



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA DEL ENFERMO EN ESTADO CRÍTICO

**CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN FAMILIAR DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE
TERAPIA INTENSIVA**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SERVICIOS DE SALUD

PRESENTA
DR. FERNANDO FLORES OCHOA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA DEL ENFERMO EN ESTADO CRÍTICO

DIRECTOR DE TESIS
DR. MARTÍN MENDOZA RODRÍGUEZ

-- 2007 --



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

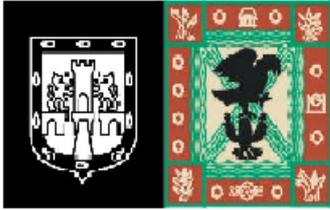


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA DEL ENFERMO EN ESTADO CRITICO

**CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCION FAMILIAR DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE
TERAPIA INTENSIVA**

TRABAJO DE INVESTIGACION SERVICIOS DE SALUD

PRESENTA
DR. FERNANDO FLORES OCHOA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA DEL ENFERMO EN ESTADO CRITICO

DIRECTOR DE TESIS
DR. MARTIN MENDOZA RODRIGUEZ

**“CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN FAMILIAR DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE
TERAPIA INTENSIVA.**

Dr. FERNANDO FLORES OCHOA

Vo. Bo.
Dr. Martín Mendoza Rodríguez

Profesor Titular del Curso de Especialización
en Medicina del Enfermo en Estado Crítico

Vo. Bo.
Dr. Antonio Fraga Mouret

Director de Educación e Investigación

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A DIOS y la vida misma por permitirme estar hoy aquí
A mis padres por todo su cariño y confianza
A mi esposa e hijos, luz y fuerza en mi vida
A todos y cada uno de mis profesores por compartir sus conocimientos y experiencias
A todos y cada una de las personas que contribuyeron en la realización del presente trabajo
A todos mis amigos por la ayuda prestada incondicionalmente
A nuestros pacientes motivo de nuestra superación.

ÍNDICE

Planteamiento del problema	1
Introducción	2
Objetivos	7
Justificación	8
Material y métodos	9
Resultados	10
Discusión	23
Conclusiones	26
Propuesta	28
Bibliografía	29
Anexos	31

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La evaluación de la CAM en la UTI es un área poco desarrollada en nuestro país, pero adquirirá mayor importancia por diversas razones: mayor crecimiento demográfico, crisis económica, mayores demandas de salud, etc; por ello es importante diseñar una metodología que permita la vigilancia y la evaluación del cuidado crítico. Los resultados clínicos en cuidado intensivo son evaluados de dos maneras principales, por el análisis de la mortalidad y la calidad de vida, utilizada esta última cada vez más para determinar la eficacia de la terapia intensiva, por lo que la calidad de vida y el conocimiento de la satisfacción que el familiar del enfermo tiene de la UCI como tal, es de suma importancia y trascendencia.

¿Cuál es la calidad de vida y la satisfacción familiar del paciente manejado en la UTI?

INTRODUCCIÓN.

La medicina de cuidados intensivos es un campo médico y de enfermería multidisciplinario y multiprofesional relacionado con los pacientes que han sufrido o que corren el riesgo de sufrir una insuficiencia de órganos aislados o múltiples potencialmente fatales debido a una enfermedad o a una lesión. Por lo que ameritan de una serie continua de medidas de sostén vital, estos trastornos exigen un tratamiento prolongado minuto a minuto o la observación en una unidad de terapia intensiva (UTI) que sea capaz de administrar una terapia de alto nivel en términos de calidad e inmediatez. ¹

El uso de protocolos ha mejorado en mucho la capacidad de los médicos para detectar enfermedades críticas, una vez identificado el paciente en estado crítico se le debe organizar en un estado fisiopatológico apropiado e ingresar a dicho protocolo de manejo, lo que ha demostrado una reducción en la morbi-mortalidad y mejora en la calidad de atención en dichos pacientes. ¹

La contención de costos es una preocupación actual y prioritaria en el contexto de la salud en los países desarrollados, sobre todo en áreas de gastos excesivos con resultados aparentemente insatisfactorios, como lo representan las unidades de terapia intensiva (UTI), donde se llegan a emplear abundantes recursos en la atención de enfermos con bajas probabilidades de sobrevivir y una dudosa calidad de vida posterior, ² lo que hace indispensable la introducción de modelos para evaluar cómo y a quién se están proporcionando estos cuidados, ³ y vuelve imperante conocer la calidad en la atención médica proporcionada en nuestras unidades de cuidados intensivos.

Entendiendo que la calidad de vida es un concepto multidimensional e incluye aspectos referentes a capacidad funcional, las funciones fisiológicas, los estados afectivos, comportamientos emocionales, interacción social, actividad en el trabajo y situación económica. no hay consenso en la literatura sobre cual de las dimensiones se deben incluir en la calidad de vida y los instrumentos usados para su medida, sin embargo es un acuerdo que en la evaluación de la calidad de vida debe incluir, las emociones, aspectos objetivos (funciones fisiológicas) y subjetivos de la vida de los pacientes. ⁴

Por un lado la evaluación de la calidad de la atención en medicina no es un concepto nuevo, las primeras referencias escritas con las que se cuenta provienen del antiguo Egipto (en el papiro Smith). Cerca del año 2000 a.c. Hammurabi editó un código de leyes en el que se hace referencia y se reglamenta la práctica de la cirugía. ³ Pero así mismo la calidad en la

atención médica es un concepto evasivo, que varía según la perspectiva y las expectativas de cada individuo o grupo.⁵

Los resultados clínicos en cuidado intensivo son evaluados de dos maneras principales, por el análisis de la mortalidad y la calidad de vida,⁴ utilizada esta última cada vez más para determinar la eficacia de la terapia intensiva y también se ha propuesto como medida relevante del resultado,⁶ incluso interpretando el cuidado de la calidad como sinónimo de cuidado crítico.⁷

Asimismo el concepto de satisfacción de los familiares y pacientes en las unidades de cuidados críticos no es un tema nuevo hay reportes en la literatura desde hace una década,⁸ siendo temas poco estudiados, pero que, sin embargo, existen reportes en donde la mitad de las familias de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos, experimentan una comunicación inadecuada con los médicos^{9,10,11} estando bien documentado que la tensión fisiológica y psicológica afecta negativamente los resultados de pacientes a corto y largo plazo^{12,13,14}

El interés actual en la vigilancia y evaluación de la calidad de la atención médica (CAM) en las unidades de terapia intensiva (UTI), en Norteamérica, se debe a diversos factores: mayor desembolso gubernamental, mayores costos, tecnología altamente sofisticada, baja CAM, mayor número de demandas por mala práctica médica, etc^{3,5,15} en los países en desarrollo como el nuestro, el problema es mayor, pues se deben satisfacer las necesidades de atención médica con menos recursos.¹⁶

Actualmente, en instituciones tanto públicas como privadas del sector salud, 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; sistema de monitoreo, y la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios, entre otros.¹⁷

De aquí la trascendencia de incorporar el concepto de calidad total, inicialmente desarrollado a nivel industrial, al cuidado crítico. La calidad total se define como un proceso continuo de vigilancia, evaluación y mejora, a menudo con estándares; el estudio de la calidad está conformado por tres grandes áreas: estructura, proceso y resultado.¹⁸ todas las estructuras dentro de las cuales se proporciona el cuidado, los procesos por medio de los

cuales se brinda y sus resultados, tanto clínicos como no clínicos. Esto guiado por datos de resultados sistemáticamente recolectados y apropiadamente ajustados.¹⁹

La vigilancia consiste en buscar sistemáticamente problemas, patrones de cuidado u oportunidades que han sido previamente identificados para mejorar, por otra parte, la evaluación es una manera metódica de analizar la información y, cuando la práctica observada difiere de los estándares, determinar qué estuvo mal, por qué ocurrió y tomar acción para mejorar la situación. En combinación, la vigilancia y la evaluación, se emplean para continuamente analizar el cuidado para identificar oportunidades de mejora y sugerir acciones.

Los objetivos de la vigilancia y la evaluación son:

1. Descubrir causas profundas antes de resolver los problemas y mejorar los procesos.
2. Enfocarse en los aspectos importantes.
3. Fijar indicadores críticos.
4. Fijar umbrales reales para evaluar.
5. Desarrollar el conocimiento de y el valor para la recolección precisa de datos estadísticos.
6. Evaluar lo que significan los datos.
7. Mejorar continuamente el proceso.
8. Documentar tanto proceso como resultado.
9. No dejar solos a los departamentos de evaluación de la calidad; todos están involucrados.

La vigilancia y la evaluación pueden ayudar a la UTI a:

1. Responder a las demandas de los reguladores para una evaluación objetiva de la CAM proporcionada.
2. Responder a las demandas legales.
3. Satisfacer las presiones generadas por los pagadores para reducir los costos.

El plan que se sigue para la vigilancia y la evaluación consiste en:

1. Asignar un responsable.
2. Delinear el alcance de las funciones claves o del cuidado en la UTI.
3. Identificar aspectos importantes del cuidado.
4. Identificar indicadores.
5. Establecer umbrales para la evaluación.

