicators which are instruments aimed at measuring the real impact on the reduction of morbidity and mortality associated with care, indicators that must be evaluated through their continuous measurement, which is determined by advances in knowledge and technologies to reduce the error that is presented before its application to the critical patient who is the most vulnerable that requires personal and technological support.

Material and Methods. A convenience sampling was carried out with an analysis using descriptive statistics, frequencies and percentages were used for qualitative variables, while for quantitative variables, measures of dispersion and central tendency and inferential statistics, the hypothesis test of association of chi was used. square. Satisfaction evaluation was carried out through a SF-ICU questionnaire (24) at 72 hours of stay or at the time of discharge, either their family member and/or patient in case of not having the faculties to answer them, the questionnaire at the end of the same data was collected on a data collection sheet.

Results. Ventilator-associated pneumonia was found to be above the standard, while the prophylaxis quality indicator for hemorrhage was found to be below the standard. Thromboprophylaxis was found to be below the standard, probably associated with the fact that only patients receiving pharmacological thromboprophylaxis were reported. Adequate prophylaxis for decubitus ulcers was evidenced by having a result below the standard. The indicator of infection associated with central venous catheter was below the standard, as well as reintubation and fortuitous extubation. In relation to the patient and/or family satisfaction survey in a global way in relation to satisfaction in the intensive care unit, a result of 70% was given, being classified as satisfactory.

Conclusions. In the Intensive Care Unit of CMN 20 de Noviembre, the importance of closely monitoring prophylaxis for thromboembolic disease and prophylaxis for gastrointestinal bleeding was noted, as well as measures to reduce the incidence of pneumonia associated with mechanical ventilation as points of improvement compared to value found above standard.

INTRODUCCIÓN

La calidad es una cualidad esencial de la atención médica y que es fundamental para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de salud de la población y garantizar el futuro sostenible de los sistemas de atención en salud.

La inadecuada calidad se manifiesta tanto en los componentes técnicos como en los interpersonales de la atención a la salud. Lo mismo en el sector público que en el privado.

En 2016 el Director General del ISSSTE, José Reyes Baeza Terrazas, puso en marcha el programa nacional "Trato para un Buen Trato", el cual, dijo, tiene como objetivo promover el trato digno hacia la derechohabiente, mejorar la calidad del entorno laboral, favorecer el compromiso de los pacientes para el auto cuidado de su salud y corresponder el buen trato.

El conocer la percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención y que áreas son las que más influyen en nuestro servicio nos permitirá una mayor eficiencia en la toma de decisiones para mejorar la atención del servicio y aumentar el apego al tratamiento y seguimiento de los pacientes atendidos en el hospital. (1)

La evaluación de la calidad asistencial puede basarse en el análisis de la estructura (análisis de calidad de los medios), el proceso (análisis de la calidad de los métodos) o los resultados (análisis de la calidad de los resultados).

Los indicadores de estructura miden cómo está organizado y equipado el sistema de salud, observando si los recursos están disponibles y en condiciones para facilitar la atención al usuario. Organizaciones como la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) y el Institute for Healthcare Improvement han establecido 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 aquello que hacemos. (18)

ANTECEDENTES

DEFINICIÓN DE CALIDAD

Calidad es la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor.

El Instituto de Medicina de Estados Unidos define la calidad de la asistencia sanitaria como aquella que es segura, adecuada, efectiva, eficiente, sigue los principios de justicia y está centrada en el enfermo, es una cualidad esencial de la atención médica y que es fundamental para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y garantizar el futuro sostenible de los sistemas de atención en salud, se define actualmente como la capacidad de un producto o servicio de adaptarse a lo que el paciente espera de él.(1)

La calidad de la atención médica se define como otorgar atención oportuna al usuario, conforme a los conocimientos y principios médicos vigentes, para satisfacer las necesidades de salud y las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la Institución.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN MÉXICO

Actualmente en instituciones tanto públicas como privadas existe un creciente interés por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de la atención; para mejorarla, en los sistemas de salud se han desarrollado diversas acciones como: la organización de comités de mortalidad; grupos de consenso encargados de evaluar la optimización de las técnicas; comités y círculos de calidad; sistemas de monitorización y la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios, entre otros. (2)

En marzo de 1999, el Secretario de Salud federal, Dr. Juan Ramón de la Fuente, retomó el proyecto de certificación de hospitales y asignó la responsabilidad de su instrumentación al Consejo de Salubridad General, a cargo del Dr. Octavio Rivero Serrano. Tras un periodo breve de organización e instrumentación, se inició la Certificación de Hospitales, con la participación de empresas certificadoras contratadas. La implantación y operación del sistema fue un éxito, habiendo certificado un importante número de hospitales a fines de 2000, año en el que concluyó la gestión en curso. Desde principios de 2001 y hasta fines de 2006, la responsabilidad recayó en la nueva Secretaria del Consejo de Salubridad General, Dra. Mercedes Juan López, quien consolidó el proceso de certificación de establecimientos de atención médica a expensas de personal previamente capacitado, que fuera comisionado por las instituciones del Sector Salud. Con el relevo sexenal de las autoridades gubernamentales, en 2007 el Dr. Enrique Ruelas Barajas asumió el cargo de Secretario del Consejo de Salubridad General, y con ello, el compromiso de conducir la certificación de hospitales, habiéndose propuesto como objetivo, elevarlo a nivel internacional, conforme a los estándares de la Joint Commission International. Paralelamente, en 1999 el IMSS implantó el "Premio IMSS de Calidad", mismo que se ha venido desarrollando desde entonces, con base en los preceptos de la calidad total, al tiempo que el nivel gubernamental a través del Instituto para el fomento de la Calidad Total, inauguró el Premio Nacional de Calidad. (3)

En 1956 el hospital la Raza inicio de forma extra oficial la revisión de expedientes y en 1957 se formó la comisión de supervisión médica del IMSS, posteriormente en 1959 se

realizó la auditoría médica en el IMSS, se formalizó su realización en el boletín médico de la institución y se sentaron las bases para la evaluación de la calidad de la atención a través de la revisión del expediente clínico. En 1972 la auditoría médica evolucionó a evaluación médica. (4)

CALIDAD DEFICIENTE EN MÉXICO

La inadecuada calidad se manifiesta tanto en los componentes técnicos como en los interpersonales de la atención a la salud. Lo mismo en el sector público que en el privado existe una enorme variación en la calidad con la que operan los servicios. Hay unidades públicas y privadas de salud de excelencia, pero también centros de atención ambulatoria y hospitales que ofrecen servicios de baja efectividad y son inseguros. (5)

CALIDAD DE ATENCIÓN EN SERVICIO PÚBLICO Y PRIVADO EN MÉXICO

En México, Instituciones de Salud como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) aplican encuestas internas de satisfacción a su derechohabiente desde hace años, no obstante, su aplicación y análisis de los instrumentos está a cargo de las mismas instituciones y por lo general no se realizan a todas las unidades. En México existen programas para estimular la calidad en la atención médica como el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD). Éste es un programa del Gobierno Federal que busca elevar la calidad de los servicios médicos e incluye varios proyectos como la calidad percibida, calidad técnica y seguridad del paciente, actualmente está colaborando activamente con instituciones públicas y privadas comprometidas con la competitividad y la calidad. Esto ha motivado que los servicios médicos privados incluyendo las Instituciones de Seguridad Social (4) busquen mejorar la atención y por consiguiente el aumento de la satisfacción de sus usuarios. (5)

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut 2006) señala que en cuanto a las percepciones sobre la calidad mala y muy mala, las Instituciones que recibieron los más altos porcentajes de esta calificación, por cantidad de usuarios que así lo reportaron, el ISSSTE, con 6.4 %; el programa del Seguro Popular, con 5.5 %; los Sesa, con 2.9 %. Y que la tendencia actual es a utilizar más los servicios médicos privados. (6)

La percepción de satisfacción no significa que la calidad es buena, sino que puede ser que su apreciación esté condicionada por un nivel de expectativa baja, no obstante, son una herramienta útil muy utilizada por la gerencia para conocer la calidad de los servicios prestados.

ESTRATEGIAS DE MEJORAS EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN MÉXICO

México y su Sistema Nacional de Salud (SNS) presentan una larga historia de esfuerzos durante las últimas cinco décadas por lograr un avance paulatino y permanente en la mejora de la prestación de los servicios de salud. No obstante, aún se identifica que la calidad de los servicios es heterogénea y su eficiencia es reducida, lo que hace que prevalezca la insatisfacción de los usuarios y de los prestadores de servicios. Actualmente, el Gobierno Federal sostiene su interés en los problemas de la calidad de los servicios de salud y se ha propuesto garantizar que la atención en los servicios de salud se otorguen de manera eficiente, con calidad y seguridad para el paciente, conforme lo establecen sus últimos dos Planes Nacionales de Desarrollo en donde se ha

hecho explícita la necesidad de desarrollar una estrategia dirigida a implantar un Sistema integral y sectorial de calidad de la atención médica. Desde inicios de la década de los cincuenta, las auditorías médicas en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) mostraron ser los primeros esfuerzos por mejorar la calidad de la atención médica. Con este insumo, fortalecieron la integración en las instituciones con el Programa Integrado de Calidad en 1997, hasta llegar a conformar una auténtica institucionalización programática y presupuestal en el Programa de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (2001-2006) y su continuidad a través del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD 2007-2012). Algunos autores han reconocido que los esfuerzos colectivos por desarrollar la calidad de la atención se han transformado en una "ruta para la construcción de la calidad de la atención", donde a lo largo de los últimos 50 años. México ha impulsado distintas iniciativas que atraviesan al menos cuatro etapas: La primera, donde los esfuerzos fueron centrados en el resultado, es decir, un abordaje que privilegió la productividad de las acciones. Una segunda donde el énfasis fue atender los procesos bajo un estricto control estadístico. La tercera, donde se influyó notablemente el conocimiento y satisfacción de los usuarios de los servicios de salud y donde se incorpora como mecanismo de garantía de calidad la acreditación y la certificación de unidades. (7). Finalmente, ahora vivimos una cuarta etapa donde se enfatiza el papel central de la gestión de calidad (operada obviamente por Gestores de Calidad) y se focaliza a la satisfacción de los usuarios externos e internos. El objetivo central de todo sistema de atención a la salud es buscar mejorar el estado de salud y satisfacer las necesidades de la población; por ello, los elementos y cada una de las variables de todo modelo para intervenir en la salud, generan indirectamente influencia en los resultados alcanzados. Todos estas dimensiones, dominios de conocimientos y elementos que lo conforman, se describen en cada uno de los capítulos que dan cuerpo a esta obra, que esperamos sea de la mayor utilidad para el estudioso de la calidad de la atención a la salud en México y otras latitudes.