6. Establecer la metodología para la recolección de datos.
7. Evaluar el cuidado.
8. Iniciar las acciones después de la retroalimentación y la evaluación.
9. Evaluar las acciones para la mejora.
10. Comunicación e integración. ¹⁵

Dada la complejidad de la UTI, existen diversos indicadores, algunos directamente relacionados al paciente (tasa de supervivencia, calidad de vida, empleo de recursos, costo-efectividad, ²⁰ tasas de complicaciones, efectividad del uso de camas, satisfacción del paciente y de la familia) y otros que no lo están (satisfacción del equipo, disponibilidad tecnológica, diversidad diagnóstica, estructura de la UTI). ¹⁸

El indicador de la CAM más común es la mortalidad. Sin embargo, con la finalidad de estandarizar y poder realizar comparaciones intra e interunidades se diseñaron sistemas de calificación de gravedad de la enfermedad. ⁴ Estos sistemas consideran la edad, la comorbilidad previa a la hospitalización, las variables fisiológicas de las primeras 24 horas de estancia en la UTI y la procedencia del enfermo. ²¹ a través de ecuaciones de regresión logística múltiple se obtiene la probabilidad de muerte de cada enfermo, sumando las probabilidades de todos los enfermos y obteniendo el promedio se tiene la probabilidad predicha de esa población. Al dividir ésta entre la probabilidad observada se tiene la razón de mortalidad estandarizada. un valor menor de 1 traduce una buena CAM en la UTI.

Se han elaborado modelos que permiten evaluar el desempeño de las UTI dependiendo de la gravedad de la enfermedad y el uso de recursos, asignando pesos específicos. Como el estudio PAAEC recogiendo diferentes variables al ingreso, como la edad, diagnóstico, puntuación APACHE II, TISS, mortalidad intra- UTI y la hospitalaria. La calidad de vida se valoró según una escala de 15 ítems, valorando actividades fisiológicas, físicas y aspectos emocionales, ²¹ gracias a esto, fue posible determinar en un grupo de UTI las que tenían buen y mal desempeño. Este método ya con validación externa en España.

^{20,21}

También la medición del uso de recursos es un indicador de la CAM, se han desarrollado múltiples instrumentos, que evalúan diversos rubros, rutina de UTI, uso de ventilación mecánica, procedimientos dentro y fuera de la UTI, oxígeno suplementario, vasoactivos, diálisis, soporte terapéutico, días de estancia, recursos humanos, todos estos

relacionados con costos, siendo este último uno de los principales gastos en la UTI, pero que no puede ser reducido, sin comprometer la calidad de la atención. ²⁰

Sin embargo, en una revisión de medidas de resultado se enfatiza que una medida útil es la calidad de vida posterior a la estancia en UTI. ⁶ Heyland y cols., revisaron la metodología de los cuestionarios de calidad de vida empleados en cuidado crítico y concluyeron que sólo tres de ellos reunían las cualidades metodológicas para considerarse aceptables para evaluar calidad de vida, de estos tres, el cuestionario de Mata y cols., es de utilidad en nuestra población considerando que fue diseñado y aplicado en población hispana. ^{4,22} Asimismo, se consideran necesarias las mediciones de satisfacción del familiar, el instrumento más utilizado para esta finalidad es la encuesta de satisfacción de la familia en cuidado crítico. ²³

En los estudios acerca de la calidad de vida de la población de la UCI se encuentra que la recuperación psicosocial es más temprana que la física y en términos generales buena aunque no tanto como en el resto de la población. ²

Todos los indicadores previamente mencionados están incluidos en el rubro de resultados dentro del contexto de estudio de la CAM. En México hay pocos estudios que evalúen la CAM en la UTI. No se cuentan con estudios demográficos que permitan el desarrollo de tasas nacionales de incidencia de eventos adversos por carencia de reportes. y tampoco se cuenta con indicadores de la CAM, salvo la infección nosocomial ^{24,25}., además, la evaluación de la CAM en la UTI es un área poco desarrollada en nuestro país, pero adquirirá mayor importancia por diversas razones: mayor crecimiento demográfico, crisis económica, mayores demandas de salud, etc; por ello es importante diseñar una metodología que permita la vigilancia y la evaluación del cuidado crítico. ²⁶

Las características demográficas y nosológicas de quienes ingresan a una unidad de cuidados intensivos varían de acuerdo con la idiosincrasia de cada hospital, pero el desarrollo de bases de datos permite el manejo de información útil para la toma de decisiones administrativas, asistenciales, investigativas e incluso educativas. ²⁴

La CAM en la UTI es difícil de definir por lo anteriormente comentado y en las UTI mexicanas prácticamente es inexistente, sin embargo, la tríada de estructura, procesos y resultados es extraordinariamente compleja de estudiar en conjunto, por lo que en este estudio se pretenden abordar únicamente los resultados en el deterioro de la calidad de vida

para la población hospitalizada en la UTI y conocer en base a mediciones la satisfacción familiar.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la calidad de la atención médica en las Unidades de Terapia Intensiva de los Hospitales Generales de la Secretaria de Salud del Gobierno del Distrito Federal. Enfocado en la calidad de vida de los enfermos al egreso de la UTI, así como la satisfacción familiar de los pacientes que se encuentran en la unidad de terapia intensiva.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Comparar la calidad de vida de los enfermos dos meses antes de ingresar a la UTI y 1 mes posterior a la estancia en la UTI
2. Conocer el grado de satisfacción familiar del paciente hospitalizado en la UTI

JUSTIFICACIÓN

No se cuenta con estudios integrales que aborden el problema de la evaluación de la CAM en nuestro país. El paso inicial debe ser fijar indicadores críticos de los problemas más comunes del cuidado crítico y fijar umbrales reales para evaluar. Estos problemas son posibles indicadores de CAM ó “eventos centinela”, esto es, acontecimientos serios que incrementan la morbilidad, la mortalidad, la estancia hospitalaria y los costos de la atención. Otro indicador de la CAM debe ser la integración del enfermo a su entorno social, sin embargo, este rubro ha sido poco estudiado y habitualmente sólo considerando los efectos físicos que provocó la enfermedad, olvidando el estado psicológico de los enfermos, por ello, se propone la medición de la calidad de vida al mes del alta comparándola con la que este presentaba dos meses antes de su hospitalización.

Además, es necesario conocer a través de los ojos del usuario, el desempeño del trabajo de la UTI. Esto se realizará con una encuesta de evaluación de las necesidades del familiar del enfermo hospitalizado en la UTI.

El presente estudio pretende abordar una diminuta parte de los resultados de esta medición (CAM), Y de éstos, los que inciden en la morbilidad y calidad de vida de los enfermos hospitalizados en la UTI, así como la satisfacción del familiar.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Dentro de la metodología empleada para el presente ensayo, se utilizaron dos tipos de cuestionarios, previamente aplicados en población hispana, los cuales cuentan con validez metodológica. Cuyo principal indicador es valorar la calidad de vida del paciente egresado de la UTI y la satisfacción que el familiar tiene con respecto a la atención recibida. Dichos cuestionarios cuentan con preguntas y respuestas precodificadas, para el utilizado en el análisis de la calidad de vida incluye aspectos relacionados con: a) actividades fisiológicas básicas, como lenguaje oral, control de la micción, control de la defecación e ingestión de alimentos; b) Actividades diarias normales que incluían movimientos de precisión, tolerancia al esfuerzo mínimo, tolerancia a un esfuerzo mayor, relacionados a la movilidad, vestir, actividades de trabajo y relaciones sociales; c) Estado emocional que valora el bienestar subjetivo, estado anímico y la actividad vital. Dicho cuestionario se aplicó al familiar o persona encargada del enfermo a su ingreso a la UTI o bien al paciente mismo si este se encontraba en condiciones de responder, cuestionando las condiciones en las que se encontraba el paciente dos meses antes de ingresar a la unidad de terapia intensiva, dicho cuestionario se volvió a aplicar a los pacientes que fueron egresados de la UTI y continuaban vivos un mes después. Por otro lado el test correspondiente a las necesidades del familiar del enfermo hospitalizado en la UTI (satisfacción familiar) se aplicó al familiar o persona encargada del enfermo por lo menos 24 horas después de que este ingreso a la terapia intensiva, con la finalidad de que ya existió contacto por lo menos durante este tiempo con el personal e instalación de la UTI como tal, este cuestionario valoró tres aspectos básicos e indispensables para el familiar: 1) Calidad en la atención médica; 2) relación médico-familiar y 3) confort del familiar en la sala de espera de la UTI. Una vez obtenidos los resultados el manejo estadístico de las variables utilizadas se hizo tomando como base: promedio y desviación estándar, y la aplicación de la prueba de diferencia de proporciones, t-Student, correlación de Pearson Y Chi² considerando como nivel de significancia estadística cuando $p < 0.05$

RESULTADOS.