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS), lanzada formalmente el 22 de Enero del 2001, fue la primera estrategia de alcance nacional en México y en el mundo que permitió, por una parte, integrar proyectos para mejorar la calidad de la atención médica que se desarrollaban de manera aislada, tanto en el sector público y en el privado, por la otra, estimular a aquellas organizaciones que nunca habían enfocado sus acciones en mejorar la atención de sus pacientes. (7)

En México en un estudio de satisfacción de usuarios de la consulta externa de 5 Hospitales públicos, realizado por Ortiz en 2004, cita que la calidad de la atención recibida fue mala en 28.63 % y buena en 71.37% de los casos. La percepción de la calidad varió según el tipo de Institución: se consideró mala en más de 30% de los casos atendidos en Instituciones con Seguridad Social, mientras que en las Instituciones ajenas a la Seguridad Social esta valoración se mantuvo por debajo de 21%. También menciona que los usuarios que refirieron percibir de manera desfavorable la atención por su mala calidad a los de las Instituciones de seguridad social, al (IMSS e ISSSTE) les correspondieron los mayores porcentajes. Cita además que la insatisfacción del paciente se relaciona inversamente con el deseo de regresar a solicitar servicios al mismo hospital. Sin embargo, una parte de los encuestados manifestó que regresaría a la misma institución porque no tenía otra opción. (8)

La Encuesta Nacional de Salud (ENSA, 2000), señala que la tendencia actual es utilizar más los servicios privados, en segundo término, los servicios médicos de los Servicios Estatales de Salud (Sesa) y en tercer lugar las instituciones con Servicios de Seguridad Social.

En esta misma encuesta, la proporción de la población que utilizó servicios ambulatorios curativos y tuvo una percepción regular, mala o muy mala, se distribuyó por institución de la manera siguiente: primero el IMSS, con 31.2%; en segundo lugar, el ISSSTE, con 29%; en tercero, el IMSS-Solidaridad, con 21%; luego los Servicios de Salud Estatales SSA-Sesa, con 13%, y finalmente los Servicios Privados, con 8 %. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut2006) encontró que, en el caso de las percepciones sobre calidad de la atención mala y muy mala, las instituciones que recibieron más altos porcentajes de esta calificación fueron, por cantidad de usuarios que así lo reportaron, el ISSSTE, con 6.4%; el programa del Seguro Popular, con 5.5%; los Servicios Estatales de Salud (Sesa), con 2.9%, y otras Instituciones de Seguridad Social con 2.4 %. Así la tendencia actual en las Instituciones de Salud es la incluir la satisfacción del paciente como un elemento clave en la medición de la calidad que se está brindando, el usuario que tiene una idea de los servicios que espera recibir, de manera que para poder satisfacerlo es necesario saber qué es lo que piensan u opinan del servicio recibido y por lo tanto conocer y corregir los posibles desaciertos. (9)

El Director General del ISSSTE, José Reyes Baeza Terrazas, puso en marcha el programa nacional “Trato para un Buen Trato”, el cual, dijo, tiene como objetivo promover el trato digno hacia la derechohabiente, mejorar la calidad del entorno laboral, favorecer el compromiso de los pacientes para el auto cuidado de su salud y corresponder el buen trato. En coordinación con el SNTISSSTE, esta campaña capacitará a 78 mil trabajadores a través del curso “Cuidando a los que Cuidan”, quienes serán los encargados de implementar las nuevas técnicas para mejorar la atención hacia los derechohabientes. (ISSSTE. PrensaGob.Mx.24.mayo.2016)(10)

CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CRÍTICO EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA.

Todos los días se realizan grandes esfuerzos para mejorar la calidad en la atención del paciente crítico en la Unidad de Terapia Intensiva; sin embargo, como en cualquier área de atención a la salud, la variedad en la práctica clínica persiste a pesar de la existencia de guías basadas en evidencia. Los protocolos promueven el incremento de la eficiencia, seguridad y eficacia. A pesar de la publicación de guías para retirar la ventilación mecánica, control de glucosa, sedación adecuada, tratamiento de lesión pulmonar aguda, manejo de choque séptico, entre otros, siempre estará presente el criterio del equipo de cuidados intensivos para realizar el ajuste del manejo de cada uno de los pacientes, dando así distintos resultados. La variedad en las características de los pacientes y los padecimientos, son variables involucradas en el proceso. Dado lo anterior, resulta de gran importancia monitorizar el desempeño de la Unidad de Terapia Intensiva, basándose en indicadores de calidad.

La calidad desde el punto de vista del sistema asistencial se puede evaluar a través de la estructura, el proceso y los resultados. Los indicadores de estructura evalúan la organización y el equipo con el que cuenta el servicio, tomando en cuenta los recursos

humanos, materiales, tecnológicos y financieros, así como la estructura organizativa. Existen estándares de calidad relacionados con la estructura que debe tener la Unidad de Terapia Intensiva, esto es regulado a través del sistema de salud federal y por instituciones de certificación nacional e internacional de calidad. Los indicadores de la calidad de los procesos, se enfocan desde el aspecto asistencial, utilizando las guías basadas en evidencia, tales como la alimentación, analgesia, sedación, profilaxis del tromboembolismo o de úlcera de estrés, la elevación de la cabecera a 35° y el adecuado control glicémico. Los resultados son evaluados con frecuencia en terapia intensiva y se basan en la monitorización de la morbilidad de la unidad. Estos estudios son de gran utilidad en la valoración de la calidad de la UTI, así como en la comparación de los resultados con otras unidades. Así mismo, provee información relativa del pronóstico del paciente, guiándonos en la toma de decisiones terapéuticas y aplicación de recursos. En México, son pocas las unidades que publican los resultados de la monitorización continua de mortalidad. Por esta razón resulta de gran importancia verificar los resultados de la atención del paciente crítico, buscando mantener una adecuada calidad de la atención, y por consiguiente el beneficio de todo paciente crítico ingresado a la Unidad de Terapia Intensiva.(11)

La Society of Critical Care Medicine ha establecido una guía en la que se resumen los conceptos clave, y hace una aproximación práctica de cómo desarrollar, implementar, evaluar y mantener un programa interdisciplinario de calidad en medicina intensiva. La medición de la calidad a través de indicadores definidos con exactitud, y posteriormente monitorizados, es uno de los principales núcleos del programa. Una de las consideraciones finales es que los indicadores no deben ser considerados un fin en sí mismos. Su medición es necesaria, y en muchas ocasiones imprescindible para determinar el nivel de calidad de la práctica asistencial, pero debe ser la herramienta que nos permita aplicar las mejoras en los puntos débiles más necesarios y seleccionar las acciones más efectivas, pero nunca debe constituir la meta.(12)

En el artículo de Quality of care in the intensive care unit from the perspective of patient's relatives: development and psychometric evaluation of the consumer quality index 'R-ICU'. BMC Health services research Los estándares de calidad de la Sociedad Holandesa de Cuidados Intensivos exigen monitorear la satisfacción de los familiares del paciente con respecto a la atención. Actualmente, no hay ningún instrumento adecuado disponible en los Países Bajos para medir esto. Este estudio describe el desarrollo y la evaluación psicométrica del Índice de Calidad del Consumidor basado en el cuestionario 'Familiares en Unidad de Cuidados Intensivos' (CQI 'R-ICU'). El CQI 'R-ICU' mide la calidad de la atención percibida desde la perspectiva de los familiares de los pacientes e identifica los aspectos de la atención que necesitan mejorar.

Una Unidad de Cuidados Intensivos está inmersos en cuestiones de estrés tanto para los pacientes como para los familiares de estos, por lo que es necesario adaptar mejor calidad de atención a los familiares.

Se tienen distintos cuestionarios para evaluar la percepción del familiar en la unidad de cuidados intensivos. Las "Necesidades de la familia de cuidados críticos Inventory" (CCFNI) es un cuestionario con 45 ítems para

medir las necesidades de los familiares. Otro cuestionario de uso frecuente para evaluar la satisfacción de los familiares de los pacientes de la UCI es la 'Encuesta de Satisfacción Familiar en la UCI' (FS-ICU), sus elementos se basan en un marco existente que mide la satisfacción del paciente, es un instrumento confiable y factible para determinar la satisfacción de familiares en UCI.

Posteriormente se realizó otro cuestionario de evaluación de satisfacción familiar. El desarrollo y la evaluación psicométrica del Índice de Calidad del Consumidor basado en un cuestionario 'Parientes en la Unidad de Cuidados Intensivos' (CQI 'R-ICU') dio como resultado un cuestionario preliminar que fue suficiente para justificar una mayor investigación sobre la confiabilidad, validez y el poder discriminativo del mismo para evaluación de calidad en unidad de cuidados intensivos de acuerdo a la percepción del familiar. (13)

Con el fin de mejorar la calidad de la atención, la participación de los pacientes y sus familias en la atención de la salud es un punto central en muchos países. Esta participación puede extenderse a una variedad de componentes de atención médica, desde la participación en la toma de decisiones informadas hasta la provisión de comentarios sobre la atención brindada. En la unidad de cuidados intensivos (UCI), aunque las experiencias tanto de los pacientes como de las familias son de gran importancia la participación del paciente se complica por el estado crítico del paciente. Aproximadamente el 10-20% de los pacientes mueren en la UCI y un porcentaje sustancial de los pacientes que sobreviven están demasiado enfermos para participar activamente durante su estadía en la UCI, y muchos no pueden recordar su experiencia en la UCI por completo. Los miembros de la familia a menudo pasan un tiempo considerable en la UCI y su evaluación de la calidad de la atención al paciente se correlaciona bien con las evaluaciones de los pacientes, por lo que es razonable utilizar a los miembros de la familia para evaluar la atención tanto del paciente como de la familia.

Las evaluaciones de las familias se pueden obtener de varias maneras, siendo las más comunes a través de entrevistas y cuestionarios autoadministrados. Las entrevistas abiertas y las técnicas de interrogatorio cognitivo brindan información valiosa y detallada sobre las experiencias individuales, pero generalmente se basan en muestras pequeñas. Por el contrario, los cuestionarios autoadministrados que utilizan un conjunto de ítems estándar permiten que un mayor número de encuestados brinde información, pero no permiten la misma exploración en profundidad que permiten los métodos cualitativos. Para que tales cuestionarios brinden evaluaciones precisas de las experiencias de los encuestados, deben mostrar evidencia de características psicométricas sólidas, como confiabilidad, validez y capacidad de respuesta, para garantizar que los ítems y los constructos que representan sean apropiados para las poblaciones en las que se utilizan. (14)

En los últimos años, la calidad de la atención se ha convertido en un tema central en los sistemas de salud en todo el mundo. En particular, la calidad percibida por los pacientes y sus familiares es un foco de interés actual. En general, se acepta que la mejora de la calidad de la atención implica una amplia gama de estrategias, incluido el uso de guías y protocolos de atención de la salud basados en la evidencia, ciclos de mejora de la calidad

y cambios en la seguridad y la gestión de riesgos esencial en cada una de estas estrategias es el seguimiento y la evaluación de la atención prestada. En la UCI, la satisfacción con la atención brindada se considera solo uno de los muchos indicadores de calidad de la atención y una herramienta importante para mejorar la atención. Debido a que la mayoría de los pacientes de la UCI no pueden tomar decisiones por sí mismos, los miembros de la familia participan activamente en el proceso de atención como tomadores de decisiones sustitutos y, por lo tanto, son jueces de la calidad de la atención. Sin embargo, la satisfacción familiar con el cuidado es compleja y no está claramente definida.

En la actualidad, existen varias herramientas disponibles, en su mayoría cuestionarios, que miden la satisfacción familiar con la atención en la UCI. Debido a que la satisfacción familiar puede verse influenciada por múltiples factores, y los datos adquiridos deben ser precisos, una buena validación es obligatoria para el uso adecuado de los cuestionarios. Las propiedades psicométricas, como la confiabilidad y la validez, son elementos esenciales de los cuestionarios porque describen la calidad de la medición. Los cuestionarios que carecen de buenos valores psicométricos pueden no medir el constructo que pretenden evaluar, o los valores que surgen del cuestionario pueden no representar el valor "verdadero". Esto no solo puede dificultar la investigación, sino también confundir al médico que trabaja con la herramienta. Así, la calidad de un cuestionario está determinada por sus propiedades psicométricas.

El CCFNI, desarrollado por Molterey adaptado por Leske fue el primer cuestionario sobre satisfacción familiar con la atención en la UCI. Constó de 45 ítems y midió cuáles eran las necesidades de la familia en relación a cinco dominios: 1) información, 2) comodidad, 3) proximidad, 4) seguridad y 5) apoyo. Las preguntas sobre estos dominios debían responderse en una escala de Likert de cuatro puntos. Warren en 1993 añadió el Inventario de Necesidades Satisfechas (NMI), para evaluar hasta qué punto se satisfacían las necesidades. El NMI consta de 45 elementos adicionales en una escala Likert de cuatro puntos.

El SCCMFNA, descrito por primera vez en 1998 por Johnson et al constaba de 14 ítems y mide las necesidades de los miembros de la familia con respecto a 1) actitud, 2) comunicación, 3) habilidad para consolar y 4) aislamiento. La escala de respuesta es una escala tipo Likert de cuatro puntos.

El CCFSS es un cuestionario diseñado específicamente para medir la satisfacción familiar con los cuidados intensivos. Fue desarrollado en 2001 por Wasser et al y consta de 20 ítems dentro de cinco dominios: 1) seguridad, 2) información, 3) proximidad, 4) apoyo y 5) comodidad, respondidos en una escala Likert de cinco puntos .

El FS-ICU fue desarrollado en 2001 por Heyland y Tranmer y evalúa dos dominios conceptuales: 1) satisfacción con la atención y 2) satisfacción con la toma de

decisiones. Los elementos del cuestionario se derivaron de la bibliografía existente sobre la satisfacción del paciente, la calidad de la atención cerca del final de la vida, las necesidades de las familias de los pacientes en estado crítico y la satisfacción de la familia con la toma de decisiones

Sobre la base de los resúmenes de las propiedades psicométricas centrándonos en el tamaño de la muestra, la validez y las medidas de tendencia central, concluimos que de los cuatro cuestionarios, el CCFNI y el FS-ICU mostraron las propiedades psicométricas más investigadas y mejores. Solo cuatro cuestionarios pudieron clasificarse como de “calidad bien establecida”: el CCFNI, el SCCMFNA, el CCFSS y el FS-ICU. Sin embargo, estos instrumentos de alta calidad constaban de 35 versiones diferentes, cada una con grandes disparidades en las cualidades psicométricas. De los cuatro, el CCFNI y el FS-ICU mostraron las propiedades psicométricas más investigadas y mejores; por lo tanto, los recomendaríamos para su uso y estudio adicionales. El CCFNI y el FS-ICU difieren en muchos aspectos. El CCFNI está diseñado principalmente para medir las necesidades familiares, mientras que el FS-ICU se enfoca en la satisfacción familiar. Aunque la definición de “satisfacción familiar con la atención en la UCI” no está claramente definida y se superpone con “necesidades familiares”, no son lo mismo. Satisfacer necesidades no necesariamente refleja satisfacción. A pesar de este inconveniente potencial de centrarse en las necesidades, los estudios sobre el CCFNI, especialmente en combinación con el NMI, han sido de gran valor para una mayor comprensión de las necesidades que contribuyen a la satisfacción general con la atención de la UCI. (15).

Cuestionario Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit: FS-ICU 24 (Anexo Nº 1), traducido y validado al español por el grupo Critical Care Connections y el Comité de Ética de SCIAS-Hospital de Barcelona. El FS-ICU 24 consta de 24 ítems evaluados en una escala Likert agrupadas en dos secciones. La primera denominada “Satisfacción con el cuidado”, la cual aborda la satisfacción tanto del usuario como del familiar y la segunda sección, denominada “Satisfacción de la familia”, la cual mide dos aspectos: necesidad de información y proceso de la toma de decisiones. El cuestionario SF-UCI 24 tiene dos dimensiones la primera satisfacción con el cuidado (14 ítems) y la segunda la toma de decisiones que consta de 10 ítems, además de tres preguntas adicionales para los familiares que sus pacientes fallecieron y 3 preguntas de texto libre (15)

En el estudio de Calidad de la atención en la unidad de terapia intensiva del Hospital Ángeles del Pedregal en el año 2020 se evaluó la calidad en relación a tres indicadores. Se analizó la frecuencia de cumplimiento de los tres indicadores de la calidad llevados en la UTI-HAP durante este periodo: prevención de extubación no programada, para evitar la hipernatremia en el paciente en estado crítico y para atenuar el síndrome neuromuscular del paciente en estado crítico, evaluándose se consideraron los apartados específicos de los protocolos establecidos en la unidad para cada uno de estos indicadores, estableciendo como adecuado seguimiento si se cumplía en su totalidad (100%) cada uno

de éstos. Para el indicador de extubación no programada se tomó en cuenta que a los pacientes que presentaron intubación endotraqueal y ventilación mecánica invasiva se les haya aplicado las medidas establecidas por este protocolo: mantener RASS < 1, asignar enfermera a la cabecera del paciente todo el tiempo, usar medidas extra para succión gentil del paciente y medidas orientadas a evitar síndrome de supresión por medicamentos. Para el indicador dirigido a evitar la hipernatremia se consideró el cumplimiento de los siguientes puntos: Determinación de los pacientes vulnerables a hipernatremia. Determinación del mecanismo por el cual se puede llegar a desarrollar. Determinación de antecedentes de la historia clínica que son factores predisponentes a desarrollar hipernatremia. Inicio del monitoreo de sodio sérico cada ocho horas con balance hídrico por turno e inicio de tratamiento específico. Para el indicador para atenuar el síndrome neuromuscular del paciente en estado crítico se consideró que a los pacientes que presentaron ventilación mecánica invasiva y sedación endovenosa se les aplicaran los tres puntos cardinales de este protocolo: terapia física activa, disminución de la sedación endovenosa y ventilación espontánea durante el día.

En relación a la prevención de extubación no programada Siguiendo los criterios establecidos por este indicador, se consideró como seguimiento adecuado si a los pacientes que durante su estancia en la UTI-HAP recibieron intubación endotraqueal y ventilación mecánica invasiva, se les aplicó 100% de las medidas de prevención de extubación no programada: mantener RASS < 1, asignar enfermera a la cabecera del paciente todo el tiempo, usar medidas extra para succión gentil del paciente y medidas orientadas a evitar síndrome de supresión por medicamentos. Tomando esto en consideración, 100% de los pacientes bajo intubación endotraqueal y ventilación mecánica (n: 83) tuvieron un seguimiento adecuado. Sin embargo, sí se presentó en nuestra cohorte una extubación no programada, lo cual representa una incidencia de 1.2%.

Para el indicador dirigido a evitar la hipernatremia se consideró como seguimiento adecuado si a los pacientes que ingresaron a la UTI-HAP se les aplicaron al 100% las pautas establecidas en el algoritmo establecido por la unidad: determinación de los pacientes vulnerables a hipernatremia, determinación del mecanismo por el cual se puede llegar a desarrollar, y determinación de antecedentes de la historia clínica que son factores predisponentes a desarrollar hipernatremia. Inicio del monitoreo de sodio sérico cada ocho horas con balance hídrico por turno e inicio de tratamiento específico. El análisis de resultados demostró que el indicador fue aplicado en 100% de los pacientes que ingresaron a la UTI-HAP, y que se les dio el seguimiento adecuado, presentándose una incidencia de hipernatremia de 1.7% (n: 5).

Para el indicador de seguimiento de síndrome neuromuscular Se estableció como seguimiento adecuado si a los pacientes que ingresaron a la UTI-HAP que recibieron ventilación mecánica invasiva y sedación endovenosa cumplieron en 100% el algoritmo establecido por la unidad, incluyendo los tres puntos cardinales del mismo: terapia física activa, disminución de la sedación endovenosa y ventilación espontánea durante el día. A 100% de los pacientes bajo ventilación mecánica y sedación endovenosa (n: 83) se les dio el seguimiento adecuado. (16)

En el estudio de Tejeda-Miranda denominado Calidad de la Atención en una unidad de terapia intensiva del sector privado se evaluó en relación a los siguientes indicadores: Neumonía asociada a ventilación mecánica, definida como la presencia a las 48 horas del inicio de la ventilación de cualquiera de los siguientes datos: esputo purulento o drenaje purulento a través de cánula endotraqueal, signos clínicos de infección de vía aérea inferiores y/o radiografía de tórax compatible con neumonía. El indicador se estimó con número de episodios por cada mil días totales de pacientes asistidos a la ventilación.