En el cuadro 1 se muestran los datos relativos a las características de los pacientes bajo estudio. En el se observa que la edad promedio fue de 45.9 años con una desviación estándar de 15 años. En el grupo se integraron más mujeres (55%) que hombres (45%) sin diferencia significativa (ver Fig 1). La edad de las mujeres con relación a los hombres no presentó diferencia significativa y fue de alrededor de 45 años. Por otro lado, se determinó encuestar a 15 pacientes de cada uno de los 4 hospitales del sector público del Distrito Federal en la Ciudad de México. Los días de estancia hospitalaria para el grupo de pacientes fue de 7.2 días con una desviación estándar de 4.8 días. En la Fig. 2 se presenta los días de estancia por unidad hospitalaria, y presentaron diferencias significativas del Hospital Balbuena respecto a los demás hospitales, este hospital con el mayor promedio de días de estancia de 10.1 días.

Cuadro 1.- Indicadores generales de los pacientes.

Indicadores	Pacientes (n=60)
Edad	45.9 ±15.0
Hombres*	27 (45%) 46.5 ± 12.7
Mujeres	33 (55%) 45.3 ± 17.7
Hospital	
La villa	15 (25%)
Balbuena	15 (25%)
Rubén Leñero	15 (25%)
Xoco	15 (25%)
Días de estancia	7.2 ± 4.8

*Prueba t-student (t=.28, p=.77, ns)

Prueba de diferencia de proporciones (Z=1.07, p>.10, ns).

ns= no significativa.

Fig. 1 Distribución por sexo

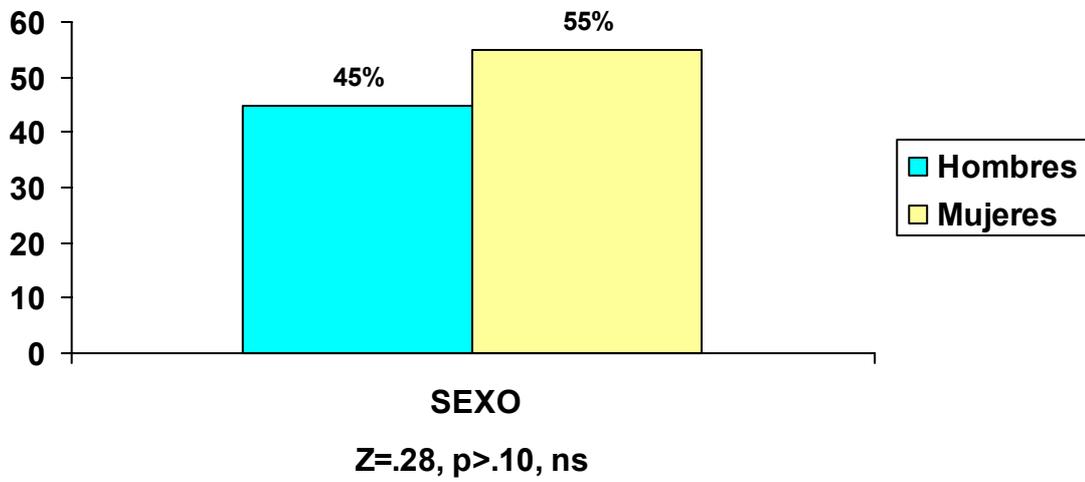
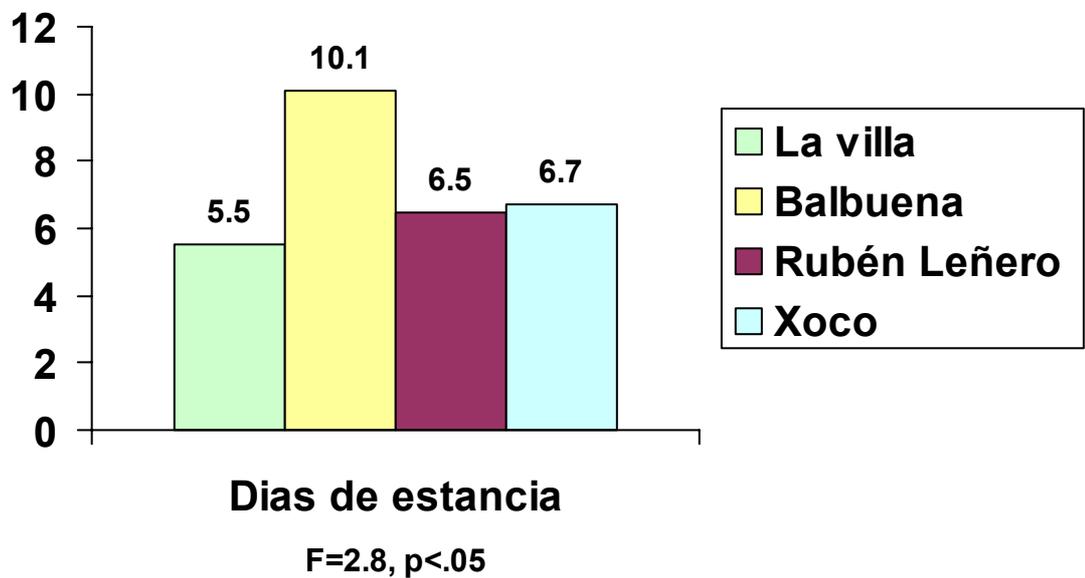


Fig. 2- Diferencia de días de estancia por unidad hospitalaria.



En la evaluación de la calidad de vida del paciente en la UTI, destaca las dificultades del paciente de realizar actividades fisiológicas básicas; esta información referida dos meses

antes de ingresar a la hospitalización (antes) y al mes de egreso del servicio (después) se presenta en el Cuadro 2.

Con relación a la dificultad para el lenguaje oral el 100% de los pacientes refirió que no tenían dificultad, situación que cambió para el 3.33% de pacientes al mes egreso que manifestaron dificultades en esta actividad fisiológica, sin embargo estos dos casos no logran hacer diferencia significativa entre antes y después. Cuestión semejante sucedió con el control de la micción, solamente el 1.66% presentó dificultades permanente entre antes y después, sin encontrar diferencias significativas. Respecto a la dificultad del control de la defecación del 3.33% de casos (antes) pasó a 6.66% casos (después), sin mostrar diferencia significativa. En el caso de la dificultad para ingerir alimento no varió en el tiempo la situación del conjunto de pacientes, sólo un caso mantuvo la dificultad en las dos etapas de antes y después. En síntesis prácticamente se mantuvieron las mismas dificultades para realizar las actividades fisiológicas básicas entre los dos momentos del estudio. Respecto a la movilidad del paciente para efectuar actividades de precisión se incremento en el tiempo en 6.66% de los casos los que manifestaron tener dificultad para este tipo de tarea, sin embargo estos 4 casos no logran hacer diferencia significativa entre las dos etapas.

Cuadro 2.- Evaluación comparativa respecto a las actividades fisiológicas básicas.

Indicadores	Antes (hace dos meses)	Después (al mes)	p*
Dificultad para el lenguaje oral			
No	60 (100)	58 (96.7)	Z=1.42, p>.10, ns
Si, sostener conversación	0 (0.0%)	2 (3.3)	
Dificultad de control de micción			
No	60 (100)	59 (98.3)	Z=1.03, p>.10, ns
Si, permanente	0 (0.0)	1(1.7)	
Dificultad para control de defecación			
No	58 (96.7)	56 (93.3)	Z=.85, p>.10, ns
Si, por colostomía / ileostomía	2 (3.3)	4 (6.7)	
Dificultad en ingerir alimentos			
No	59 (98.3)	59 (98.3)	Z=0.0, p>.10, ns
Si, alimentación directa	1 (1.7)	1 (1.7)	

* Prueba de diferencia de proporciones (valor Z), ns= no significativa.

En el caso de la dificultad del paciente en el desarrollo de las actividades diarias normales, avanzó la dificultad en el rubro de la realización de tareas con esfuerzo de menor a mayor, en un 16.66% de los casos para cada tipo de esfuerzo, con diferencias significativas a través del tiempo. Cuadro 3

Con relación a la dificultad de caminar, esta se incrementó en 10% de casos; antes todos los pacientes manifestaron poder efectuar esta actividad, sin embargo en la etapa “después”, 6 de los pacientes manifestaron esta dificultad generando diferencia significativa entre ambas etapas. Sin embargo cuando se les preguntó sobre el caminar en trayectos normales, aunque algunos manifestaron, como se relató arriba, que podían caminar, en el tipo de trayecto se observa que esta dificultad se incrementó aún más. De un 11.66% de casos que ya tenían problemas al caminar, pasó al mes del egreso a un 35% con diferencia significativa. En cuanto a la dificultad para vestirse que no se presentaron casos en la etapa previa paso a 8.33% casos en la etapa posterior, con diferencia significativa. Ahora, en referencia a las dificultades para desarrollar las actividades propias de su trabajo, en la primera etapa se manifestaron 26.66% de los pacientes con distinta dificultad en su trabajo a 48.33%, que sumándolos hace diferencia significativa entre ambos momentos del estudio. Por último, al preguntarles sobre la dificultad de mantener las mismas relaciones sociales antes y después de la hospitalización, prácticamente se mantuvo el número de casos que pasó de 4 a 5 pacientes, sin lograr diferencia significativa en este rubro. En síntesis, el grado de dificultad para el desarrollo de las actividades diarias normales se mantuvo para las actividades de precisión y las relaciones sociales entre antes y después de la hospitalización, y se presentaron incrementos en la dificultad (con diferencias significativas) entre estos dos momentos para las actividades que requieren algún tipo esfuerzo, caminar, vestirse y realizar su trabajo.