Bacteremia relacionada con catéter venoso central se definió como La presencia de: escalofríos o fiebre posterior al uso del catéter en pacientes con catéter venoso central, presencia de fiebre sin foco infeccioso identificado datos de infección en el sitio de entrada del catéter, cultivo de la punta del catéter positivo al mismo organismo identificado en sangre o desaparición de signos y síntomas al retirar el catéter. El indicador es “eventos por cada mil días de estancia de los catéteres”.

Profilaxis de la hemorragia gastrointestinal: Definida como el porcentaje de pacientes a quienes se les administró durante su estancia algún inhibidor de la bomba de protones o un antagonista H2.

Profilaxis de enfermedad tromboembólica. Definida como el porcentaje de pacientes a quienes se les administró heparina de bajo peso molecular, heparina no fraccionada, anticoagulación completa o aplicación de medidas de compresión neumática.

Extubación no programada. Definida como aquella no prevista o no deseada por parte del personal de salud o por acción del propio enfermo. El indicador considera el número de eventos por cada mil días totales de ventilación. Para evitar confusión se tomó como aproximado el número de días con ventilación mecánica al número de días de intubación en el servicio.

Reintubación. Definida como la necesidad de volver a intubar un paciente dentro de las siguientes 48 horas de una extubación programada. Sus indicaciones el porcentaje de eventos por cada 100 pacientes extubados.

En relación a los resultados Las neumonías asociadas a ventilación se encontraron en el estimador puntual por debajo del estándar. Para las bacteremias asociadas a catéter venoso central el estimado estuvo levemente por arriba. En ambos casos, el intervalo de confianza muestra aún variabilidad por el tamaño muestral.

El cumplimiento de las medidas preventivas de sangrado de tubo digestivo y tromboembolismo fueron cumplidas. Las tasas de extubación no programada y reintubación estuvieron por debajo del indicador internacional

estándar. En cuanto a la prevención de caída, la cual debe ser nula, tuvimos un caso en un paciente con agitación neurológica. Concluyendo que la implementación y monitoreo constante de los indicadores de calidad en nuestra unidad de cuidados intensivos ha permitido la reducción de algunas complicaciones asociadas con la mortalidad. (17)

Para realizar el instrumento de medición se utilizó el Cuestionario Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit: FS-ICU 24 (Anexo N° 1), traducido y validado al español por el grupo Critical Care Connections y el Comité de Ética de SCIAS-Hospital de Barcelona. El FS-ICU 24 consta de 24 ítems evaluados en una escala Likert agrupadas en dos secciones. La primera denominada “Satisfacción con el cuidado”, la cual aborda la satisfacción tanto del usuario como del familiar y la segunda sección, denominada “Satisfacción de la familia”, la cual mide dos aspectos: necesidad de información y

proceso de la toma de decisiones. Se utilizó en pacientes de unidad de cuidados intensivos adultos, en asociación con la escala de likert creada en 1932 por el psicólogo americano Rensis Likert, la escala pretende no limitar las respuestas a "sí" o "no". Así, en la escala likert, el encuestado califica sus respuestas al "estar de acuerdo o no" con la situación. Por lo tanto, lo que esta escala determina es la conformidad de las personas y resulta útil cuando necesitas una opinión detallada sobre un tema en particular, ofrece un resultado cualitativo, a pesar de fundarse en respuestas cuantitativas. (15)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La calidad en la atención es uno de los factores a considerar para la evaluación de un servicio hospitalario, existen múltiples instrumentos para su medición los cuales nos permiten observar la presencia o ausencia de calidad en los servicios. En la actualidad la evaluación de la calidad en el paciente es parte fundamental de las estrategias de gestión en todos los hospitales en relación a indicadores que puedan proporcionar conocimiento de la estructura y de los aspectos de proceso de atención que se encuentren relacionados con la calidad de atención en la Unidad de Cuidados Intensivos, siendo esta el área de hospital donde el paciente cursa con un sustancial riesgo de morbilidad y mortalidad al depender del personal médico, enfermería, camillería, intendencia, administrativos y autoridades que intervienen en el proceso de su atención médica y que cada uno está en riesgo de cometer un error que es involuntario y relacionado con un número alto de intervenciones en este proceso que se convierten en eventos adversos, centinelas y cuasifallas que afectan el resultado de esta. La calidad percibida por los pacientes y sus familiares es de interés actual, pues se deben considerar como auditores al proceso de atención médica en la UCI, la medición de la satisfacción con la atención brindada se considera solo uno de los indicadores de calidad de la atención y una herramienta importante para mejorarla. En conjunto participan activamente en el proceso de atención como tomadores de decisiones

El planteamiento de la pregunta de investigación es la siguiente: ¿Cuál será la calidad de la atención en el paciente crítico en nuestra unidad de cuidados intensivos? Ya que conocerla nos ayudará a emprender acciones para mejorar esta percepción y atención.

JUSTIFICACIÓN

La calidad de atención en la unidad de terapia intensiva es fundamental para proporcionar los cuidados actualizados para la recuperación del paciente crítico evitando la presencia de complicaciones evitables, por lo que es importante conocer el nivel de calidad de la unidad de terapia intensiva de este C.M.N 20 de Noviembre ISSSTE, en espera de poder ofrecer mejoras en la calidad de la atención lo que repercutirá o favorecerá a lograr una disminución de morbilidad y mortalidad y otorgar una adecuada calidad de atención.

HIPÓTESIS

El cumplimiento de los indicadores de la calidad de la atención medidos por SF-UCI 24 no mostrará mejoría en la atención del derechohabiente.

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar la calidad en la atención del servicio de Terapia Intensiva en C.M.N 20 de Noviembre ISSSTE.

ESPECÍFICOS

Conocer el nivel en el que se encuentra la UCIA con base a los indicadores de calidad como son (Reintubación-Neumonía asociada a ventilación mecánica, Profilaxis para Hemorragia Gastrointestinal, Úlceras por decúbito, Infección asociada a Catéter Venoso central, Extubación fortuita, Tromboprofilaxis).

Conocer el nivel de calidad en el que se encuentra la UCIA con base en la percepción del paciente y/o familiar medido por SF-UCI 24.

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

Diseño y tipo de estudio

Estudio Observacional Descriptivo Analítico

Población de estudio.

Pacientes del servicio de Terapia Intensiva de CMN 20 de Noviembre ISSSTE

Universo de trabajo

CMN 20 DE Noviembre ISSSTE

Tiempo de ejecución.

01 de abril 2022 – 01 de agosto 2022

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años
- Ambos géneros
- Pacientes y/o familiar que firmen el consentimiento informado al ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos de CMN 20 de Noviembre para realizar encuesta de satisfacción.
- Pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos de CMN 20 de Noviembre

Criterios de exclusión

- Pacientes enviados de otras unidades hospitalarias o transferido a otras unidades o servicios

Criterios de eliminación

- Encuestas incompletas
- Que no deseen continuar

Tipo de muestreo.

Muestreo probabilístico

- Muestreo secuencial de acuerdo a ingreso del paciente

Muestreo no probabilístico.

- No aplica

Metodología para el cálculo del tamaño de la muestra y tamaño de la muestra.

$$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

N = tamaño de la población finita (229 pacientes)

Z = valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal. Llamado también nivel de confianza el cual es del 95%

d = nivel de precisión absoluta. Referido a la amplitud del intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio. (5%)

p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia (0.5)

q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (0.5)

Obteniéndose un tamaño de muestra de 172 pacientes.

OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDICIÓN	ANÁLISIS ESTADÍSTICO
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de inclusión en el estudio.	Se tomará la edad del individuo reportada en el expediente clínico	Discreta	Cuantitativa	Antecedente	Años	N (%)
Sexo	Asignación como hombre o mujer de acuerdo a características biológicas, psicológicas y sociales.	Se tomará el género reportado en el expediente clínico	Dicotómica	Cualitativa	Antecedente	Femenino (0) Masculino (1)	N(%)
COMORBILIDAD							
Diabetes mellitus	Diagnóstico previo de Diabetes Mellitus con o sin tratamiento previo al ingreso.	Se tomará en cuenta como diagnóstico previo de Diabetes Mellitus si se encuentra reportado a su ingreso.	Dicotómica	Cualitativa	Antecedente	No (0) Si (1)	N(%)
Hipertensión arterial sistémica	Diagnóstico previo de Hipertensión Arterial con o sin tratamiento previo al ingreso.	Se tomará en cuenta como diagnóstico previo de Hipertensión Arterial si se encuentra reportado a su ingreso.	Dicotómica	Cualitativa	Antecedente	No (0) Si (1)	N(%)
Enfermedad Renal Crónica	Diagnóstico previo de Enfermedad Renal Crónica con o sin tratamiento previo al ingreso.	Se tomará en cuenta como diagnóstico previo de Enfermedad Renal Crónica si se encuentra reportado a su ingreso.	Dicotómica	Cualitativa	Antecedente	No (0) Si (1)	N(%)
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDICIÓN	ANÁLISIS ESTADÍSTICO
Calidad en la Atención	Es una cualidad esencial de atención médica fundamental para los objetivos nacionales de salud.	Se tomará en cuenta de la presencia o no de esta de acuerdo a indicadores de calidad.	Nominal	Cualitativa	Dependiente	No (0) Si (1)	N(%)
Neumonía asociada a ventilación mecánica	Diagnóstico de NAVM hasta 48 horas posteriores al ingreso a UCIA por clínica, radiología y cultivos.	Se tomará en cuenta como diagnóstico la presencia de esta o no de acuerdo a la definición.	Dicotómica	Cualitativa	Dependiente	No (0) Si (1)	N(%)

Reintubación	Necesidad de Ventilación Mecánica hasta 48 horas posterior a extubación	Se tomará en cuenta el requerimiento de Reintubación 48 horas posterior a extubación.	Dicotómica	Cualitativa	Dependiente	No (0) Si (1)	N(%)
Profilaxis de Hemorragia Gastrointestinal	Uso de inhibidor de bomba de protones intravenoso para prevención de hemorragia gastrointestinal.	Se tomará en cuenta el uso de inhibidor de bomba de protones para prevención de hemorragia gastrointestinal.	Dicotómica	Cualitativa	Dependiente	No (0) Si (1)	N(%)
Úlceras por decúbito	Lesión de área de la piel causada por presión constante.	Se tomará en cuenta la presencia o no de úlceras por decúbito.	Dicotómica	Cualitativa	Dependiente	No (0) Si (1)	N(%)
Infección asociada a Catéter Venoso Central	Aparición de bacteriemia asociada a catéter insertado 48 horas previas.	Se tomará en cuenta la Aparición de bacteriemia asociada a catéter insertado 48 horas previas.	Dicotómica	Cualitativa	Dependiente	No (0) Si (1)	N(%)

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Los datos demográficos y clínicos se recolectaran mediante la hoja de recolección de datos, para posteriormente ser concentrados en una hoja de Excel y de ahí realizar análisis estadístico. Para la variable cuantitativa se realizará un análisis descriptivo mediante medidas de dispersión y de tendencia central, para la variable cualitativa se utilizarán medias, frecuencias y porcentajes.

Para el análisis inferencial se utilizarán la prueba de hipótesis de chi cuadrada y se consideran significativos los resultados cuando se obtuvo una $p < 0.05$.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS A EMPLEAR.

Todos los pacientes que ingresen a la unidad de cuidados intensivos mayores de 18 años, Se conocerá la calidad a través de índices internacionales en relación a presencia de Neumonía asociada a ventilación mecánica- Reintubación, profilaxis de hemorragia gastrointestinal, úlceras por decúbito, Infección asociada a catéter venoso central.

Previa explicación de los objetivos de este protocolo, realizándose una encuesta al egreso del paciente de la unidad de cuidados intensivos la cual incluye los siguientes puntos: atención médica, calidad de atención otorgada e infraestructura de la unidad de cuidados intensivos.

ASPECTOS ÉTICOS

Para el desarrollo de este trabajo se tomarán en cuenta los principios éticos pertinentes para este estudio se realizará énfasis respecto a la autonomía, privacidad y beneficencia.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial

3. La investigación biomédica que implica a seres humanos debe ser realizada únicamente por personas científicamente cualificadas y bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente.

La responsabilidad con respecto a las personas debe recaer siempre en el facultativo médicamente cualificado y nunca en las personas que participan en la investigación, por mucho que éstas hayan otorgado su consentimiento.

10. En el momento de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, el médico debe obrar con especial cautela si las personas mantienen con él una relación de dependencia o si existe la posibilidad de que consientan bajo coacción. En este caso, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico no comprometido en la investigación y completamente independiente con respecto a esta relación oficial.

Ley Federal del ISSSTE

ARTÍCULO 28: El Instituto diseñará, implantará y desarrollará su modelo y programas de salud en atención a las características demográficas, socioeconómicas y epidemiológicas de sus derechohabientes, y creará las herramientas de supervisión técnica y financiera necesarias para garantizar su cumplimiento.

Para el efecto, la Junta Directiva aprobará los reglamentos en materia de servicios médicos; medición y evaluación del desempeño médico y financiero de los prestadores de servicios de salud del Instituto; incentivos al desempeño y a la calidad del servicio médico; financiamiento de unidades prestadoras de servicios de salud a través de acuerdos de gestión; surtimiento de recetas y abasto de medicamentos; oferta de capacidad excedente; reservas financieras y actuariales del seguro de salud y los demás que considere pertinentes.

El protocolo se someterá al comité de Ética e Investigación institucional. El protocolo cuenta con consentimiento informado, el cual se dará a leer y a firmar a todos los pacientes y/o familiares en caso de que no cuenten con integridad neurológica o se encuentren con aporte de sedación.

RESULTADOS

Del total de la población estudiada (172) se encontró que el 52.9% (91) correspondió al sexo femenino mientras el porcentaje restante al masculino, 47.1% (81). En relación a la edad se obtuvo una mediana de 58 años con desviación estándar de 17.16. Se calculó una edad mínima de 18 y máxima de 100.

Con respecto a los antecedentes patológicos presentes en los pacientes se encontró que para DM el 69.8% (120) pacientes presentaban DM dentro del registro del expediente clínico.

Para HAS, el 65.1% (112) presentaron la patología mientras que el 40.1% (69) presentaron ERC.

Se describe en la tabla 1 las características demográficas en forma amplia.

TABLA 1. DATOS DEMOGRÁFICOS

DATOS DEMOGRÁFICOS	
VARIABLE	(N=172) % O MEDIANA (p25,p75)
SEXO 0=F 1=M	81(47%) /91(52%)
EDAD	54.85 (58,39.5, 68)
DM	120 (69.7%)
HAS	112(65%)
ERC	69(40%)
NAVM	49(28%)
PROFILAXIS HGI	97(56%)
TROMBOPROFILAXIS	172(100%)
ULCERAS POR DECÚBITO	8(4.6%)
DIAS CVC	9.59
INFECCION CVC	49(28%)
INTUBACION	165(95%)
DIAS DE VM	7.69 (7,4, 11)
REINTUBACION	10(5.8%)
EXTUBACION FORTUITA	35(20%)
PUNTAJE SATISFACCIÓN/CUIDADO	(24,20,26)
PUNTAJE SATISFACCIÓN/DECISIONES	(7,6,8)
PUNTAJE OPINION FALLECIMIENTO	(9,5,12)
PUNTAJE GLOBAL	70%
CAUSA DE INGRESO	
MEDICO	101(59%)
QUIRURGICO	71(41%)
APACHE	(21.81,21,19,24)
DIAS DE ESTANCIA	(6.4, 4, 3, 9)
DEFUNCIONES	42(24%)

TABLA 2. INDICADORES DE CALIDAD Y DEFINICIÓN ESTANDARIZADA

En esta tabla se muestra la definición y fórmula de los indicadores de calidad analizados en nuestro estudio.

Indicador de calidad	Definición	Fórmula
Neumonía asociada a ventilación mecánica	Presencia de los siguientes criterios 48 h posterior al inicio de ventilación mecánica invasiva 1. Esputo purulento o drenaje purulento a través de cánula endotraqueal 2. Signos clínicos de infección de vías aéreas inferiores 3. Radiografía de tórax compatible con neumonía	$\frac{\# \text{ de episodios de NAV} \times 1,000}{\# \text{ días totales de VM}}$
Profilaxis de Hemorragia gastrointestinal	Aplicación de inhibidor de bomba de protones	$\frac{\# \text{ de días de PHGI y VMI} \times 100}{\# \text{ días total de VMI}}$
Tromboprofilaxis	Administración de heparina de bajo peso molecular, heparina no fraccionada, anticoagulación completa.	$\frac{\# \text{ días en VM} + \text{PET} \times 100}{\# \text{ días totales de VM}}$
Profilaxis de úlceras por decúbito	Presencia de úlcera en cualquier área del cuerpo expuesta a presión elevada y prolongada	$\frac{\# \text{ pacientes que desarrollan UPP}}{\# \text{ total de pacientes} \times 100}$
Infección asociada a Catéter venoso central	Se tomó como positivo, la presencia de alguno de los siguientes criterios: 1. Escalofríos o fiebre posterior al uso del catéter en pacientes con catéter venoso central incluyendo el de permanencia prolongada. 2. Fiebre sin otro foco infeccioso identificado. 3. Datos de infección en el sitio de entrada del catéter, cultivo de la punta del catéter positivo al mismo microorganismo identificado en sangre. 4. Desaparición de signos y síntomas al retirar el catéter.	$\frac{\# \text{ de BRCVC} \times 1,000}{\# \text{ días total de CVC}}$
Reintubación	Necesidad de intubar nuevamente a un paciente extubado 48 horas previas	$\frac{\# \text{ de ENP} \times 1,000}{\# \text{ días totales de VM}}$
Extubación fortuita	Extubación no prevista o no deseada que se produce por parte del personal de la salud o por acción del propio enfermo. (Se tomó como aproximado el número de días con VM al número de días de intubación en el servicio)	$\frac{\# \text{ de reintubaciones} \times 100}{\# \text{ de pacientes con VM}}$

De acuerdo a los resultados en relación a los indicadores de calidad, la neumonía asociada a ventilación mecánica se encontró por arriba del estándar mientras que el indicador de calidad de profilaxis para hemorragia se encuentra por debajo del estándar.

La Tromboprofilaxis se encuentra por debajo del estándar probablemente asociado a que solo se reportaron los pacientes que se encontraban con Tromboprofilaxis farmacológica.

Se evidencia adecuada profilaxis para úlceras por decúbito al contar con un resultado por debajo del estándar.

El indicador de infección asociada a catéter venoso central se encuentra por debajo del estándar, De igual forma que Reintubación y extubación fortuita.

Se describe lo anterior en la siguiente tabla.

TABLA 3. INDICADORES DE CALIDAD

Indicador de calidad	Resultado	Estándar
Neumonía asociada a ventilación mecánica	37 x 10 ³ DVMI	12 x 10 ³ DVMI
Profilaxis para Hemorragia Gastrointestinal	22%	95%
Tromboprofilaxis	84%	90%
Profilaxis de úlceras por decúbito	4.6%	5%
Infección asociada a catéter venoso central	2.9 x 10 ³ DCVC	4x10 ³ DCVC
Reintubación	6%	12%
Extubación fortuita	2.6 x 10 ³ días de intubación	15 x 10 ³ días de intubación

En relación a la encuesta de satisfacción del paciente y/o familiar, el apartado de satisfacción con el cuidado se obtuvo el 77.17% lo que nos cataloga como un porcentaje satisfactorio ya que va del 0 al 100. (cero el peor, cien el mejor).

En el apartado de satisfacción de la familia con la toma de decisiones en el cuidado de pacientes críticos nuestro valor fue satisfactorio con 63%.

Se realizó el abordaje hacia familiares de pacientes fallecidos en los que se obtuvo un 57.53% ya que es un punto importante para determinar la calidad de la atención en caso de defunciones.

De forma global en relación a la satisfacción en la unidad de cuidados intensivos se otorgó un resultado de 70% catalogándose como satisfactorio por parte del abordaje de los pacientes y de los familiares.