La evaluación comparativa sobre el estado emocional del paciente en los dos momentos del estudio se muestra en el Cuadro 4. No se observaron cambios significativos en el número de casos cuando se les preguntó si se modificó su bienestar habitual, de 33.33% de los casos con dificultades en la etapa previa, disminuyó a 31.66% en la etapa posterior, sin diferencia significativa.

Cuadro 3.- Evaluación comparativa respecto a las actividades diarias normales.

Indicadores	Antes (hace meses)	dos	Después (al mes)	p*
Movilidad de precisión				
Mayor	58 (96.7)		54 (93.3)	Z=.85, p>.10, ns
Menor	2 (3.3)		6 (6.7)	
Tolerancia al esfuerzo menor				
Igual que antes	53 (88.3)		43 (71.7)	Z=2.27, p<.05
Ya no podía	7 (11.7)		17 (28.3)	
Tolerancia al esfuerzo mayor				
Igual que antes	33 (55.0)		23 (38.3)	Z=1.83, p<.10
Ya no podía	27 (45.0)		37 (61.7)	
Dificultad al caminar				
No	60 (100.0)		54 (90.0)	Z=2.51, p<.05
Si, con ayuda	0 (0.0)		5 (8.3)	
Si, permanencia en cama	0 (0.0)		1 (1.7)	
Dificultad al caminar en trayectos normales				
No	53 (88.3)		40 (66.7)	Z=2.09, p<.05
Si, solo en el barrio	6 (10.0)		14 (23.3)	Z=1.96, p<.10
Si, solo en su casa	1 (1.7)		5 (8.3)	
Si, permanencia en su habitación	0 (0.0)		1 (1.7)	
Dificultad para vestirse				
No	60 (100.0)		55 (91.7)	Z=2.27, p<.05
Si, alguna ayuda	0 (0.0)		5 (8.3)	
Dificultades en el trabajo				
No	44 (73.3)		29 (48.3)	Z=2.8, p<.01
Si, igual que antes, pero con dificultad	11 (18.3)		12 (20.0)	Z=.23, p>.10, ns
Si, sin trabajar completamente	1 (1.7)		5 (8.3)	
Si, dejo de trabajar por la enfermedad	4 (6.7)		14 (23.3)	Z=1.42, p>.10, ns
Dificultad en las relaciones sociales				
No	56 (93.3)		55 (91.7)	Z=.33, p>.10, ns
Si, solo las del ámbito familiar	4 (6.7)		5 (8.3)	

* Prueba de diferencia de proporciones (valor Z), ns= no significativa.

Cuestión semejante sucedió al preguntarles sobre el cambio en el estado anímico, que también disminuyó de 7 a 5 casos, sin diferencia significativa. La disminución no significativa de estas situaciones emocionales habituales puede deberse al sentimiento de haber recibido la atención médica, ya que al preguntarles se presentaron cambios en la

vitalidad para efectuar sus tareas regulares, se presentaron dos nuevos casos que manifiestan la falta de interés en las actividades que desarrollan, sin embargo este cambio en el número de casos no fue estadísticamente significativo. En síntesis la situación emocional de los pacientes no se modificó significativamente en las dos etapas de antes y después de la hospitalización.

Cuadro 4.- Evaluación comparativa respecto al estado emocional del paciente.

Indicadores	Antes (hace meses)	dos	Después (al mes)	p*
Bienestar subjetivo habitual				
Bien	40 (66.7)		41 (68.3)	Z=.15, p>.10, ns
Regular	19 (31.7)		18 (30.0)	Z=.20, p>.10, ns
Mal	1 (1.7)		1 (1.7)	
Estado anímico habitual				
Alegría	53 (88.3)		55 (91.7)	Z=.62, p>.10, ns
Tristeza esporádica	7 (11.7)		4 (6.7)	
Tristeza permanente			1 (1.7)	
Vitalidad	58 (96.7)		56 (93.3)	Z=.85, p>.10, ns
Si, con interés	2 (3.3)		4 (6.7)	
No, falta de interés				

* Prueba de diferencia de proporciones (valor Z), ns= no significativa.

Las necesidades de los familiares de los pacientes atendidos en la UTI se presentan en los cuadros 5, 6, y 7. En el primer caso (Cuadro 5) donde el familiar refiere sobre la suficiente atención médica recibida a su paciente se constata que en casi todos los casos (entre el 93 y 98% de los familiares de los pacientes) que han sido atendidos sus pacientes bien tanto en el hospital como en la UTI, que les han dado explicaciones claras sobre la

situación de su paciente, que sienten que esta información ha sido proporcionada con honestidad, que han entendido la situación médica de su paciente y que ha sido satisfactorio el cuidado médico de su paciente, sólo en el caso de la explicación sobre el equipo médico que se ha utilizado para la atención médica de su paciente, 16.66% de los familiares refieren que no han recibido esta explicación, rubro que manifiesta diferencia significativa respecto a los demás aspectos.

En resumen prácticamente todos los familiares de los pacientes estarían con un buen nivel de satisfacción en la atención médica referida, así como en la información y el entendimiento que tienen sobre el problema médico de su paciente, excepto sobre la información del equipo médico empleado, donde se presentan deficiencias de comunicación y entendimiento del familiar del paciente. Respecto a la relación entre el equipo médico y los familiares del paciente en la UTI (véase Cuadro 6), prácticamente todos los familiares refieren buen nivel de cortesía en el servicio, pero hay 30% de familiares que destacan que el personal del servicio no ponen atención e interés en el estado físico y anímico de los familiares, y el 10% refieren que no creen que el personal del servicio se darían a la tarea de hacer llamadas telefónicas al domicilio de los familiares ante cambios en la condición clínica de sus pacientes. En conclusión aunque hay suficiencia en la cortesía hacia los familiares del paciente, se presenta la falta de interés en las condiciones físicas y anímicas por parte del personal de la UTI.

Cuadro 5.- Calidad de la atención médica como una necesidad de los familiares del paciente en la UTI.

Indicadores *	Pacientes (n=60)
Atención al familiar en el hospital	59 (98.3)
Atención al familiar en terapia intensiva	59 (98.3)
Explicación clara sobre la salud del paciente	58 (96.7)
Información honesta sobre el paciente	59 (98.3)
Entendimiento sobre la atención médica del paciente	56 (93.3)
Explicación del equipo usado en terapia intensiva **	48 (80.0)
Satisfacción con el cuidado médico al paciente	58 (96.7)

* Sucede siempre o la mayor parte del tiempo.

** Prueba de diferencia de proporciones (valor $Z=2.14$, $p<.05$) con los demás indicadores.

Cuadro 6.- Relación médico y familiar del paciente.

Indicadores *	Pacientes (n=60)
1. Cortesía en terapia intensiva **	59 (98.3)
2. Interés sobre el familiar en terapia intensiva ***	42 (70.0)
3. Posible telefonema por cambios en el paciente	54 (90.0)

* Sucede siempre o la mayor parte del tiempo.

** Prueba de diferencia de proporciones (valor $Z>1.93$, $p<.10$), (1) vs (2) y (1) vs (3).

*** Prueba de diferencia de proporciones (valor $Z=2.73$, $p<.05$), (2) vs (3).

Por último sobre el confort y comodidad que refieren los familiares con relación a las instalaciones del servicio, 18% refieren falta de comodidad en el servicio, el 58% que la sala de espera es incómoda y el 74% que en esta sala de espera se respira un ambiente de aislamiento y soledad.

En los cuadros 8 y 9 se presentan las calificaciones obtenidas en cada tema en los dos cuestionarios el de calidad de vida hospitalaria y el de necesidades de los familiares del paciente hospitalizado. En ambos casos se calificaron los ítems y se obtuvo una calificación porcentual de cada tema (de 0 a 100%), que expresa que a mayor porcentaje mayor dificultad o problemas en el paciente y mayor insatisfacción de las necesidades del familiar. En ambos cuadros también se establecen las calificaciones generales y por cada unidad hospitalaria

evaluada. En el Cuadro 8 que refiere la calidad de la atención médica (calidad de vida hospitalaria del paciente) se agregó la información sobre la edad de los pacientes y los días de estancia referidos en su hospitalización. En cuanto la edad de los pacientes en el hospital de Xoco los pacientes refirieron mayor edad (media de 49.9 años) y en el de La Villa el de menor edad (media 42.7 años), pero sin diferencia significativa.

Cuadro 7.- Confort del familiar en la sala de espera.

Indicadores *	Pacientes (n=60)
Comodidad para el familiar en terapia intensiva **	49 (81.6)
Confort del familiar en la sala de espera ***	25 (41.7)
Aislamiento y soledad en la sala de espera	16 (26.7)

* Sucede siempre o la mayor parte del tiempo.