TABLA 4. SATISFACCIÓN DEL USUARIO

SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO						
	1=EXCELENTE (%)	2=MUY BIEN (%)	3=BIEN (%)	4= SUFICIENTE (%)	5=MAL (%)	
PREOCUPACIÓN Y CUIDADO	28(16%)	50(29%)	45(26%)	41(23.9%)	8(4.6%)	
MANEJO DE LOS SÍNTOMAS	26(15.2%)	43(25%)	52(30%)	41(23.9%)	10(5.8%)	
TRATO HACIA USTED	37(21%)	47(27%)	39(22%)	30(17.5%)	19(11%)	
PERSONAL DE ENFERMERIA	45(26%)	60(35%)	31(18%)	17(9.9%)	19(11%)	
PERSONAL MÉDICO	37(21%)	49(28%)	39(22%)	27(15.7%)	20(11.6%)	
UCI AMBIENTE	28(16%)	40(23%)	61(35%)	23(13%)	20(11.6%)	
SALA DE ESPERA	27(15%)	45(26%)	52(30%)	42(24%)	6(3.5%)	
	7	14	21	28	35	
SATISFACCIÓN CON TOMA DE DECISIONES						
	1=EXCELENTE (%)	2=MUY BIEN (%)	3=BIEN (%)	4= SUFICIENTE (%)	5=MAL (%)	
INFORMACIÓN	30(17.5%)	56(32%)	62(36%)	20(11.6%)	4(2.3%)	
TOMA DE DECISIONES	29(16%)	62(36%)	63(36.6%)	12(7%)	6(3.5%)	
	2	4	6	8	10	
OPINION EN EL FALLECIMIENTO						
	1=EXCELENTE (%)	2=MUY BIEN (%)	3=BIEN (%)	4= SUFICIENTE (%)	5=MAL (%)	0=invalidad (%)
OPINION SOBRE VIDA DE FAMILIAR	9(5.2%)	8(4%)	19(11%)	3(1.7%)	3(1.7%)	130
ULTIMAS HORAS DE VIDA	10(5.8%)	7(4%)	7(4%)	6(3.4%)	12(6.9%)	130
HORAS PREVIAS	10(5.8%)	7(4%)	7(4%)	7(4%)	11(6.3%)	130
	3	6	9	12	15	

DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados se obtuvo predominio del sexo femenino con una media de edad de 54.8 años, destacándose en el motivo de ingreso un mayor número de ingresos de etiología médica cabe destacar que era esperado ya que a pesar de ser catalogada como una terapia general, el ingreso de pacientes es predominantemente médico, probablemente asociado a la presencia de la otra unidad de cuidados intensivos postquirúrgicos. La mayoría de los egresos fueron por mejoría otorgándose un porcentaje del 76% con una estancia de 6.4 días. En relación al estudio realizado por el Dr. Esponda en el 2020, en el que se observan distintos resultados en relación a nuestro estudio, destacando una media de edad mayor a la de nuestro estudio, esta era de 67 años, con predominio de sexo masculino, los días de estancia fueron 2, solo manteniéndose el predominio de etiología médica de ingreso como en nuestro estudio. (16)

De la población estudiada se obtuvo que 137 (80%) pacientes sobrevivieron con una calificación APACHE mínima de 14 y máxima de 24, mientras que un puntaje mayor o igual a 25 se asoció a defunciones siendo 35 pacientes (20%). Con una mortalidad esperada de 55% por escala de APACHE, mientras que la observada fue del 24%, por lo que se considera que no existe mortalidad excesiva en el servicio y que por el contrario es un 30% menor de lo esperado, considerando el tipo y el estado clínico de los ingresos.

En contexto de indicadores de calidad es importante recalcar que los indicadores aquí evaluados reflejan de forma global el desempeño, pero no son los únicos, aún faltan por evaluar otros indicadores, en relación a la neumonía asociada a ventilación mecánica el resultado se encontró por arriba del estándar siendo esta un área de oportunidad, lo que nos lleva a la necesidad de implementar un proyecto de mejora para disminuir la incidencia de esta complicación.

En relación al indicador de calidad de profilaxis para hemorragia se encontró por debajo del estándar destacando que actualmente hay evidencia que el uso de inhibidores de la bomba de protones para la profilaxis de úlceras por estrés debe limitarse a pacientes de alto riesgo en la unidad de cuidados intensivos, entre los que destacan aquellos con ventilación mecánica, lesión renal aguda, por lo que el inhibidor de bomba de protones no será indicado para todos aquellos que se encuentren hospitalizados. (19)

La Tromboprofilaxis se encontró por debajo del estándar probablemente asociado a que solo se reportaron los pacientes que se encontraban con Tromboprofilaxis farmacológica, mientras que en estudios en los cuales el resultado era más acercado al valor estándar se utilizaron medidas farmacológicas y mecánicas de Tromboprofilaxis. (20), asociado a estos resultados se insistirá en realizar mejoras y acercarnos al valor estándar a partir de implementación de ambos tipos de Tromboprofilaxis.

Se encontró adecuada profilaxis para úlceras por decúbito al contar con un resultado por debajo del estándar, evaluándose la tabla demográfica solo son

aquellos pacientes con estancia mayor de 21 días los que presentan úlceras por decúbito, por lo que se insiste en movilización ya que si bien la presión ejerce efecto sobre capilares y piel es bien tolerada, en cambio el tiempo es el factor directo de la presencia de úlceras, por lo que se continuarán mejoras para disminuir la incidencia de esta complicación. (21)

El indicador de infección asociada a catéter venoso central se encontró por debajo del estándar, asociado a implementación de medidas al ingreso como cambio del mismo con técnica adecuada, toma de cultivos seriada y retiro del mismo en caso de presentarse datos de infección. De igual forma que Reintubación y extubación fortuita, pero cabe destacar que es de suma importancia continuar con esta monitorización para garantizar así que se está otorgando atención de calidad. (16). Por lo que se deberá realizar seguimiento estrecho a dichos eventos para determinar cifras.

La satisfacción del paciente y/o del familiar en la unidad de cuidados intensivos es de suma importancia para la calidad de atención por lo cual se realizó un cuestionario de satisfacción del paciente y/o familiar, conformado por las partes, previamente descritas, con distinta forma de análisis e interpretación del mismo, en el que se encontró que los pacientes y/o familiares se encontraban satisfechos de acuerdo a la puntuación obtenida de forma global 70%, mediante el análisis descrito en el artículo de Evaluation of family satisfaction of patients treated in a cardiovascular intensive care unit por Perdomo, et al en razón de porcentajes en escala de 0 a 100, cabe destacar que se incluye la opinión en relación al fallecimiento por parte de los familiares lo cual nos otorga enfoque y opinión distinta al resto de los estudios realizados, en cuanto a satisfacción.(23)

En el trabajo publicado por Stricker et al.¹⁵. Estos autores llevaron a cabo un estudio prospectivo, observacional y multicéntrico con 235 pacientes y 266 familiares. Las encuestas fueron distribuidas tras ser dados de alta de la UCI y el instrumento empleado fue el cuestionario FS-ICU 34. Los grados de satisfacción de ambos grupos fueron elevados (con medias por encima de 80), ya que la evaluación de ellos fue con escala del 0 al 100, incluso discretamente mayores para el grupo de pacientes ($84,2 \pm 16,9$ vs. $82,2 \pm 17,2$). Compararon la concordancia entre pacientes y diferentes grupos de familiares, concluyen que los familiares pueden ser considerados unos buenos representantes o «sustitutos» de los pacientes.(22)

Para facilitar la interpretación de resultados a nivel interhospitalario, es necesario homogenizar los criterios y definiciones de los distintos padecimientos. Además, hace falta un organismo que se encargue de coordinar la evaluación de la calidad en terapia intensiva en México, haciendo énfasis en un sistema a nivel nacional. De esta manera, la justificación para la realización de estos estudios es evaluar la UCI a través del tiempo, lo anterior con el objetivo de monitorizar cambios en los indicadores de calidad y así implementar modelos que nos ayuden a identificar la causa de esta variación.

CONCLUSIÓN

En la Unidad de Terapia Intensiva de CMN 20 de Noviembre, se denotó la importancia de monitorizar de manera más estrecha la profilaxis para enfermedad tromboembólica y profilaxis para hemorragia gastrointestinal así como medidas para disminuir la incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica como puntos de mejora ante valor encontrado por arriba del estándar no sin antes mencionar que la medición de los indicadores de calidad es necesaria, y en muchas ocasiones imprescindible para determinar el nivel de calidad de la práctica asistencial, pero debe ser la herramienta que nos permita aplicar las mejoras en los puntos débiles más necesarios y seleccionar las acciones más efectivas, pero nunca debe constituir la meta.

Se encontró satisfacción en la calidad en la atención medida por el cuestionario SF-UCI 24 a partir de la opinión de pacientes y familiares en tres apartados en relación al cuidado, decisiones y opinión posterior al fallecimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Díaz Héctor Eduardo. Calidad de la Atención. Salud pública de México. Enero- Febrero 1993;001(35):94-97
2. Greengross Peter, Grant Ken, ColliniElizabeth.The UK National Health Service. SecondEdition. July 2019. 1-39 pp
3. Ramírez Sánchez Teresita de Jesús, Nájera Aguilar Patricia, Nigenda López Gustavo. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Salud Pública Méx. 1998;1(40):3-12
4. Neri Vela Rolando, Aguirre Gas Héctor G. Calidad de la Atención Médica, Bol Médico IMSS 1976;1(18):295.
5. Pérez Álvarez JJ. Evaluación Médica. Bol Médico IMSS, 1974;1(16):281
6. Ruiz de Chávez M, Martínez-Narváez G, Calvo-Ríos JM, Aguirre-Gas H et al., "Bases para la evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud", Salud Pública de México, 1990;1(32):156-169.
7. Hernández, H. Encuesta de satisfacción en pacientes externos de cinco servicios de un hospital general. Rev. Inst. Nat. Enf. Resp Mex 2007;(20):265- 267
8. Granado et al. Diseño y validación de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos en las consultas externas de un Hospital de Madrid. Rev. Española de Salud Pública.2004; (81):637-645 35
9. Caminal, J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Rev. Calidad Asistencial. 2001;(16):276-279
10. Ortegón- Chapa M.C. La satisfacción del paciente hospitalario con el cuidado de medicina Monterrey; N. L: Facultad de Medicina de la U.A.N.L. 2002;(1): 1-10
11. ElgueaEchavarria. Esponda Prado. Cerón Díaz. Calidad de la atención en el cuidado del Paciente Crítico en una Unidad de Terapia Intensiva Mexicana del sector privado. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Vol XXVI Num 4. Oct-Dic 2012 pp 209-214
12. Lemus Cázares. Hernández Cortés. Carrillo Ramírez. Esponda Prado. Calidad de la atención de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Ángeles del Pedregal. Acta Médica Grupo Ángeles. 2020 pp 257-263
13. Rensen, A., van Mol, M. M., Menheere, I., Nijkamp, M. D., Verhoogt, E., Maris, B., Manders, W., Vloet, L., &Verharen, L. (2017). Quality of care in the intensive care unit from the perspective of patient's relatives: development and psychometric evaluation of the consumer quality index 'R-ICU'. BMC health services research, 17(1), 77. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1186/s12913-016-1975-4>
14. Jensen, H. I., Gerritsen, R. T., Koopmans, M., Downey, L., Engelberg, R. A., Curtis, J. R., Spronk, P. E., Zijlstra, J. G., &Ørding, H. (2017). Satisfaction with quality of ICU care

for patients and families: the euroQ2 project. *Critical care* (London, England), 21(1), 239. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1186/s13054-017-1826-7>

15. Van den Broek, J. M., Brunsveld-Reinders, A. H., Zedlitz, A. M., Girbes, A. R., de Jonge, E., & Arbous, M. S. (2015). Questionnaires on Family Satisfaction in the Adult ICU: A Systematic Review Including Psychometric Properties. *Criticalcare medicine*, 43(8), 1731–1744. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1097>

16. Lemus Cázares y cols. Calidad de la atención en la Unidad de Terapia Intensiva en el Hospital Angeles del Pedregal. *Acta Médica de Grupo Ángeles. Medigraphic*. 2020 257-263 pp.

17. Tejeda-Miranda, Anthon- Mendez y cols. Calidad de la atención en una unidad de terapia intensiva del sector privado. *Rev. Med Inst. Mex. Seguro Social*. 2015.

18.M.C Martín, LI. Cabre y cols. Indicadores de calidad en el enfermo crítico. Grupos de trabajo de la sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias. 2008. 23-32 pp

19. Clarke, K., Adler, N., Agrawal, D., Bhakta, D., Sata, S. S., Singh, S., Gupta, A., Pahwa, A., Pherson, E., Sun, A., Volpicelli, F., & Cho, H. J. (2022). Indications for the Use of Proton Pump Inhibitors for Stress Ulcer Prophylaxis and Peptic Ulcer Bleeding in Hospitalized Patients. *The American journal of medicine*, 135(3), 313–317.

20. Elguea Echavarría PA et al. Calidad de la atención en una UTI privada. *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*. Vol. XXVI, Núm. 4 / Oct.-Dic. 2012 pp 209-214

21. Fernández Mondejar et al. Indicadores de calidad en el enfermo crítico. *Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias. SEMICYUC*. 2017

22. K.H. Stricker, O. Kimberger, L. Brunner, H.U. Rothen. Patient satisfaction with care in the intensive care unit: Can we rely on proxies. *Acta Anaesthesiol Scand*, 55 (2011), pp. 149-156

ANEXOS

ANEXO 1. OFICIO DE APROBACIÓN DE PROTOCOLO



GOBIERNO DE
MÉXICO



ISSSTE
INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE
NOVIEMBRE"
Dirección
Subdirección de Enseñanza e Investigación
Coordinación de Investigación

Oficio: No. 96.230.1.3.2/1687/2022
Asunto: **Protocolo Aprobado**

Ciudad de México a 31 de agosto del 2022

Dr. Alberto Hilario de la Vega Bravo
Responsable del Proyecto
Servicio de Unidad de Terapia Intensiva Adultos

Se hace de su conocimiento que el protocolo de investigación Titulado: **CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE C.M.N. 20 DE NOVIEMBRE, ISSSTE.**

Donde funge como responsable del trabajo de investigación de fin de curso del servicio de **Unidad de Terapia Intensiva Adultos.** De la residente: **Dra. Zaira Isabel Kurí Ayala.**

El cual ha sido evaluado por los comités de Investigación, Ética en Investigación y Bioseguridad locales quienes lo han aprobado y ha quedado registrado en el Departamento de Investigación dependiente de la Dirección Médica con Folio: **323.2022**

Por lo que a partir de esta fecha podrá iniciar la investigación y **deberá** cumplir cabalmente con lo estipulado en la Ley General de Salud en materia de Investigación en seres humanos.

Así mismo, deberá entregar a esta Coordinación de forma trimestral el **"Formato de Seguimiento"** donde se consignen los avances de la investigación en cuestión. De la misma manera en el mismo formato al término de la investigación se deben de incluir los resultados y conclusiones del mismo, para poder dar por concluida la investigación.

Sin más por el momento, le envió un cordial saludo y lo invito a seguir en el camino de la investigación en salud.

ATENTAMENTE


Dr. Paul Mondragón Terán
Coordinador de Investigación

c.c.p.- Minuta Coordinación de Investigación.
PMT/ylc

Av. Félix Cuevas No. 540 Col. Del Valle, C.P. 05228, Alcaldía Benito Juárez Ciudad de México COMEX
Teléfono: 52005003 Extensión: 14465 www.issste.gob.mx



ANEXO 2. CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

SF-UCI (24)

PARTE 1: SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO

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

¿COMO TRATAMOS A SU FAMILIAR (EL PACIENTE)?

	1	2	3	4	5	6
1. Preocupación y cuidado del personal de UCI:	Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable
Cortesía, respeto y solidaridad recibida por su familiar.						

Manejo de los síntomas:

Cómo se valoraron y trataron los síntomas de su familiar por parte del personal de UCI.

2. Dolor	1 Excelente	2 Muy Bien	3 Bien	4 Suficiente	5 Mal	6 No aplicable
3. Disnea (Falta de aliento)	1 Excelente	2 Muy Bien	3 Bien	4 Suficiente	5 Mal	6 No aplicable
4. Agitación	1 Excelente	2 Muy Bien	3 Bien	4 Suficiente	5 Mal	6 No aplicable

¿CÓMO FUE EL TRATO CON USTED?

5. Consideración de sus necesidades:	1 Excelente	2 Muy Bien	3 Bien	4 Suficiente	5 Mal	6 No aplicable
Como fue el interés mostrado por sus necesidades por el personal de UCI.						

6. Apoyo emocional:	1 Excelente	2 Muy Bien	3 Bien	4 Suficiente	5 Mal	6 No aplicable
Como fue el apoyo emocional provisto por el personal de UCI.						

7. Coordinación del cuidado:	1 Excelente	2 Muy Bien	3 Bien	4 Suficiente	5 Mal	6 No aplicable
Trabajo en equipo de todo el personal que cuidó a su familiar.						

8. Preocupación y cuidado del personal de UCI:	1 Excelente	2 Muy Bien	3 Bien	4 Suficiente	5 Mal	6 No aplicable
Cortesía, respeto y compasión recibida por usted.						

9. Habilidad y Competencia de las enfermeras de UCI: Como cuidaron las enfermeras de su familiar.

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

10. Frecuencia en la Comunicación: Cada cuanto habla con la enfermera sobre el estado de su familiar.

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

PERSONAL MÉDICO.

11. Habilidad y Competencia de los médicos de UCI: Como atendieron a su familiar.

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

LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

12. El ambiente en la UCI era:

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

LA SALA DE ESPERA.

13. El ambiente en la sala de espera era:

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

14. Algunas personas quieren todo hecho para sus problemas de salud mientras que otras no quieren que mucho sea hecho. Cual es su satisfacción de acuerdo a el nivel o la cantidad de cuidados recibidos por su familiar en la UCI.

1	2	3	4	5
Nada Satisfecho	Ligeramente Insatisfecho	Principalmente Satisfecho	Muy Satisfecho	Completamente Satisfecho

PARTE 2: SATISFACCIÓN DE LA FAMILIA CON LA TOMA DE DECISIONES EN EL CUIDADO DE PACIENTES CRÍTICOS.

INSTRUCCIONES PARA EL FAMILIAR DEL PACIENTE EN LA UCI

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

POR FAVOR ELIJA LA OPCIÓN QUE MEJOR DESCRIBA SUS SENTIMIENTOS

NECESIDAD DE INFORMACIÓN

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|-----------|----------|----------|------------|----------|--------------|
| 1. Frecuencia en la comunicación con los Médicos de UCI:
Cada cuanto habló el médico con usted sobre el estado de su familiar. | Excelente | Muy Bien | Bien | Suficiente | Mal | No aplicable |
| 2. Facilidad para conseguir información:
Voluntad del personal de UCI para contestar sus preguntas. | Excelente | Muy Bien | Bien | Suficiente | Mal | No aplicable |
| 3. Comprensión de la Información:
Explicaciones comprensibles provistas por el personal de UCI. | Excelente | Muy Bien | Bien | Suficiente | Mal | No aplicable |
| 4. Información Honesta:
Honestidad de la información provista sobre el estado de su familiar. | Excelente | Muy Bien | Bien | Suficiente | Mal | No aplicable |
| 5. Exhaustividad de la Información:
Como fue la información del personal de UCI sobre lo que estaba ocurriendo a su familiar y qué acciones se estaban tomando. | Excelente | Muy Bien | Bien | Suficiente | Mal | No aplicable |
| 6. Consistencia de la Información:
Consistencia de la Información recibida sobre el estado de su familiar. ¿Era similar la información recibida por médicos, enfermeras, etc? | Excelente | Muy Bien | Bien | Suficiente | Mal | No aplicable |

PROCESO DE TOMA DE DECISIONES.

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

7. ¿Se sintió Usted excluido en el proceso de toma de decisiones?

- 1 Me sentí muy excluido/a.
- 2 Me sentí algo excluido/a.
- 3 No me sentí excluido/a ni incluido/a en el proceso de toma de decisiones.
- 4 Me sentí algo incluido/a.
- 5 Me sentí muy incluido/a.

8. ¿Se sintió Usted apoyado en el proceso de toma de decisiones?

- 1 Me sentí totalmente abrumado/a.
- 2 Me sentí algo abrumado/a.
- 3 No me sentí abrumado/a ni apoyado/a.
- 4 Me sentí apoyado.
- 5 Me sentí muy apoyado.

9. ¿Sintió Usted que tuvo control sobre el cuidado de su familiar?

- 1 Me sentí apartado/a del control y el sistema de salud tomó el control y dictó el cuidado de mi familiar.
- 2 Me sentí algo apartado/a del control y el sistema de salud tomó el control y dictó el cuidado de mi familiar.
- 3 No me sentí apartado/a y tampoco sentí tener el control.
- 4 Sentí que tenía algo de control sobre el cuidado que mi familiar recibió.
- 5 Sentí que tenía buen control sobre el cuidado que mi familiar recibió.

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

- 1 Podría haber dedicado más tiempo.
- 2 Tuve el tiempo adecuado.

¿Cómo lo estamos haciendo?
Sus opiniones acerca de la estancia de su familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Si su familiar falleció durante su estancia en la UCI, por favor rellene las siguientes preguntas (de 11 a 13). Si su familiar no falleció, por favor pase a la pregunta 14.