** Prueba de diferencia de proporciones (valor $Z > 4.49$, $p < .01$), (1) vs (2) y (1) vs (3).

*** Prueba de diferencia de proporciones (valor $Z = 1.73$, $p < .10$), (2) vs (3).

Con relación al los días de estancia el hospital de Balbuena refiere el mayor promedio (10.1 días) y el hospital de La Villa el menor (media 5.5 días). En referencia a la calificación temática sobre calidad de vida del paciente, sobre la realización de las actividades fisiológicas básicas, se incrementó la dificultad (antes y después de la hospitalización) de .63% a 1.8%, siendo los pacientes del hospital de Xoco los que influyeron más en este incremento (de 2.5% a 5.8%). La calificación de la dificultad de los pacientes para desarrollar las actividades diarias normales sufrió un incremento entre antes y después de 6.8% a 15.7%, siendo los pacientes del Hospital Rubén Leñero los que presentaron mayor incremento, seguidos muy de cerca por los pacientes del Hospital La Villa (con 11 y 10 puntos porcentuales de incremento). Por último sobre el estado emocional de los pacientes, prácticamente se mantuvo la calificación (alrededor de 10 puntos porcentuales de dificultad) entre antes y después de la hospitalización. En este caso se presentaron disminuciones para los hospitales de La Villa, Balbuena y Rubén Leñero e incremento en la afectación emocional de los pacientes del hospital Xoco (de 16 a 20 puntos porcentuales).

**Cuadro 8.- Dificultad en la calidad de vida del paciente en la UTI
por tipo de hospital.**

Tema	Hospital *					p
	La villa (n=15)	Balbuena (n=15)	Rubén Leñero (n=15)	Xoco (n=15)	Total	
Edad	42.7 ± 18.5	45.6 ± 18.5	45.7 ± 12.3	49.9 ± 9.2	45.9 ± 15.0	F=.57, p=.63,ns
Días de estancia (1)	5.5 ± 4.9	10.1 ± 6.9	6.5 ± 2.4	6.7 ± 2.4	7.2 ± 4.8	F=2.8, p<.05
Actividades fisiológicas básicas (2)						
Antes	0.0 ± 0.0	0.0 ± 0.0	0.0 ± 0.0	2.5 ± 7.0	.63 ± 3.6	F=1.9, p<.14, ns
Después	0.0 ± 0.0	0.8 ± 3.2	0.8 ± 3.2	5.8 ± 13.3	1.8 ± 7.2	F=2.17, p<.10
Actividades diarias normales (3)						
Antes	2.96 ± 7.23	9.26 ± 12.36	3.33± 4.09	11.5 ± 12.9	6.8 ± 10.3	F=2.82, p<.05
Después	12.9 ± 19.4	14.4 ± 11.8	14.8 ± 14.0	20.4 ± 16.2	15.7 ± 15.5	F=.65, p<.59, ns
Estado emocional (4)						
Antes	6.67 ± 9.76	10.7 ± 10.3	6.7 ± 16.3	16.0 ± 21.2	10.0 ± 16.3	F=1.16, p<.35, ns
Después	4.0 ± 8.3	9.3 ± 14.9	4.0 ± 8.3	22.7 ± 28.2	10.0 ± 18.2	F=4.1, p<.01

* Se calificaron los ítems de cada tema y se calculó el porcentaje de dificultad y se presenta el análisis de varianza (valor F), ns=no significativa.

(1) Hospital Balbuena difiere significativamente de los demás hospitales.

(2) Antes y después: Hospital Xoco difiere significativamente de los demás hospitales.

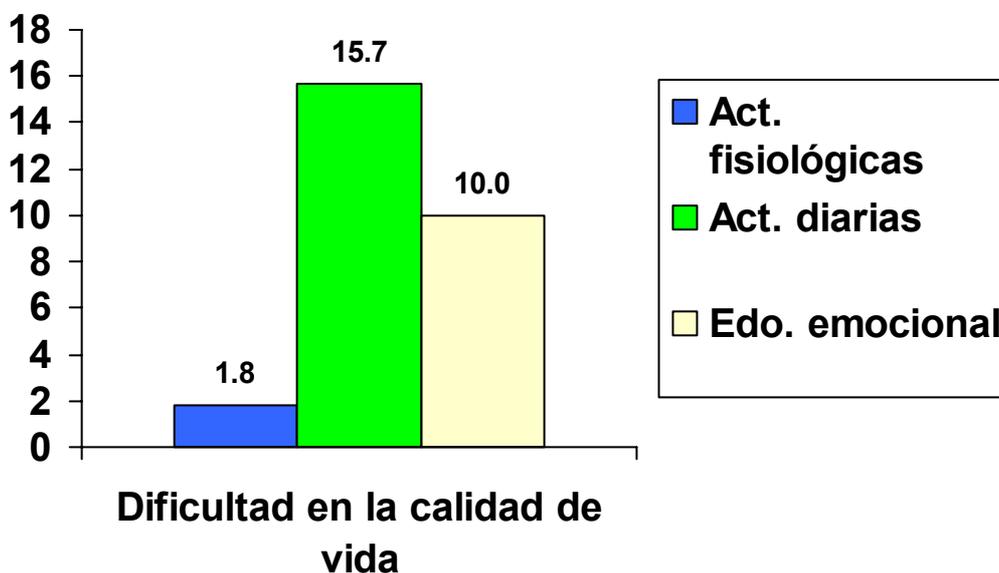
(3) Antes: Hospital Xoco difiere significativamente de La Villa y Rubén Leñero y La Villa y Balbuena.

Después: No difieren significativamente.

(4) Antes: No difieren significativamente.

Después: Hospital Xoco difiere significativamente de los demás hospitales.

Gráfico 3- Calificación de indicadores de dificultad en la calidad de vida del paciente al egreso en la UTI .



Cuadro 9.- Necesidades del familiar del enfermo en la UTI por tipo de hospital.

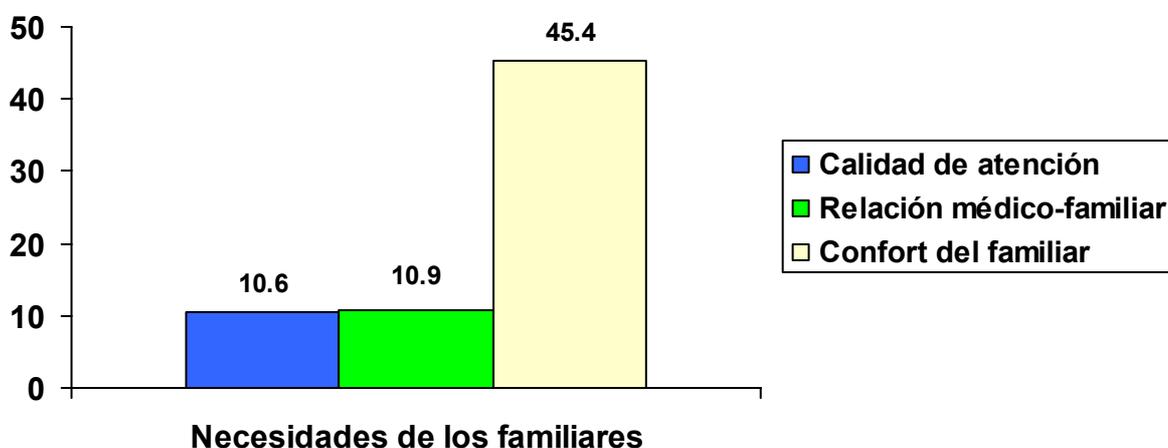
Tema	Hospital *					p*
	La villa (n=15)	Balbuena (n=15)	Rubén Leñero (n=15)	Xoco (n=15)	Total	
Calidad de la atención (1)	11.5 ± 16.7	13.7 ± 21.4	6.7 ± 11.4	10.2 ± 12.5	10.6 ± 15.8	F=.51, p<.67, ns
Relación medico-familiar (2)	10.4 ± 19.0	21.5 ± 31.0	15.6 ± 22.5	20.0 ± 15.8	16.9 ± 22.6	F=.72, p<.54, ns
Confort del familiar (3)	53.3 ± 23.1	56.3 ± 18.0	27.4 ± 24.4	44.4 ± 26.9	45.4 ± 25.4	F=4.6, p<.01

* Se calificaron los ítems de cada tema y se calculó el porcentaje de dificultad y se presenta el análisis de varianza (valor F), ns=no significativa.

(1) y (2) Los hospitales no difieren significativamente.

(3) El hospital Rubén Leñero difiere significativamente de los demás hospitales.

Gráfico 4- Calificación sobre las necesidades de los familiares de los enfermos en la UTI .



En síntesis varió muy poco, entre antes y después de la hospitalización, la dificultad en la realización de las actividades fisiológicas, se incrementó en 10 puntos la afectación de los pacientes para el desarrollo de sus actividades diarias y se mantuvo el nivel de afectación en su estado emocional.

En el Cuadro 9 se presentan las calificaciones temáticas sobre las necesidades de los familiares de los pacientes de la UTI. En cuanto a cómo sienten la calidad de la atención de sus pacientes el 10% siente que hay dificultad en la atención, llegando al 13.7% en el hospital Balbuena y 6.7% en el hospital Rubén Leñero. En la relación entre el equipo médico con el familiar del paciente el porcentaje se incremento al 16.9%, presentándose en los hospitales de Balbuena (21.5%) y Xoco (20%) las mayores dificultades en la relación médico-familiar. Por último respecto al confort que sienten los familiares en la UTI, la falta de comodidad la refieren el 45,4% de los familiares con los mayores porcentajes los hospitales de Balbuena y La Villa y el de mayor comodidad el Rubén Leñero. En resumen, la falta de atención a las necesidades de los familiares de los pacientes de la UTI oscila entre el 10% por la atención medica a sus pacientes, 17% la relación medico-familiar y una falta de comodidad y confort del 45%.

En los cuadros 10 y 11 se presentan las correlaciones de Pearson entre las variables para cada área evaluada. Con relación a la calidad de vida del paciente al egreso de la UTI, la calificación sobre la dificultad de los pacientes de efectuar actividades

fisiológicas básicas, se correlacionó con la dificultad de desempeñar sus actividades diarias ($r=.36$, $p<.001$), y mejor correlación con la afectación de su estado emocional ($r=.44$, $p<.001$).

Cuadro 10.- Correlaciones de Pearson (r, p) de calidad de vida del paciente al egreso de la UTI.

Indicadores	Actividades fisiológicas básicas	Actividades diarias normales	Estado emocional
Actividades fisiológicas básicas	1	$r=.36$, $p<.001$	$r= .44$, $p<.001$
Actividades diarias normales		1	$r= .38$, $p<.002$
Estado emocional			1

También se correlacionaron la calificación sobre la dificultad de desempeño de las actividades diarias normales con la afectación del estado emocional del paciente, lo que permite concluir que fue consistente en general este cuestionario sobre la calidad de vida del paciente en la UCI. En el cuestionario sobre las necesidades de los familiares de los pacientes la calificación sobre el cómo sienten la atención médica de sus familiares se correlacionó muy bien con la calificación de cómo sienten la relación medico-familiar y con el confort que sienten en las instalaciones del servicio. Sin embargo no hubo correlación significativa entre al relación médico-familiar con el nivel de confort del familiar en la UTI, lo que significa que este cuestionario sufrió inconsistencias debido a que un buen número de pacientes que no obtiene confort en el servicio no encontró relación con la buena o mala percepción en la relación medico y familiar del paciente.

Cuadro 11.- Correlaciones de Pearson (r, p) sobre las necesidades del familiar en la UTI.

Indicadores	Calidad de la atención	Relación medico-familiar	Confort del familiar
Calidad de la atención	1	$r=.66$, $p<.001$	$r=.38$, $p<.002$
Relación medico-familiar		1	$r=.10$, $p<.43$, ns *
Confort del familiar			1

* ns= no significativa

DISCUSIÓN.

Investigadores que han abordado el estudio de la calidad, en general, se han enfocado indirectamente a conocer los atributos deseables de los médicos y de las unidades hospitalarias o tratando de identificar las características relacionadas con la satisfacción, manifestada por los prestadores directos de los servicios, de los directivos y de los pacientes, variando las respuestas en base al encuestado. Los directivos, por ejemplo. Tienen la tendencia de hablar sobre la organización y el estilo de dirección de su unidad. Los médicos hacen una descripción a veces detallada del proceso de la atención, enfatizando los aspectos técnico-médicos y los usuarios centran su opinión en las comodidades de la clínica y la forma como se comportan los médicos al interactuar con ellos.¹⁷

Otros autores utilizan exclusivamente la satisfacción del paciente como una importante medida de la atención a la salud, pero enfocándose exclusivamente a resultados, o bien, problemas muy específicos, como tiempo de espera de la atención médica, tomando en cuenta no sólo la satisfacción del paciente, sino también la del prestador del servicio. (Murata 1992)

Estudios de investigadores mexicanos han utilizado la satisfacción del usuario, enfocándola principalmente en la relación interpersonal. ¹⁸ De esta manera, la calidad no se define en términos de las consecuencias de la atención, sino en términos de los atributos de los proveedores y su comportamiento.

Según la evidencia presentada por los distintos estudios, la calidad de la atención, medida en diferentes circunstancias a través de los distintos indicadores de la atención a la salud, en distintas instituciones públicas y privadas y en distintos contextos, muestra deficiencias en grados variables, tanto en la dimensión técnica, como en la interpersonal, sobre todo cuando solo se mide a través de la satisfacción del familiar y del proveedor del servicio.¹⁷

Por lo anterior consideramos que un tema tan poco estudiado en el ámbito de la terapia intensiva, merece no solo atención en cuanto a la satisfacción familiar, sino también en lo relacionado a las consecuencias de la atención medica proporcionada en nuestras unidades de terapia intensiva, valorado através de la calidad de vida que presenta el paciente hospitalizado en la UTI a un mes de ser egresado. Lo que englobaría en una mejor

visión dos factores de suma importancia y que han sido mencionados en la literatura como indicadores importantes en esta calidad de la atención médica.

Así los resultados encontrados en el presente estudio coinciden con algunos reportes de la literatura consultada, en lo que respecta, a aquellos pacientes que sobrevive y son egresados de la UTI para integrarse a la sociedad, donde se ha observado un incremento en disfunciones que contribuyen de manera directa a una mala calidad de vida.^{4,6} En nuestro trabajo dichas alteraciones se encontraron en el rubro relacionado a las actividades diarias comunes definidas operacionalmente como movimientos de precisión, tolerancia al esfuerzo cotidiano, esfuerzo mayor, movilidad, caminar, vestir; por otro lado las actividades laborales y relaciones sociales son similares a las encontradas en otros ensayos donde prácticamente el 86% de los pacientes que egresan de la UTI se reincorporan a sus actividades laborales o sociales.¹ Estudios acerca de la calidad de vida de la población de la UCI encuentran que la recuperación psicosocial es más temprana que la física y en términos generales, buena aunque no tanto como en el resto de la población², en nuestro trabajo el estado emocional donde se valoró el bienestar subjetivo, estado anímico y actividad vital de nuestros pacientes prácticamente coincide con estos reportes, ya que no se observó significancia estadística entre antes y después de la hospitalización.

La mitad de las familias de los pacientes de la unidad de cuidado intensivo experimenta una comunicación inadecuada con los médicos, enfatizando así mismo que existía una mala comprensión que a su vez fuera realista de la condición clínica de su paciente, encontrando que para ese 50% de miembros de la familia de los pacientes demostraron síntomas de depresión.⁹ Lo que respecta a la satisfacción del familiar del enfermo hospitalizado en la UTI encontramos que los aspectos negativos más trascendentales que se observaron, abarcan el ámbito de esta interrelación médico-familiar donde un 10% de los familiares contestaron que esta era mala y un 17.5% como regular, siendo los hospitales de Balbuena (21.5%) y Xoco (20%) donde observamos las mayores dificultades en este rubro. Así mismo un 30% de familiares destacan que el personal del servicio no pone atención e interés en el estado físico y anímico de los familiares.

La comprensión y la satisfacción son criterios relevantes para evaluar la eficacia de la información proporcionada a los miembros de la familia de los pacientes de la unidad de cuidado intensivo, reportes de otros estudios mencionan que existen dificultades en la comprensión de ciertas circunstancias relacionadas con la atención de su paciente.¹¹ En

nuestro estudio entre el 93 y 98% de los familiares de los pacientes, refieren que les han dado explicaciones claras sobre la situación de su paciente, que sienten que esta información ha sido proporcionada con honestidad, que han entendido la situación médica de su paciente y que ha sido satisfactorio el cuidado médico de su paciente, sólo en el caso de la explicación sobre el equipo médico que se ha utilizado para la atención médica de su paciente, 16.66% de los familiares refieren que no han recibido esta explicación, rubro que manifiesta diferencia significativa respecto a los demás aspectos.

. Por otro lado la comodidad/confort que el familiar tiene en la sala de espera arroja que el 22.22% de estos la consideran como mala y un 41.66% como regular, de estos el 18% refieren falta de comodidad en el servicio, el 58% que la sala de espera es incómoda y el 74% que en esta sala de espera se respira un ambiente de aislamiento y soledad. La falta de comodidad la refieren el 45,4% de los familiares con los mayores porcentajes los hospitales de Balbuena y La Villa y el de mayor comodidad el hospital Rubén Leñero.

La familia del paciente hospitalizado en la UTI se está reconociendo como una prioridad en numerosos estudios donde se han documentado las necesidades de estos.⁵ por lo que el presente trabajo es una pequeña visión de lo que ocurre en las unidades de terapia intensiva de nuestro entorno, por lo menos en lo que respecta a cuatro Hospitales Generales de la Secretaria de Salud del Distrito Federal.

CONCLUSIONES.

1. El grupo de estudio estuvo constituido por 60 pacientes con edad promedio de promedio de 45 años, con 45 % de hombres y 55 % de mujeres.
2. Se mantuvieron las mismas dificultades para realizar las actividades fisiológicas básicas por parte de los pacientes entre antes y después de la hospitalización.
3. El grado de dificultad para el desarrollo de las actividades diarias normales se mantuvo entre antes y después para las actividades de precisión y las relaciones sociales, y se presentaron incrementos en la dificultad en estos dos momentos para las actividades que requieren algún tipo de esfuerzo, caminar, vestirse y realizar su trabajo.
4. La situación emocional de los pacientes no se modificó significativamente en las dos etapas de antes y después de la hospitalización.
5. Prácticamente todos los familiares de los pacientes estarían con un buen nivel de satisfacción en la atención médica referida, así como en la información y el entendimiento que tienen sobre el problema médico de su paciente, excepto sobre la información del equipo médico empleado, donde se presentan deficiencias de comunicación y entendimiento del familiar del paciente.
6. Se encontró suficiencia en la cortesía del equipo médico hacia los familiares del paciente, aunque se presentó la falta de interés hacia el familiar por sus condiciones físicas y anímicas por parte del personal de la UTI.
7. Respecto al confort y comodidad que refieren los familiares con relación a las instalaciones del servicio, 18% refieren falta de comodidad, el 58% que la sala de espera es incómoda y el 74% que en esta sala de espera se respira un ambiente de aislamiento y soledad.
8. La calificación entre antes y después de la hospitalización varió muy poco respecto a la dificultad del paciente en la realización de las actividades fisiológicas, se incrementó su afectación en el desarrollo de sus actividades diarias y se mantuvo el nivel de problemática de su estado emocional a través del estudio.
9. La calificación sobre la falta de atención a las necesidades de los familiares osciló entre el 10% y 45% entre lo que sienten por la calidad de la atención médica recibida a sus pacientes, hasta la incomodidad y falta de confort en las instalaciones del

servicio. junto con la falta de interés del médico hacia el familiar son los aspectos más mal calificados por los familiares de los pacientes internados en la UCI, por lo que son los rubros problema de nuestro análisis y donde se debe centrar un esfuerzo doble para solucionarlos, sin dejar a un lado la satisfacción en los parámetros que se han logrado en nuestras terapias.

10. Debido a las correlaciones internas entre los diferentes temas del cuestionario sobre la calidad de vida del paciente en la UCI se concluye que este fue consistente en lo general.
11. En el caso del cuestionario sobre las necesidades de los familiares del paciente sufrió algunas inconsistencias debido a que un buen número de pacientes que no obtiene confort en el servicio no encontró relación con la buena o mala percepción en la relación médica y familiar del paciente.

PROPUESTA.

En base a los datos obtenidos durante nuestro estudio, proponemos que:

Una vez hecha la correlación interna de los cuestionarios utilizados y esta fue satisfactoria, consideramos que estos podrían ser aplicados de manera rutinaria en nuestras unidades de terapia intensiva e incluso en los distintos servicios que conforman a nuestros hospitales. Ya que los resultados arrojados nos hablan de que en base a estos cuestionarios podemos decir de forma aplicable, es posible conocer aspectos de suma importancia en cuanto a la atención médica que se está proporcionando en nuestras unidades, categorizadas por la calidad de la atención médica y la satisfacción que el familiar de paciente internando en la UCI tiene con respecto a esta, y no solo referido al momento en que el paciente se encuentra en la terapia intensiva, sino también al conocer las complicaciones con que estos quedan una vez que egresan de nuestra unidad, valorando aspectos fisiológicos básicos, actividades diarias y estado emocional, los que nos habla realmente de que tan certera ha sido la atención proporcionada a nuestros pacientes. Por lo que la vigilancia y la evaluación, la podemos emplear para analizar de manera continua el cuidado e identificar oportunidades de mejora y sugerir acciones. Por otro lado esto significaría contribuir en el análisis de estos aspectos tan poco estudiados en nuestro país.

BIBLIOGRAFIA.

1. Shoemaker WC, Ayres SM et al. Tratado de medicina crítica y terapia intensiva: panamericana, 4ta edición, 2002, México D.F. vol. I , pp 2-9.
2. Sánchez V.L., Reyes S.M. Estancia prolongada en terapia intensiva: predicción y consecuencias. Medicina critica y terapia intensiva 2002; 16: 41-47.
3. Fonseca L.J. Calidad de la atención médica en terapia intensiva oncológica. Cancerología, 2000; 46: 28-32
4. Rivera F.R, Sanchez C.J. Validationn of a quality of life questionnaire for critically ill patients. Intensive care med 1996; 22: 1034-1042.
5. Jaffin J.H., Champion H.R. Quality assessment and improvement in the icu. Chapter; 2000: 1900-1915.
6. Wehler M., Martus P. changes in quality of life after medical intensive care. Intensive care med 2001; 27: 154-159.
7. Hoyt J.W,, Leisifier R.N. Assessing quality Health care: perspectivas for clinicians. Critical care units 2001; 267,270
8. Wasser T., Pasquale M.A. Establishing reliability and validity of the critical care family satisfaction survey. Crit care med 2001; 29: 192-196.
9. Azoulay E.M., Chevret M.D. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. Crit care med 2000;28: 3044-3049.
10. Azoulay E., Pochard F. Meeting the needs of intensive care unit patient families. American journal of respiratory and critical care medicine 2001; 163: 135-139.
11. Azoulay E., Pochard F. Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients. American journal of respiratory and critical care medicine 2002; 165: 438-442.
12. Jastremski C.A. Making changes to improve the intensive care unit experience for patients and their families. New horizons 1998; 6: 99-109.
13. Bijttebier P., Vanoost S. Needs of relatives of critical care patients: perceptions of relatives, physicians and nurses. Intensive care med 2001; 27: 160-165.
14. Moreno R. Quality assurance in intensive care medicine: implications for the high-risk patient. Scientific sessions 2002; 9-16.
15. Rifkin M. Quality assessment and improvement in the ICU: its influence on bedside practice. Int. J. tech assess health care 2001; 8: 395-407.
16. Villazón A.S. Límites de actuación en terapia intensiva. Fed. Panamericana e iberica de SMC y TI 2000; 1-3.
17. Ramirez S.T., Najera A.P. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectivas de los usuarios. Salud publica de México 1998; 40: 1-10
18. Martinez R.A., Van-Dick P.M. Hacia una estrategia de garantía de calidad: satisfacción en la utilización de los servicios médicos. Cad.saúde publ 1996; 12: 399-403.
19. Galesio, A. Indicadores de calidad en cuidados intensivos. Sem. Nac. Sobre ind. 2001: 1-3.
20. JHHH

21. Rivera F.R., Sanchez C.J. Quality of life before intensive care unit admission and its influence on resource utilization and mortality rate. Crit Care Med 2001; 29: 1701-1709.
22. Vazquez M.G., Rivera F.R. Factors related to quality of life 12 months alter discharge from an intensive care unit critical care medicine 1992; 20: 1257-1262.
23. Bijttebier P., Delva D. Reliability and validity of the critical care family needs inventory in a Dutch-speaking Belgian sample. The journal of Acute y critical care 2000; 29: 278-286.
24. Salas S.D., Cuidado intensivo en un hospital regional: características demográficas y mortalidad. Act.med.costarricense 2005; 47: 1-5.
25. Sanchez V.L., Rodríguez S.R. Infecciones nosocomiales en una unidad de terapia intensiva general. Rev. Asoc..med. crit. Ter. Intensiva 1997; 11: 64-70.
26. Ruiz V.A., Olarte L.R., la calidad del servicio hospitalario: um enfoque basado em el usuáριο. Ecede org. 2002: 1-24.

CUESTIONARIO DE EVALUACION DE LAS NECESIDADES DEL FAMILIAR DEL ENFERMO HOSPITALIZADO EN LA UTI

Nombre del enfermo: _____

Expediente: _____

Para cada una de las preguntas escoja alguna de las siguientes respuestas.

1. Siempre.
2. La mayor parte del tiempo.
3. Solo algo del tiempo
4. Nunca.

1; ¿Usted siente que se le esta proporcionando el mejor cuidado posible a su familiar?

2; ¿Usted siente que el personal de la terapia intensiva cuida a su familiar?

3; ¿Las explicaciones que le ha proporcionado acerca de la condición de su enfermo ha sido en términos que Usted entiende?

4; ¿Usted siente que se le ha proporcionado información honesta acerca de la condición clínica y evolución de su enfermo?

5; ¿Usted entiende lo que le esta pasando a su familiar y porque se le están haciendo las cosas?

6; ¿El personal de la unidad de terapia intensiva ha sido cortés con usted?

7; ¿Alguien del personal de la unidad de terapia intensiva ha demostrado interés en como esta usted?

8; ¿Cree Usted que alguien le llamara a su casa si ocurre algún cambio significativo en la condición clínica de su enfermo?

9; ¿El personal de la terapia intensiva le ha explicado el equipo que se esta usando con su enfermo?

10; ¿Esta usted satisfecho con el cuidado medico que su familiar esta recibiendo?

11; Cuando visita a su familiar en la terapia, ¿Siente que la terapia es cómoda?

12; ¿La sala de espera es confortable?

13; ¿Se siente Usted solo y aislado en la sala de espera?

Si tiene alguna queja, por favor anote el nombre y el turno de la persona.

Si tiene felicitaciones, por favor anote el nombre y el turno de la persona.

CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA EN LA UCI

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA

Nombre.	Exp.	Hosp.
Dirección		
Teléfono.		
Ingreso UTI	Egreso	

	AL MES
¿El paciente esta orientado en tiempo y espacio? (Si) (No)	(Si) (No)
¿Quién contesta el cuestionario si el paciente no puede responder? Parentesco () ¿Vive con el enfermo (Si) (No)	(Si) (No)

SUBESCALA 1. ACTIVIDADES FISIOLÓGICAS BÁSICAS.

<p>1. Hace dos meses, ¿el paciente tenía dificultad en el lenguaje oral? () 0. No. 0 () () 1. Si, podía sostener una conversación, aunque con dificultad por: tono bajo, palabras entrecortadas frases cortas o palabras sueltas (monosílabos). 1 () () 2. Si, presentaba incoherencia en el lenguaje, con carácter esporádico o permanente. 2 () () 3. Si, no se comunicaba mediante el lenguaje oral. 3 ()</p> <p>2. Hace dos meses, ¿el paciente tenía dificultad en controlar la micción? () 0. No. 0 () () 1. Si, esporádicamente, por retención urinaria o incontinencia. 1 () () 2. Si, permanentemente por necesitar sonda urinaria o bolsa de drenaje. 2 ()</p> <p>3. Hace dos meses, ¿el paciente tenía dificultad en controlar la defecación? () 0. No. 0 () () 1. Si, por colostomía/ileostomía, incontinencia de forma esporádica o estreñimiento pertinaz que requiera enemas periódicos. 1 () () 2. Si, incontinencia permanente. 2 ()</p> <p>4. Hace dos meses, ¿el paciente tenía dificultad en ingerir sus alimentos? () 0. No. 0 () () 1. Si, aunque se alimentaba por la boca, presenta dificultades por: dificultad en deglutir, dificultad en el manejo de los cubiertos, falta de apetito o rechazo de alimento. 1 () () 2. Si, no se alimentaba por la boca y requería nutrición por sonda o nutrición parenteral 2 ()</p>	
--	--

SUBESCALA 2. ACTIVIDADES DIARIAS NORMALES.

<p>5. Movimientos de precisión. Hace dos meses, ¿el paciente podía realizar los siguientes movimientos?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Servirse un vaso de agua</td> <td>Si () No ()</td> <td>Si () No ()</td> </tr> <tr> <td>Utilizar los cubiertos</td> <td>Si () No ()</td> <td>Si () No ()</td> </tr> <tr> <td>Usar una llave</td> <td>Si () No ()</td> <td>Si () No ()</td> </tr> <tr> <td>(Si es hombre) Rasurarse</td> <td>Si () No ()</td> <td>Si () No ()</td> </tr> <tr> <td>(Si es mujer) Coser</td> <td>Si () No ()</td> <td>Si () No ()</td> </tr> </table> <p>() 0. Podía realizar 4 o más de estas actividades. 0 () () 1. Podía realizar 3 o menos de estas actividades. 1 ()</p> <p>6. Tolerancia al esfuerzo. Hace dos meses, ¿el paciente podía realizar los siguientes esfuerzos?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Subir un piso</td> <td>Si () No ()</td> <td>Si () No ()</td> </tr> <tr> <td>Caminar dos cuadras</td> <td>Si () No ()</td> <td>Si () No ()</td> </tr> <tr> <td>Cargar una bolsa de mandado llena, un portafolio lleno o algo similar en peso</td> <td>Si () No ()</td> <td>Si () No ()</td> </tr> </table> <p>() 0. Podía realizar estas actividades en la misma manera que los hacía antes. 0 () () 1. No realizaba una o más tareas de las señaladas y antes sí podía. 1 ()</p> <p>7. Tolerancia a un esfuerzo mayor. Hace dos meses, ¿el paciente podía realizar las siguientes actividades.</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Caminar cinco kilómetros</td> <td>Si () No ()</td> <td>Si () No ()</td> </tr> <tr> <td>Correr un kilómetro</td> <td>Si () No ()</td> <td>Si () No ()</td> </tr> <tr> <td>Subir cuatro pisos sin detenerse</td> <td>Si () No ()</td> <td>Si () No ()</td> </tr> <tr> <td>Practicar un deporte que requiere un alto nivel de esfuerzo (fútbol, nadar etc.)</td> <td>Si () No ()</td> <td>Si () No ()</td> </tr> </table> <p>() 0. Podía realizar al menos una de estas actividades. 0 () () 1. No podía realizar ninguna de estas actividades. 1 ()</p>	Servirse un vaso de agua	Si () No ()	Si () No ()	Utilizar los cubiertos	Si () No ()	Si () No ()	Usar una llave	Si () No ()	Si () No ()	(Si es hombre) Rasurarse	Si () No ()	Si () No ()	(Si es mujer) Coser	Si () No ()	Si () No ()	Subir un piso	Si () No ()	Si () No ()	Caminar dos cuadras	Si () No ()	Si () No ()	Cargar una bolsa de mandado llena, un portafolio lleno o algo similar en peso	Si () No ()	Si () No ()	Caminar cinco kilómetros	Si () No ()	Si () No ()	Correr un kilómetro	Si () No ()	Si () No ()	Subir cuatro pisos sin detenerse	Si () No ()	Si () No ()	Practicar un deporte que requiere un alto nivel de esfuerzo (fútbol, nadar etc.)	Si () No ()	Si () No ()	<p style="font-size: 2em; font-weight: bold;">Al mes</p>
Servirse un vaso de agua	Si () No ()	Si () No ()																																			
Utilizar los cubiertos	Si () No ()	Si () No ()																																			
Usar una llave	Si () No ()	Si () No ()																																			
(Si es hombre) Rasurarse	Si () No ()	Si () No ()																																			
(Si es mujer) Coser	Si () No ()	Si () No ()																																			
Subir un piso	Si () No ()	Si () No ()																																			
Caminar dos cuadras	Si () No ()	Si () No ()																																			
Cargar una bolsa de mandado llena, un portafolio lleno o algo similar en peso	Si () No ()	Si () No ()																																			
Caminar cinco kilómetros	Si () No ()	Si () No ()																																			
Correr un kilómetro	Si () No ()	Si () No ()																																			
Subir cuatro pisos sin detenerse	Si () No ()	Si () No ()																																			
Practicar un deporte que requiere un alto nivel de esfuerzo (fútbol, nadar etc.)	Si () No ()	Si () No ()																																			

8. Caminar. Hace dos meses, ¿ el paciente tenía dificultad para caminar?	
() 0. No	0 ()
() 1. Sí, caminaba con ayuda (muletas ó personas)	1 ()
() 2. Sí, no caminaba y se desplazaba en silla de ruedas	2 ()
() 3. Sí, estaba permanentemente en cama todo el tiempo y era dependiente de los demás	3 ()
9. Movilidad. Hace dos meses, ¿ el paciente tenía dificultad en caminar los trayectos normales?	
() 0. No, podía realizar todos los trayectos normales	0 ()
() 1. Sí, sólo se movía en su barrio	1 ()
() 2. Sí, sólo se movía en su casa	2 ()
() 3. Sí, permanecía en su habitación	3 ()
10. Vestir, hace dos meses, ¿el paciente tenía dificultad para vestirse por sí mismo?	
() 0. No	0 ()
() 1. Sí, necesitaba alguna ayuda	1 ()
() 2. Sí, era totalmente dependiente de los demás	2 ()
11. Actividades de trabajo ó actividades propias de la edad. Hace dos meses, ¿El paciente tenía dificultades en su trabajo?	
() 0. No	0 ()
() 1. Sí, lo realizaba igual que antes, pero con dificultad	1 ()
() 2. Sí, trabajaba sólo parte del tiempo ó había cambiado a un trabajo que requiere menor esfuerzo.	2 ()
() 3. No trabajaba debido a su enfermedad.	3 ()
Para paciente jubilados debido a la edad, hace dos meses, ¿el paciente tenía dificultades con sus actividades como jubilado?	
() 0. No, continuaba con sus actividades regulares	0 ()
() 1. Sí, continuaba con sus actividades regulares.	1 ()
() 2. Sí, sus actividades dejaron de ser regulares, eran esporádicas ó ha cambiado a actividades alternas Que requieren menor actividad.	2 ()
() 3. Sí, las había abandonado completamente.	3 ()
12. Relaciones sociales. Hace dos meses, ¿el paciente tenía dificultades con sus relaciones sociales?	
() 0. No, continuaba normalmente dentro y fuera de la familia.	0 ()
() 1. Sí, las relaciones sólo continuaban dentro del ambiente familiar.	1 ()
SUBESCALA 3. ESTADO EMOCIONAL.	
13. Bienestar subjetivo. Hace dos meses, ¿ el paciente cómo se sentía habitualmente?	
() 0. Bien.	0 ()
() 1. Regular.	1 ()
() 2. Mal.	2 ()
14. Estado anímico, hace dos meses, ¿ el paciente cómo se sentía mentalmente en forma habitual?	
() 0. Estaba alegre	0 ()
() 1. Estaba triste ó tenía ganas de llorar algunos días cada semana (menos de tres días)	1 ()
() 2. Estaba triste ó tenía ganas de llorar todos los días de la semana (4 ó más días)	2 ()
15. Actividad vital. Hace dos meses, ¿ el paciente tenía ganas de iniciar sus actividades ?	
() 0. Sí, tenía ganas de hacer cosas ó emprender actividades.	0 ()
() 1. No tenía ganas de hacer nada, no me interesaba nada.	1 ()

NOTAS. _____