11. De las siguientes opciones, cual refleja mejor su punto de vista:

- 1 Siento que la vida de mi familiar fue prolongada innecesariamente.
- 2 Siento que la vida de mi familiar fue ligeramente prolongada innecesariamente.
- 3 Siento que la vida de mi familiar no fue ni alargada ni acortada innecesariamente.
- 4 Siento que la vida de mi familiar fue ligeramente acortada innecesariamente.
- 5 Siento que la vida de mi familiar fue acortada innecesariamente.

12. Durante las últimas horas de vida de su familiar, cual de las siguientes opciones describe mejor su punto de vista:

- 1 Sentí que el/ella estaba sufriendo mucho.
- 2 Sentí que el/ella estaba sufriendo algo.
- 3 Sentí que el/ella estaba principalmente tranquilo/confortable.
- 4 Sentí que el/ella estaba muy tranquilo/confortable.
- 5 Sentí que el/ella estaba totalmente tranquilo/confortable.

13. Durante las horas previas a la muerte de su familiar, cual de las siguientes opciones describe mejor su punto de vista:

- 1 Me sentí muy abandonado/a por el equipo sanitario.
- 2 Me sentí abandonado/a por el equipo sanitario.
- 3 No me sentí ni abandonado/a ni apoyado/a por el equipo sanitario.
- 4 Me sentí apoyado/a por el equipo sanitario.
- 5 Me sentí muy apoyado/a por el equipo sanitario.

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

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

*¿Cómo lo estamos haciendo?
Sus opiniones acerca de la estancia de su familiar en la Unidad de Cuidados
Intensivos (UCI)*

16. Por favor, añada aquí comentarios o sugerencias que Usted sienta útiles para el personal de este hospital.

Nos gustaría darle nuestro agradecimiento por su participación y sus opiniones. Por favor entregue la encuesta completada a la persona designada en la UCI, o bien haga uso del sobre provisto y envíelo, a la dirección que aparece en él, por correo con la mayor brevedad posible. Muchas gracias.

ANEXO 3 AVISO DE PRIVACIDAD

AVISO DE PRIVACIDAD

TITULO DEL PROTOCOLO DE TESIS: Calidad en la atención médica en la unidad de terapia intensiva adulto de C.M.N 20 de Noviembre, ISSSTE.

Número de registro:

El presente Aviso de Privacidad tiene como objeto informarles sobre el tratamiento que se le dará a sus datos personales cuando los mismos son recabados, utilizados y almacenados.

Investigador responsable de recabar sus datos personales, de su uso y protección:

Nombre: : **Dra. Zaira Isabel Kuri Ayala**

Domicilio: : Av. Félix Cuevas No. 540, Colonia Del Valle, Delegación Benito Juárez, C.P. 03229, Ciudad de México.

Teléfono: 733 108 1179

Correo-e: zairakuriayala@hotmail.com

Su información personal será utilizada con la finalidad de contacto con usted para solicitar información de seguimiento de estado de salud; para lo cual requerimos obtener datos de su domicilio, correo electrónico, teléfono particular, de trabajo o celular, estos datos son considerados como sensibles de acuerdo a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

Es importante que usted sepa que todo el equipo de investigación que colabora en este estudio se compromete a que todos los datos proporcionados por usted serán tratados bajo medidas de seguridad y garantizando siempre su confidencialidad. En el caso de este proyecto las medidas que se tomaran para ello serán utilizar códigos, iniciales, número de expedientes y se almacenarán en archivo electrónico a cargo del investigador principal.

Los datos que usted nos proporcione no serán compartidos con otras instancias o instituciones y únicamente serán usados por el equipo de investigadores para este proyecto.

Usted tiene derecho de acceder, rectificar y cancelar sus datos personales, así como de oponerse al manejo de los mismos o anular el consentimiento que nos haya otorgado para tal fin, presentando una carta escrita dirigida a el/ la investigador responsable Zaira Isabel Kuri Ayala con la Presidente del Comité de Ética en Investigación del CMN "20 de Noviembre", Dr. Ricardo Pineda Ortega Tel. 523005003 Ext. 14661, ricardoortegapineda@hotmail.com.

DECLARACION DE CONFORMIDAD: Manifiesto estar de acuerdo con el tratamiento que se dará a mis datos personales

Nombre y firma del sujeto de investigación o paciente:

Fecha: _____

ANEXO 4 CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

NOMBRE DEL PROTOCOLO DE TESIS: Calidad en la atención médica en la unidad de terapia intensiva adulto de C.M.N 20 de Noviembre, ISSSTE

Ciudad de México, a _____ de _____ 20__

Por favor tome todo el tiempo que sea necesario para leer este documento, pregunte al investigador sobre cualquier duda que tenga, para decidir si participa o no, deberá tener el conocimiento suficiente acerca de los beneficios y riesgos del presente estudio de investigación.

Estimado Señor(a): se le invita a participar en el estudio arriba mencionado, que se desarrollará en el CMN "20 de Noviembre", cuyo objetivo será determinar la calidad en la atención del servicio de Terapia Intensiva en C.M.N 20 de Noviembre ISSSTE.

Su participación en el estudio consiste en responder preguntas del historial médico, responder a cuestionarios.

BENEFICIOS: El presente estudio tendrá un beneficio directo para usted y su familia. El conocer la percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención y que áreas son las que más influyen en nuestro servicio nos permitirá una mayor eficiencia en la toma de decisiones para mejorar la atención del servicio y aumentar el apego al tratamiento y seguimiento de los pacientes atendidos en la unidad de cuidados intensivos.

RIESGOS: Su participación no conlleva riesgos adicionales ya que no se realizará ningún procedimiento ni toma de paraclínicos.

PARTICIPACIÓN

Su participación es VOLUNTARIA, usted puede decidir libremente que su paciente o usted participe o no, esto no afectará su derecho para recibir atención médica en el CMN "20 de Noviembre", si participa, puede retirarse del estudio en el momento en que lo desee, sin que esto influya sobre el tratamiento habitual que le ofrece el hospital para su enfermedad de base.

MANEJO DE LA INFORMACION. En la recolección de datos personales se siguen todos los principios que marca la ley (art. 6): Licitud, calidad, consentimiento, información, finalidad, lealtad, proporcionalidad y responsabilidad. Se han implementado las medidas de seguridad, técnicas, administrativas y físicas necesarias para proteger sus datos personales y evitar daño, pérdida, alteración, acceso o tratamiento no autorizado. Su nombre no será usado en ninguno de los estudios, los cuestionarios, etc., no contendrán ninguna información personal y se codificarán con un número de serie para evitar cualquier posibilidad de identificación. Los códigos que identifican su información estarán

solo disponibles a los investigadores titulares quienes están obligados por ley a no divulgar su identidad”.

Usted podrá tener acceso a la información sobre este estudio en caso de solicitarlo.

PARTICIPANTE.

Confirmando haber recibido información suficiente y clara sobre el estudio propuesto, doy mi autorización para ser incluido en este proyecto de investigación, reservándome el derecho de abandonarlo en cualquier momento si así lo decido.

Nombre y firma del Participante o Representante legal.

Parentesco: _____

Domicilio.

TESTIGOS:

(1) Nombre y firma

Parentesco: _____

(2) Nombre y firma

Parentesco: _____

Domicilio. _____

Domicilio. _____

INVESTIGADOR O MÉDICO QUE INFORMA:

Le he explicado al Sr (a) _____, la naturaleza y los propósitos de la investigación, así como los riesgos y beneficios que implica su participación. He dado respuesta a todas sus dudas, y le he preguntado si ha comprendido la información proporcionada, con la finalidad de que pueda decidir libremente participar o no en este estudio. Acepto que he leído, conozco y me apego a la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos, que pondré el bienestar y la seguridad de los pacientes sujetos de investigación, por encima de cualquier otro objetivo.

INVESTIGADOR RESPONSABLE: DRA. KURI AYALA ZAIRA ISABEL

En caso de dudas, favor de comunicarse: Domicilio de contacto: Av. Félix Cuevas No. 540, Colonia Del Valle, Delegación Benito Juárez, C.P. 03229, Ciudad de México. Teléfono de contacto: 7331081179 El presente documento se expide por duplicado, entregando una copia al participante.

ANEXO 5

“DESGLOSE PRESUPUESTAL SOLICITADO Y EROGADO”

“Seguimiento de apoyo financiero institucional a protocolos de investigación”

Título del Protocolo de Investigación:
¿Los cambios del delta de CO2 y de SvO2 en prueba de ventilación espontánea se asocian a falla a la extubación en pacientes post-operados de cirugía cardíaca? Estudio clínico, controlado, prospectivo.

Nombre del Investigador Responsable:		
Guillen	Dolores	Yazmín
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)

Presupuesto por Tipo de Gasto

Gasto de Inversión		
	Presupuesto asignado	Presupuesto erogado
1. Equipo de laboratorio.	\$0.00	\$0.00
2. Equipo de cómputo.	\$0.00	\$0.00
3. Herramientas y accesorios.	\$0.00	\$0.00
4. Obra civil.	\$0.00	\$0.00
5.- Otros. Especifique	\$0.00	\$0.00
Subtotal Gasto de Inversión	\$0.00	\$0.00

Gasto Corriente		
	Presupuesto asignado	Presupuesto erogado
1. Artículos, materiales y útiles diversos.	\$0.00	\$0.00
2. Gastos de trabajo de campo.	\$0.00	\$0.00
3. Difusión de los resultados de investigación.	\$0.00	\$0.00
4. Pago por servicios externos.	\$0.00	\$0.00

5. Viáticos, pasajes y gastos de transportación.	\$0.00	\$0.00
6. Gastos de atención a profesores visitantes, técnicos o expertos visitantes.	\$0.00	\$0.00
7. Compra de libros y suscripción a revistas.	\$0.00	\$0.00
8. Documentos y servicios de información.	\$0.00	\$0.00
10. Registro de patentes y propiedad intelectual.	\$0.00	\$0.00
11. Validación de concepto tecnológico.	\$0.00	\$0.00
12. Animales para el desarrollo de protocolos de investigación.	\$0.00	\$0.00
13. A los que haya lugar de acuerdo con los convenios específicos de financiamiento.	\$0.00	\$0.00
Subtotal Gasto Corriente	\$0.00	\$0.00
TOTAL	\$0.00	\$0.00

***Moneda Nacional. Pesos mexicanos.**

ANEXO 6. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



EDAD	SEXO		CRÓNICO DEGENERATIVOS		NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA / REINTUBACIÓN		PROFILAXIS DE HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL		ÚLCERAS POR DECÚBITO		INFECCION ASOCIADA A CATÉTER VENOSO CENTRAL		EXTUBACIÓN FORTUITA		TROMBOPROFILAXIS	
	H	M	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO