



BUAP

**Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los
Trabajadores del Estado**

**Dirección de Estudios de Posgrado del Área de la
Salud**

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Medicina

TÍTULO DE LA TESIS:

**GRADO DE SATISFACCIÓN DEL INFORME MÉDICO A FAMILIARES DE
PACIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL
REGIONAL PUEBLA, A TRAVÉS DE UNA METODOLOGÍA
ESTANDARIZADA.**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE “MEDICINA DEL
ENFERMO EN ESTADO CRÍTICO”**

Presenta

DR. JOSE MANUEL ALBISUA AGUILAR.

Asesor Experto: Dr. Sergio Reyes Inurrigarro.

Asesor Metodológico: MD, PhD. José Luis Gálvez Romero.

Número de registro: 259.2023

Puebla de Zaragoza a noviembre de 2023



AGRADECIMIENTOS

**A mis Padres, a mi hermana y a mi novia.
Gracias por estar, por aguantar y por apoyar...**

Dr. Arsenio Torres Delgado
Director Médico

Mtro. Mario Alberto Sorcia Aguilar
Coordinación de enseñanza e
investigación

M.D., Ph.D. José Luis Gálvez Romero
Jefatura de Investigación

Dr. Sergio Reyes Inurrigarro.
Asesor Experto

Dr. Jose Manuel Albisua Aguilar.
Tesisista

Autorización

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	4
ANTECEDENTES	5
OBJETIVOS	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
MATERIAL Y MÉTODOS	10
POBLACIÓN DE ESTUDIO	11
DEFINICIÓN DEL GRUPO CONTROL	11
DEFINICIÓN DEL GRUPO A INTERVENIR	11
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	12
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.	12
TIPO DE MUESTREO.....	12
METODOLOGÍA PARA EL CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA ..	13
Descripción operacional de las variables.	13
TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS	16
PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO.	18
ASPECTOS ÉTICOS.....	18
Este proyecto se realizó bajo los principios éticos en materia de investigación.	18
RESULTADOS	18
DISCUSIÓN.....	29
CONCLUSIONES	31
Conclusiones específicas	31
Conclusión general	31
RECOMENDACIONES	31
BIBLIOGRAFÍA	32
ANEXOS	33

RESUMEN

Introducción: La entrega de informes médicos a familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) es crucial para una adecuada relación médico-paciente-familiar, toma de decisiones informada y salud mental de los familiares. En este estudio se implementó un método estandarizado de entrega de informes para mejorar la calidad de la información.

Objetivo: Determinar la utilidad en el grado de satisfacción y calidad de la atención de una metodología estandarizada para la entrega del informe médico a familiares de pacientes hospitalizados en la UCI.

Material y métodos: Se realizó un estudio intervencional, monocéntrico, con diseño *cross-over*. En una primera fase, se entregó el informe médico de manera tradicional y, posteriormente, se implementó una metodología para la entrega del mismo. La satisfacción y la calidad de la atención se evaluaron mediante un instrumento auto aplicado.

Resultados: Se encontró que de 90 Familiares estudiados, 27 de ellos (30%) presentaron dudas con el informe médico habitual, en comparación con solo 1 (2.4%) con el uso de un método estandarizado, (OR 0.02, IC 95% 0-0.16, $p=0.0001$), el ítem 12 evaluó la relación con el personal médico reportando una diferencia significativa en ambos grupos, el 90.2% en el grupo de intervención conocían el nombre de sus médicos y el 55.1% en el grupo no intervenido (OR 7.4, IC 95% de 2.2 a 32.8; $p=0.0003$), el ítem 13 evaluó si fueron informados adecuadamente de la situación clínica de su familiar encontrando que el 97.6% en el grupo intervenido refirió sentirse satisfecho vs el 67.3% en el grupo no intervenido (OR 18.9, IC 95% 2.7 a 829.7; $p=0.0002$), el ítem 14 valoró si comprendieron adecuadamente la información otorgada al momento del ingreso de su familiar a UCI, refiriendo adecuada comprensión en el 95.2% del grupo intervenido vs 67.3% del grupo no intervenido (OR 9.2, IC 95% 1.9 a 88.9; $p=0.001$); por último, el ítem 15 evaluó la claridad de la información diaria otorgada en el informe médico, encontrando que el 92.7% en el grupo intervenido la refirió como clara vs el 30.7% en el no intervenido (OR 27.4, IC 95% 7.03 a 160.40; $p:0.0003$)

Conclusión: La implementación de una metodología estandarizada para la entrega del informe médico a familiares mejora la satisfacción y la percepción en la calidad de la atención médica de los familiares de pacientes admitidos en la UCI.

Palabras clave: satisfacción, informe médico, unidad de cuidados intensivos, metodología estandarizada

Abstract (English)

Introduction: The delivery of medical reports to family members of patients hospitalized in the intensive care unit (ICU) is crucial for an adequate doctor-patient-family relationship, informed decision making and mental health of family members. In this study, a standardized reporting method was implemented to improve the quality of the information.

Objective: To evaluate the effect of a standardized methodology for the delivery of the medical report to relatives of patients hospitalized in the ICU on the degree of satisfaction and quality of care.

Material and methods: An interventional, monocentric study was carried out with a cross-over design. In the first phase, the medical report was delivered in a traditional manner and, subsequently, a methodology for its delivery was implemented. Satisfaction and quality of care were assessed using a self-administered instrument.

Results: Out of 90 family members studied, 27 of them (30%) showed doubts with the usual medical report, compared to only 1 (2.4%) using a standardized method (OR 0.02, 95% CI 0-0.16, $p=0.0001$). Item 12 evaluated the relationship with medical staff, reporting a significant difference in both groups; 90.2% in the intervention group knew the names of their doctors compared to 55.1% in the non-intervened group (OR 7.4, 95% CI 2.2 to 32.8; $p=0.0003$). Item 13 assessed whether they were adequately informed about their family member's clinical situation, finding that 97.6% in the intervened group reported feeling satisfied versus 67.3% in the non-intervened group (OR 18.9, 95% CI 2.7 to 829.7; $p=0.0002$). Item 14 evaluated whether they adequately understood the information given at the time of their family member's admission to the ICU, with adequate comprehension reported in 95.2% of the intervened group versus

67.3% of the non-intervened group (OR 9.2, 95% CI 1.9 to 88.9; p=0.001). Finally, item 15 evaluated the clarity of the daily information provided in the medical report, finding that 92.7% in the intervened group described it as clear compared to 30.7% in the non-intervened group (OR 27.4, 95% CI 7.03 to 160.40; p:0.0003).

Conclusion: The implementation of a standardized methodology for the delivery of the medical report to family members improves satisfaction and perception of the quality of medical care of family members of patients admitted to the ICU.

Keywords: satisfaction, medical report, intensive care unit, standardized methodology

INTRODUCCIÓN

Es bien sabido, todo lo que la ética conduce en relación a la responsabilidad moral de un médico. en este ámbito, la materia prima de nuestro “día a día” es humana, ¿qué quiere decir esto?, que lo que hacemos y para quien lo hacemos, está dentro de un ser humano, un ser pensante y con un sinnúmero de vivencias y experiencias, y que, de algún modo, todas estas características recaen en la responsabilidad de nuestro actuar como médicos (Girela López, 2013). Sin embargo, muchas veces esta responsabilidad se ve mermada en relación a una parte esencial en la gran mayoría de los enfermos, que es la familia, y por ende el médico y sobre todo el medico de cuidados intensivos, no enfatiza en esa responsabilidad moral hacia el grupo de apoyo familiar. La comunicación medico paciente es hasta el día de hoy, el método de confianza más importante a la hora de abordar a un enfermo, sin embargo en muchas situaciones esta comunicación no es posible, por lo que se requiere la interacción con un integrante de la familia, por desgracia, se describen en la literatura global ciertas irregularidades percibidas por los familiares manifestadas con argumentos como: “nunca me hizo caso”, “me trató de manera grosera”, “nunca me dijo claramente lo que sucedía”, “no entendí”, “me garantizó que todo iba a estar bien”, “siempre tuvo una actitud déspota y distante” (Fernández Cantón, 2016). Asimismo, la comunicación con el paciente y la familia es un indicador de calidad ya que refleja de manera indirecta el actuar integral del médico y demás personal de salud, esto se conoce desde hace más de un siglo, ya que existe evidencia por ejemplo del interés por la calidad en papiros egipcios, en el código de Hammurabi y en el tratado «La Ley» de Hipócrates. En todos estos casos, el buscar lo mejor para el paciente parece ser la esencia de la calidad en el actuar médico. De esta forma, se crea el inseparable binomio: ética y calidad (Coronado Zarco en al., 2012) aspecto muy importante en la comunicación médico-paciente-familiar.

En suma es entonces nuestro propósito el determinar la utilidad de una metodología estandarizada para la entrega del informe médico a familiares de pacientes hospitalizados en la UCI y evaluar el grado de satisfacción y calidad de la atención en comparación con un estrategia habitual no protocolizada.

ANTECEDENTES

Antecedentes generales

La palabra calidad proviene etimológicamente del latín *qualitas* o *qualitatis*, que significa perfección. Una búsqueda insaciable de mejorar día con día y que esa mejora se mantenga a lo largo el tiempo; por ello el diccionario de la Real Academia Española la define como: aquella «propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor». En esta definición se concibe a la calidad como un atributo o característica que distingue a personas, bienes y servicios (Coronado Zarco en al., 2012). Una de las múltiples funciones que debe de tener un médico, es el aspecto de la comunicación y en este ámbito el modo en cómo se transmite una noticia, y que muchas veces esta noticia es de índole negativo, como por ejemplo: comunicar un fallecimiento, la mala evolución de una enfermedad o dar un diagnóstico de alguna enfermedad maligna, incurable o crónica (Guillén López & Olascoaga, 2017) según el Gobierno de México, uno de los 10 derechos generales de los pacientes es “recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz” (Secretaría de Salud, 2016), para así poder otorgar a la paciente o el paciente, o en su caso el responsable, su derecho a que el tratante les brinde información completa sobre diagnósticos, pronóstico y tratamiento, se exprese siempre en forma clara y comprensible, se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad (Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, 1998). Se sabe también que el grado de la mala noticia es proporcional a la distancia entre la percepción del paciente, de la situación y la realidad, por lo que la tarea del profesional de salud es facilitar el paso de la percepción de su situación hacia la realidad (Herrera & Rios, 2014) porque, además, un familiar difícilmente olvida el cómo, donde y cuando se le comunico una mala noticia (Falcón Chalco, 2013). En este sentido el acto de informar la situación clínica de un paciente, se vuelve una obligación trascendental que el medico debe acatar para satisfacer el derecho de información de todos los pacientes. Desgraciadamente aunque este derecho sea una realidad que se acata en la UCI del Hospital regional ISSSTE Puebla, no siempre se implementa de una manera igualitaria y uniforme, situación que pudiese afectar la calidad de la atención médica, ya que repercute en los índices de satisfacción y calidad en el servicio, particularmente en el área de comunicación, y al ser este un derecho de los pacientes, consideramos que

debería estar protocolizado para así poder hacer sinergia entre el grupo de trabajo de médicos entre los diferentes turnos laborales.

ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

Podemos considerar la información (proceso de relación verbal, en el que se produce un continuo intercambio e interacción de información entre el personal sanitario y el enfermo) como inseparable de la asistencia sanitaria, tanto desde una perspectiva deontológica como ética estricta (Abizanda Campos, 2007), así mismo, la bioética podría definirse como aquella disciplina que analiza de qué manera hay que actuar en el terreno de la biomedicina en las decisiones que afectan al nacimiento, la muerte, la naturaleza humana y la calidad de vida. Aunado a ello, la finalidad de la ética médica consiste en analizar los conflictos morales que ocurren en la práctica médica asistencial y en la investigación, y plantear con ello su posible solución.

Teniendo esto como referencia, los aspectos éticos impregnan la relación existente entre médicos, pacientes, las familias y la sociedad (Pérez Cárdenas, 2004). En este sentido la practica medica radica también en una adecuada comunicación con un integrante de la familia, conformando así un vínculo integral entre el médico, la familia y el paciente, buscando así un fin común, la búsqueda de una continua mejora en salud, arraigados en la decisión etimológica de salud otorgada por la organización mundial de la salud la cual menciona: “un estado de completo bienestar tanto físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Ángeles Cubero, 2016).

Un aspecto esencial en el adecuado estado de salud, es un bienestar social, y por ello consideramos que la comunicación entre el médico y la familia es un aspecto que hasta el día de hoy sigue con importantes carencias en calidad.

El trabajo emocional es el trabajo mental utilizado para reconocer y minimizar emociones para que no dominen en la conversación (Novaes et al., 2001) y para ello, consideramos que contar con una herramienta sistematizada, de uso practico para realizar un acto que además es un derecho de todos los pacientes, puede impactar de manera positiva en la calidad de la atención médica. Y enfatizar en las condiciones reales de los pacientes hospitalizados de una manera, clara, oportuna, real y empática (CONAMED, 2023).

Según la CONAMED en su último informe 2022 de quejas a nivel nacional, existe un reporte en relación a la comunicación médico-paciente-familiar de 147 quejas a nivel nacional y un reporte de 169 quejas a causa de una desinformación o información incompleta nacional (Organización Mundial de la Salud, 1946), por desgracia no se especifica la causa directa que generó dichas quejas, en relación a que si fueron por una información inadecuada, actitud del médico informante o alguna otra, por ello, consideramos que este proyecto al ser una propuesta de mejora en la atención del otorgamiento del informe médico, pudiera impactar de manera positiva en el ámbito comunicativo del personal médico con el entorno familiar del enfermo. Y que ello refleje una mejora en la calidad de la atención otorgada por el personal médico que labora en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Puebla.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es imperativo informar a un integrante de la familia de todo paciente, por lo menos una vez al día, sobre las condiciones clínicas actuales que presenta dicho paciente, actualizaciones generales en su manejo, y una estimación del pronóstico; esta información tendría que ser entregada de manera clara e inteligible. También, el informe médico debe ser otorgado por un médico que haya estado directamente relacionado con el cuidado del paciente, debe ser lógico y congruente y seguir una cronología, dando en todo momento la oportunidad al familiar que recibe la información de manifestar dudas, inquietudes o molestias sobre la situación del enfermo.

Por desgracia muchas veces esto no sucede así, y el médico encargado en turno da por entendido muchos aspectos que pudieran no ser mencionados o aclarados al momento del informe y esto en consecuencia podría generar una barrera de comunicación, dudas, malos entendidos, molestias y frustraciones por parte de la familia. Que indirectamente repercuten en la calidad de la atención de los derechohabientes de nuestra institución. Respecto a otorgar informes con una herramienta que te recuerde los aspectos más importantes y que además te ayude a conservar un orden cronológico breve al momento de interactuar con el familiar y comentar sobre la o las patologías que presenta el enfermo.

Proporcionar información compleja sobre diagnósticos, tratamiento médico y pronóstico a pacientes y familiares, quienes usualmente son personas ajenas al área de la salud, es una tarea cotidiana para los médicos en la mayoría de las áreas. Es importante mencionar que el médico tiene que ser capaz de comunicar estas ideas intrincadas de manera clara, utilizando palabras entendibles para el grueso de la población, es decir, sin tecnicismos y en términos sencillos de comprender (Gírela López, 2013; Fernández Cantón, 2016).

Por si fuera poco, las malas noticias como diagnósticos complicados, pronósticos desfavorables, recaídas, incidentes y defunciones son parte de la comunicación entre médicos y pacientes/familiares en el día a día del que hacer médico; Por lo tanto, las habilidades de comunicación son cruciales en el repertorio que un médico debe tener en su práctica profesional (Fernández Cantón, 2016; Coronado Zarco et al., 2012).

La unidad de cuidados intensivos es un área en donde se requieren estas habilidades de comunicación con particular frecuencia, ya que, por definición, el personal de salud

que ahí se encuentra, contiene con situaciones de la mayor gravedad y dificultad. El ingreso a la UCI es entonces un evento importantemente estresante para el paciente y su familiar, de los cuales, muchas veces el paciente no está despierto debido a su patología subyacente o un proceso de sedación en muchas ocasiones, por lo que la información respecto al diagnóstico, tratamiento y evolución deben ser entregadas al familiar (Secretaría de Salud, 2016; Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, 1998; Guillén López & Olascoaga, 2017).

La comunicación entre el personal médico y el familiar es especialmente desafiante durante los cuidados intensivos. Por ello, se debe poner particular esfuerzo en atender las necesidades de información y contención de aquellos a los que se les dan informes médicos en estas circunstancias (Fernández Cantón, 2016; Secretaría de Salud, 2016).

Existe un creciente acervo de información que respalda la importancia de establecer un canal efectivo de comunicación entre proveedores de salud, pacientes y sus familiares. Algunos estudios sugieren que buenas habilidades de comunicación se relacionan con menor distrés y mayor satisfacción con la atención médica (Falconi Chalco, 2013; Herrera & Ríos, 2014; Pérez Cárdenas, 2004; Ángeles Cubero, 2016).

En un estudio francés se demostró que los familiares de pacientes hospitalizados en la UCI que recibieron una intervención que consistió en escuchar a los familiares y responder dudas, resultó en una disminución de síntomas relacionados con estrés postraumático, ansiedad y depresión (Abizanda Campos, 2007).

Por estas razones, proveer información a través de reportes médicos diarios a través de un protocolo que garantice la calidad de la información debe ser una prioridad. Sin embargo, existen pocos estudios en los que se han realizado intervenciones para evaluar el impacto de la implementación de estos protocolos. En consecuencia, el objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de la aplicación de un instrumento para otorgar el informe médico a familiares de pacientes en la UCI.

Es por ello que planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿El uso de una herramienta protocolizada y de fácil implementación podría elevar los índices de satisfacción y con ello la calidad en el servicio a la hora de dar informes

sobre la situación clínica de los pacientes internados en la unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional ISSSTE de Puebla?

JUSTIFICACION:

La atención en la calidad médica está sujeta a numerosos indicadores directamente relacionados con los derechohabientes y sus familiares. Entre esas métricas se encuentran el grado de satisfacción con la entrega del informe médico y la cantidad de quejas recibidas en áreas administrativas. Aunque el informe médico consume una proporción baja del tiempo dedicado a la atención del paciente, es el principal enlace con los familiares y otros derechohabientes. Contar con una herramienta de bajo costo y alto impacto, como una metodología, permitirá ordenar, estandarizar y documentar, la comprensión y documentar la satisfacción con el informe médico. Esto finalmente se vería reflejado en una mejoría de en los indicadores de calidad en la atención médica de la institución.

OBJETIVOS

Determinar la utilidad en el grado de satisfacción y calidad de la atención de una metodología estandarizada para la entrega del informe médico a familiares de pacientes hospitalizados en la UCI.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar el grado de satisfacción con la entrega de informe médico de familiares de pacientes de la UCI antes y después de la implementación de la metodología.
- Comparar la cantidad de quejas relacionadas con la labor médica en UCI antes y después de la implementación de la metodología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Objetivo: Comparativo

Maniobra: Experimental

Temporalidad: Longitudinal

Direccionalidad: Prospectivo

Recolección de datos: Prolectivo

Conformación de grupos: Heterodémico

Se medirá el grado de satisfacción y la cantidad de quejas en relación con la labor médica de familiares de pacientes en la UCI, antes y después de la implementación de una metodología estandarizada para el otorgamiento del informe médico. Nuestro estudio cuenta como antecedente lo descrito por Pérez Cárdenas (2004), quién aplicó una encuesta de satisfacción a los familiares de pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos. Esta encuesta fue adaptada al contexto de nuestro hospital, los ítems fueron evaluados por el personal de la terapia intensiva y se eligieron los más adecuados, de acuerdo con nuestro objetivo de estudio.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Población: Familiares de pacientes críticamente enfermos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional ISSSTE Puebla.

Muestra: Se incluirán todos los familiares de pacientes hospitalizados de forma consecutiva en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional ISSSTE en el periodo comprendido del 01 de junio de 2023 al 31 de julio de 2023.

Universo de Trabajo: Familiares de pacientes adultos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

DEFINICIÓN DEL GRUPO CONTROL

Familiares de pacientes críticamente enfermos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional ISSSTE Puebla antes de la implementación de la metodología estandarizada para la entrega del informe médico (2 meses, junio y julio de 2023).

DEFINICIÓN DEL GRUPO A INTERVENIR

Familiares de pacientes críticamente enfermos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional ISSSTE Puebla después de la implementación de la metodología estandarizada para la entrega del informe médico (2 meses, agosto y septiembre de 2023).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Familiares de pacientes hospitalizados en la UCI del Hospital Regional ISSSTE Puebla.
- Familiares de Nacionalidad Mexicana.
- Familiares mayores de 18 años.
- Estancia médica hospitalaria en la UCI mínima de 8 horas.
- Familiares que hablen español.
- Familiares sin trastornos de salud mental, sin discapacidad cognitiva, y con escolaridad mínima de alfabeta.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Familiares de pacientes que ingresen a la Unidad de Cuidados Intensivos con diagnóstico de Muerte Encefálica (ME).
- Familiares que se nieguen a participar en el protocolo de investigación.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Pacientes que al momento de otorgar el primer informe médico no cuenten con al menos un familiar.
- Familiares que retiren consentimiento informado en cualquier momento del estudio de investigación.
- Familiares con información incompleta respecto a niveles de satisfacción.

TIPO DE MUESTREO.

Muestreo No Probabilístico:

Se realizó un muestreo no probabilístico por cuotas, dividido en dos bloques: antes y después de la implementación de la metodología de entrega del informe médico. Todos los pacientes de la UCI y sus familiares fueron incluidos en el estudio en el período comprendido de junio a septiembre de 2023.

METODOLOGÍA PARA EL CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

De acuerdo con Cerrudo Hernández (2022) si el buen grado de satisfacción de los familiares con respecto a la adecuada información por parte del personal de salud, de su paciente crítico hospitalizado es el 83 %, para rechazar una hipótesis nula de no diferencia con una probabilidad de error tipo I del 5 % y un factor de precisión del 8 %, estudiamos a 80 ± 8 .

Descripción operacional de las variables.

Descripción operacional de las variables.					
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Tipo de variable	Instrumento de medición
Familiares					
Género	Grupo al que se auto-identifican los familiares de los pacientes de la UCI de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico.	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico.	Nominal (hombre y mujer)	Cualitativa nominal dicotómica	Interrogatorio directo
Edad	Tiempo que han vivido los familiares de los pacientes de la UCI.	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.	Razón, años cumplidos (enteros)	Cuantitativa discreta	Interrogatorio directo
Relación con el paciente	Tipo de conexión familiar de los familiares con los pacientes de la UCI.	Conexión, correspondencia, trato, comunicación de alguien con otra persona.	Nominal (por determinar categorías)	Cualitativa nominal politómica	Interrogatorio directo

Grado académico	Nivel de escolaridad completado	Nivel de escolaridad último completado	Nominal (por determinar categorías)	Cualitativa nominal politómica	Interrogatorio directo
Grado de comprensión del informe	Nivel de entendimiento de la información proporcionada en el informe médico	Nivel categorizado, auto-referido por el familiar, de entendimiento del informe médico	Ordinal (escala tipo Likert con 5 ítems)	Cualitativa nominal politómica	Interrogatorio directo
Nivel socioeconómico	Medida total económica y sociológica basada en ingresos, educación y empleo	Nivel categorizado, auto-referido por el familiar, de la posición económica y social que ocupa en relación con otras personas	Ordinal (bajo, media, media alta o alta)	Cualitativa nominal politómica	Interrogatorio directo
Presencia de dudas	Preguntas espontáneas realizadas por el familiar en relación con el informe médico	Preguntas espontáneas realizadas por el familiar en relación con el informe médico	Nominal (presencia o ausencia)	Cualitativa nominal dicotómica	Interrogatorio directo
Solicitud de cambio de médico	Petición, por el familiar, de cambio de médico adscrito asignado a la atención del paciente	Petición, por el familiar, de cambio de médico adscrito asignado a la atención del paciente	Nominal (presencia o ausencia)	Cualitativa nominal dicotómica	Interrogatorio a Subdirección médica

Consignación de queja	Inconformidad , documentada por vía verbal o por escrito, acerca de la atención médica proporcionada al paciente durante su estancia en la UCI.	Inconformidad , documentada por vía verbal o por escrito en la instancia pertinente, acerca de la atención médica proporcionada al paciente durante su estancia en la UCI.	Nominal (presencia o ausencia)	Cualitativa nominal dicotómica	Interrogatorio a Subdirección médica
Resultado compuesto de la encuesta de investigación	Respuestas de cada uno de los ítems del instrumento Encuesta de satisfacción de familiares en la UCI.	Respuestas de cada uno de los ítems del instrumento Encuesta de satisfacción de familiares en la UCI.	Ordinal (escala tipo Likert con 5 ítems)	Cualitativa nominal dicotómica	Encuesta de satisfacción de familiares en la UCI (anexo 1).
Pacientes					
Género	Grupo al que se auto-identifican los pacientes de la UCI de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico.	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico.	Nominal (hombre y mujer)	Cualitativa nominal dicotómica	Interrogatorio directo o expediente clínico
Edad	Tiempo que han vivido los pacientes de la UCI.	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.	Razón, años cumplidos (enteros)	Cuantitativa discreta	Interrogatorio directo o expediente clínico

Duración de estancia hospitalaria	Período de tiempo que los pacientes de la UCI han estado hospitalizados a partir de su ingreso a la UCI.	Tiempo que han permanecido hospitalizados los pacientes de la UCI.	Razón, días cumplidos (enteros)	Cuantitativa discreta	Expediente clínico
Motivo de egreso	Razón por la que se decide, ya sea médica o de otra índole, que el paciente no continúe su hospitalización en la UCI.	Razón por la que un paciente deja de estar hospitalizado en la UCI.	Nominal (defunción, mejoría, máximo beneficio, alta voluntaria)	Cualitativa nominal politómica	Expediente clínico
Servicio de procedencia	Área de atención hospitalaria de donde es referido el paciente para su ingreso en la UCI.	Área de atención hospitalaria de donde es referido el paciente para su ingreso en la UCI.	Nominal (Trauma, Neurocirugía, Cardiocirugía, Infectología/Medicina Interna, Obstetricia)	Cualitativa nominal politómica	Expediente clínico
Médicos					
Grado de formación del médico	Nivel de escolaridad completado por el médico	Nivel de escolaridad completado por el médico	Nominal (adscrito o residente)	Cualitativa nominal dicotómica	Interrogatorio directo
Médico que otorga el informe médico	Identidad del médico que proporciona el informe médico a los familiares	Identidad (asignado mediante id) del médico que proporciona el informe médico a los familiares	Nominal (id del médico)	Cualitativa nominal politómica	Interrogatorio directo o expediente clínico

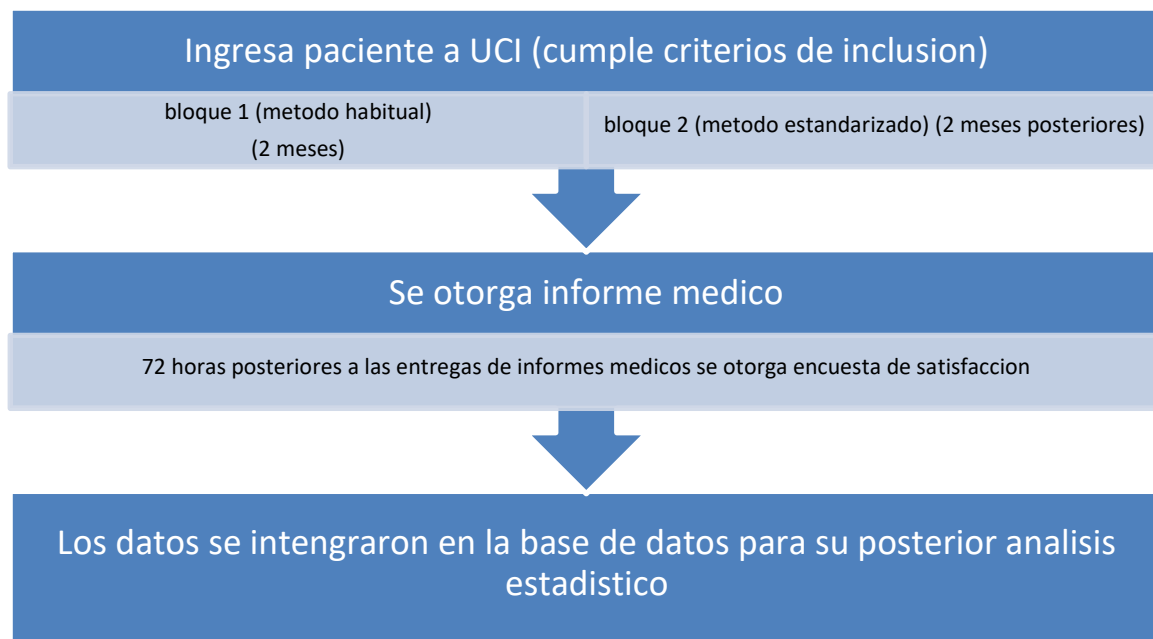
TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS

Tras la autorización de este protocolo por los comités de ética y de investigación, se diseñó una base de datos *ad hoc* en una hoja de cálculo para la captura de la información basal de familiares, pacientes y médicos incluidos en el estudio.

Durante la primera fase del estudio se realizó la entrega del informe médico de manera tradicional a todos los familiares y se capturó la información de los desenlaces pertinentes (número de quejas consignadas, solicitud de cambio de médico y resultados de la encuesta de satisfacción de los familiares). El informe médico tradicional o habitual se definió como aquella estrategia autónoma de cada médico, es decir como cada médico adscrito de la unidad de cuidados intensivos otorga el informe médico de sus pacientes tal y como lo hace cotidianamente, (sin considerar si ocupan o no algún tipo de método o estrategia) y en el sitio donde habitualmente entregan informes.

Posteriormente, en el grupo a intervenir se entrenó a un médico por turno con la metodología para la entrega del informe médico a familiares y, en la siguiente fase, se instruyó a los médicos a realizar dicha entrega de acuerdo con esos lineamientos a todos los familiares de los pacientes en la UCI. Utilizando siempre en la medida de lo posible un sitio establecido estratégicamente elegido para dicho informe.

Se excluyeron aquellos familiares cuyos pacientes continuaron hospitalizados desde cualquier momento de la primera fase. Al finalizar cada entrega de informe médico se preguntará por la presencia de dudas y el grado de comprensión del informe médico, mientras que cada 3 días de estancia hospitalaria se aplicará la encuesta de satisfacción a los familiares. También se capturaron los desenlaces pertinentes previamente descritos.



PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Las variables cuantitativas continuas se expresarán como medias y desviación estándar (DE) y las discretas como medianas y desviación absoluta de la mediana (DAM). Las variables cualitativas se describieron con conteos absolutos y proporciones (porcentajes). Se comparó la proporción de eventos de calidad en la atención médica con y sin la intervención mediante χ^2 ; de manera similar, se determinó el intervalo de confianza de la proporción de eventos.

Se consideró que existen diferencias estadísticamente significativas cuando el error de tipo I (valor p) sea menor de 0.05.

ASPECTOS ÉTICOS.

Este proyecto se realizó bajo los principios éticos en materia de investigación.

Se vigiló en todo momento los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia, justicia y protección de datos personales. Se invitó a los participantes a través de consentimiento informado.

El proyecto fue evaluado y aprobado por los comités de investigación y ética en investigación del Hospital Regional ISSSTE Puebla. El número de registro del proyecto fue: 259.2023.

RESULTADOS

En este protocolo se identificaron 91 familiares de 81 pacientes que tenían criterios de elegibilidad para este estudio; 1 familiar fue excluido porque no otorgó consentimiento informado. 41 (45.6%) recibieron el informe médico de manera tradicional, mientras que 49 (54.4%) recibieron el informe médico mediante la metodología estándar. Las características basales de los familiares y sus pacientes se muestran en la Tabla 1; se encontró que ambos grupos estuvieron equilibrados.

No se solicitó cambio de médico en ningún caso y se presentaron 3 quejas por deficiencia en la calidad de la atención, todas en el grupo no intervenido. Por otro lado, 27 familiares (30.0%) reportaron que tuvieron dudas con el informe médico, de los cuales 26 (53.1%) estuvieron en el grupo no intervenido en contraste con sólo 1 (2.4%) en el grupo con el método estandarizado ($p < 0.0001$, OR 0.02 [0, 0.16]; prueba exacta de Fisher).

Consideramos que, de los ítems aplicados, los más importantes y que reflejan el objetivo del estudio de manera más contundente son los siguientes 12,13,14 y 15.

Ítem 12 (Conocían el nombre de sus médicos): el 90.2% en el grupo intervenido conocía el nombre de su médico respecto al 55.1% en el grupo no intervenido OR 7.4 (IC al 95% 2.2 a 32.8; $p = 0.0003$). Ítem 13 (Fueron informados adecuadamente de la situación clínica de su familiar): el 97.6% en el grupo intervenido fueron informados adecuadamente vs el 67.3% en el grupo no intervenido, OR 18.9 (IC al 95% 2.7 a 829.7; $p = 0.0002$). Ítem 14 (Comprendió adecuadamente la información en el momento del ingreso): el 95.2% del grupo intervenido refirió comprender adecuadamente la información vs 67.3% del grupo no intervenido OR 9.2 (IC al 95% 1.9 a 88.9; $p = 0.001$). Ítem 15 (La información diaria ha sido clara): el 92.7% en el grupo intervenido refirió claridad del informe vs el 30.7% en el no intervenido. OR 27.4 (IC al 95% 7.03 a 160.40; $p = 0.0003$)

Los resultados del instrumento para evaluar el grado de satisfacción de los familiares se muestran en la Tabla 2.

Posteriormente, se estableció un puntaje obtenido en el instrumento. Para ello, a cada ítem se le asignó un puntaje de 1 si la respuesta reflejaba satisfacción del familiar (a excepción para el caso de los ítems 08 a 11, que se consideró que reflejaban satisfacción si se seleccionaba un valor igual o mayor a 8 en la escala tipo Likert). Se

excluyeron los ítems 22, 23 y 25, puesto que reflejan preferencias personales, más que satisfacción con la atención en la UCI.

De esta manera, el puntaje máximo posible fue de 22 puntos, y el mínimo posible es de 0 puntos. El puntaje promedio de la muestra fue 11 [4], mientras que en el grupo intervenido fue de 13 [3] y en el no intervenido de 9 [4] ($p < 0.0001$, prueba U de Mann-Whitney).

Tabla 1. Características basales de familiares y pacientes

Variable	Muestra (n=90)	Grupo con informe estandarizado n= 49	Grupo con informe habitual n=41	p
----------	----------------	---------------------------------------	---------------------------------	---

Familiares

Mujeres; n (%)	36 (40.0)	15 (36.6)	21 (42.9)	0.7
Edad (años); media±DE	41.4 ± 12.7	38.9 ± 14.8	43.5 ± 10.3	0.1 ^a
Relación con el paciente; n (%)				0.3
Espos(a)	23 (25.6)	12 (29.3)	11 (22.4)	
Padre/madre	13 (14.4)	5 (12.2)	8 (16.3)	

Hermano(a)	22 (24.4)	9 (22.0)	13 (26.5)	
Hijo(a)	25 (27.8)	14 (34.1)	11 (22.4)	
Otro	7 (7.8)	1 (2.4)	6 (12.2)	
¿Es el familiar responsable?; n (%)	61 (67.8)	28 (68.3)	33 (67.3)	0.9
Escolaridad; n (%)				0.5
Sabe leer y escribir	19 (21.1)	8 (19.5)	11 (22.4)	
Escolaridad básica	31 (34.4)	12 (29.3)	19 (38.8)	
Licenciatura	34 (37.8)	19 (46.3)	15 (30.6)	
Posgrado	6 (6.7)	2 (4.9)	4 (8.2)	
Nivel socioeconómico; n (%)				0.9
Bajo	25 (27.8)	11 (26.8)	14 (28.6)	
Medio	45 (50.0)	21 (51.2)	24 (49.0)	
Medio alto o alto	20 (22.2)	9 (22.0)	11 (22.4)	
<i>Pacientes</i>				

Mujeres; n (%)	42 (46.7)	19 (46.3)	23 (46.9)	0.9
Edad (años); media±DE	47.9 ± 20.7	47.1 ± 23.4	48.5 ± 18.3	0.4 ^a
Estancia en UCI (días); mediana [RIC]	3 [1]	3 [1]	4 [1]	0.07 ^a
Motivo de egreso; n (%)				0.9
Alta voluntaria	1 (1.1)		1 (2.0)	
Defunción	6 (6.7)	3 (7.3)	3 (6.1)	
Máximo beneficio	13 (14.4)	5 (12.2)	8 (16.3)	
Mejoría	70 (77.8)	33 (80.5)	37 (75.5)	
Otro	8 (8.9)	3 (7.3)	5 (10.2)	
Servicio de procedencia; n (%)				0.6
Cirugía de tórax y cardiovascular	12 (13.3)	4 (9.8)	8 (16.3)	
Infectología/medicina interna	16 (17.8)	7 (17.1)	9 (18.4)	
Neurocirugía	9 (10.0)	5 (12.2)	4 (8.2)	

Obstetricia	19 (21.1)	11 (26.8)	8 (16.3)
Traslado de otro hospital	6 (6.7)	1 (2.4)	5 (10.2)
Traumatología	8 (8.9)	5 (12.2)	3 (6.1)
Urgencias	12 (13.3)	5 (12.2)	7 (14.3)

α , prueba U de Mann-Whitney; prueba exacta de Fisher en el resto de las comparaciones

DE=desviación estándar; NA= no aplica; RIC, rango intercuartil; UCI, unidad de cuidados intensivos

Tabla 2. Resultados del instrumento para evaluar el grado de satisfacción en familiares

No.	Ítem	Muestra (n=90)	Grupo intervenido (n=49)	Grupo no intervenido (n=41)	p	OR (IC _{95%})
-----	------	----------------	--------------------------	-----------------------------	---	-------------------------

Condiciones medioambientales

01	¿Le ha resultado fácil localizar la UCI el primer día?; n (%)	37 (41.1)	16 (39.0)	21 (42.9)	0.8	0.85 (0.34, 2.15)
-----------	---	-----------	-----------	-----------	-----	-------------------

02	¿Le parece que existe sala de espera en UCI?; n (%)	57 (63.3)	30 (73.2)	27 (55.1)	0.08	2.2 (0.84, 6.04)
03	En caso afirmativo, ¿le parece adecuada la sala de espera?; n (%)	35 (38.9)	16 (39.0)	19 (38.8)	0.9	0.99 (0.39, 2.53)
04	La sala de información en UCI le ha resultado; n (%)				0.0001	NA
	Muy acogedora	1 (1.1)	1 (2.4)			
	Acogedora	29 (32.2)	25 (61.0)	4 (8.2)		
	Poco o nada acogedora	60 (66.7)	15 (36.6)	45 (91.8)		
05	¿Cómo le pareció la limpieza, en general, de la UCI?; n (%)				0.1	NA
	Muy buena	8 (8.9)	3 (7.3)	5 (10.2)		
	Buena	68 (75.6)	35 (85.4)	33 (67.3)		
	Ni buena ni mala	14 (15.6)	3 (7.3)	11 (22.4)		

06	¿Le parecen suficientes los medios (sábanas, mantas, almohadas, etc.) de que disponemos?; n (%)	78 (86.7)	40 (97.6)	38 (77.6)	0.005	11.34 (1.52, 509.3)
07	¿Le parece que el mobiliario está actualizado?; n (%)	80 (88.9)	39 (95.1)	41 (83.7)	0.1	0.27 (0.03, 1.45)
08	¿Le parece que su familiar ha estado confortable respecto a RUIDOS?; mediana [RIC]	6 [2.75]	6 [3]	5 [2]	0.05 ^a	NA
09	¿Le parece que su familiar ha estado confortable respecto a ILUMINACIÓN?; mediana [RIC]	6 [3]	6 [2]	5 [3]	0.005^a	NA
10	¿Le parece que su familiar ha estado confortable respecto a COMODIDAD?; mediana [RIC]	4 [2]	4 [1]	4 [2]	0.05 ^a	NA
11	¿Le parece que su familiar ha estado confortable respecto a INTIMIDAD?; mediana [RIC]	4 [2]	4 [1]	4 [2]	0.2 ^a	NA

Relación con el personal médico

12	¿Conocían el nombre de los médicos que atendieron a su familiar durante la estancia en UCI?; n (%)	64 (71.1)	37 (90.2)	27 (55.1)	0.0003	7.4 (2.2 a 32.8)
13	A su ingreso ¿fueron informados de la situación clínica de su familiar?; n (%)	73 (81.1)	40 (97.6)	33 (67.3)	0.0002	18.9 (2.7 a 829.7)
14	¿Comprendió la información que recibió en el momento del ingreso?; n (%)	72 (80.0)	39 (95.1)	33 (67.3)	0.001	9.2 (1.9, 88.9)
15	¿La información que diariamente usted ha recibido de su familiar ha sido clara?; n (%)	66 (73.3)	40 (97.6)	26 (53.1)	0.0001	0.03 (0.0 a 0.2)
16	Cuando a su familiar le han realizado alguna exploración fuera de la UCI, ¿ha sido informado previamente por el médico?; n (%)	53 (58.9)	38 (92.7)	15 (30.6)	0.0001	27.4 (7.08 a 160.40)

17	¿Le parece adecuada la hora de la información?; n (%)	37 (41.1)	24 (58.5)	13 (26.5)	0.003	3.85 (1.48, 10.48)
18	¿Ha recibido puntualmente, a la hora establecida, la información de su familiar?; n (%)	54 (60.0)	31 (75.6)	23 (46.9)	0.009	3.45 (1.3, 9.73)

Relación con las visitas

19	¿El horario de visitas le parece adecuado?; n (%)	30 (33.3)	15 (36.6)	15 (30.6)	0.6	1.3 (0.49, 3.45)
20	¿Le parece que debería cambiarse la hora de visitas?; n (%)	14 (15.6)	6 (14.6)	8 (16.3)	0.9	1.14 (0.31, 4.39)
21	¿Considera suficiente el tiempo estipulado para las visitas?; n (%)	51 (56.7)	24 (58.5)	27 (55.1)	0.8	1.15 (0.46, 2.9)
22	¿Cuánto tiempo considera que sería el más adecuado para permanecer con su familiar en una UCI?; n (%)				0.5	NA
	1 hora	38 (42.2)	18 (43.9)	20 (40.8)		

	2 horas	39 (43.3)	19 (46.3)	20 (40.8)		
	30 minutos	4 (4.4)	2 (4.9)	2 (4.1)		
	Indefinido	9 (10.0)	2 (4.9)	7 (14.3)		
23	¿Le parecería adecuado poder visitar a su familiar en horario abierto desde las 10:00 horas hasta las 23:00 horas?; n (%)	22 (24.4)	4 (9.8)	18 (36.7)	0.003	0.19 (0.04, 0.66)
24	¿Le parece escaso el número de familiares que pueden visitar a su familiar actualmente?; n (%)	50 (55.6)	28 (68.3)	22 (44.9)	0.03	0.38 (0.14, 0.98)
25	¿Preferiría sentarse para permanecer con su familiar en la hora de visita?; n (%)	28 (31.1)	8 (19.5)	20 (40.8)	0.04	0.36 (0.12, 1.0)

***α*, prueba U de Mann-Whitney; prueba exacta de Fisher en el resto de las comparaciones**

DE, desviación estándar; NA, no aplica; RIC, rango intercuartil; UCI, unidad de cuidados intensivos

DISCUSIÓN

La entrega del informe médico diario en la UCI es una situación que pone a prueba las habilidades de comunicación de los médicos a cargo del cuidado crítico de los enfermos. No obstante, son pocos los médicos que reciben un entrenamiento en habilidades de comunicación, por lo que esta deficiencia puede repercutir negativamente en la satisfacción de los familiares y su grado de estrés. Por esta razón la implementación de un método estandarizado para proporcionar el reporte médico puede resultar benéfico en la relación médico-paciente.

En este estudio, se exploró la efectividad de la implementación de una metodología estandarizada diseñada para facilitar y mejorar la comunicación de informes médicos a los familiares de pacientes hospitalizados en UCI. La encuesta fue diseñada con el propósito de mejorar la comprensión, la satisfacción y la participación activa de los familiares en el proceso de atención del paciente.

Los resultados de este estudio muestran un aumento significativo en la satisfacción de los familiares que recibieron informes a través de la encuesta estandarizada en comparación con aquellos que recibieron informes médicos de la manera convencional. Esta mejora en la satisfacción puede atribuirse a varios factores clave como el orden en el informe médico, la claridad y la comprensión, aunque es probable que factores subjetivos no evaluados en este estudio tengan un papel relevante en la percepción de satisfacción.

Como fue de esperarse, todos los ítems del instrumento relacionados con la relación del médico mostraron diferencias entre ambos grupos, con mayor satisfacción en el grupo intervenido. Sin embargo, fue interesante notar que hubieron ítems relacionados con las condiciones medioambientales, las cuales son independientes de la relación médico-familiar, que también mostraron mayor satisfacción en el grupo intervenido. Esto probablemente debido a que una adecuada estrategia de comunicación puede sopesar en cierta manera condiciones secundarias a la comunicación, como lo puede ser el sitio en donde se entrega el informe, el horario y el tiempo de este.

El método estandarizado proporcionó información de una manera más clara y comprensible para los familiares. La estructura organizada del método fomenta que se aborden sus inquietudes de manera detallada y sistemática, lo que condujo a una mejor

comprensión de la situación médica del paciente. Esto es equiparable a la literatura publicada en la que se menciona que es importante someter a rutinas de información el informe médico para así poder facilitar el proceso de comunicación médico-familiar (Abizanda Campos et al., 2020).

Otra posible explicación es que la encuesta permitió una mayor participación de los familiares en el proceso de obtención de información. Esto les otorgó un rol activo en la toma de decisiones y fomentó su involucramiento en el cuidado y la planificación del tratamiento del paciente.

Por último, la encuesta otorgó a los familiares un sentido de empoderamiento al permitirles expresar sus preguntas e inquietudes específicas. Esto resultó en informes más personalizados y adaptados a las necesidades y dudas individuales de cada familiar.

En conjunto, este estudio subraya la importancia de un enfoque centrado en el paciente y la familia en la comunicación médica. La implementación de encuestas estandarizadas puede ser una estrategia efectiva para mejorar la satisfacción de los familiares y la comprensión de la información médica crítica. De manera indirecta, el aumento en la satisfacción de los familiares con la UCI puede disminuir los problemas médico-legales e, incluso, podría ser una herramienta de política pública en salud para mejorar la atención.

A pesar de estos hallazgos, algunas debilidades del estudio son el poco tiempo de implementación, la evaluación transversal y que fue realizado solo en un centro hospitalario. En futuras investigaciones, sería valioso explorar aún más los aspectos específicos de la encuesta que contribuyen a mejoras en la satisfacción, así como evaluar su impacto a largo plazo en la toma de decisiones y los resultados clínicos.

Así mismo consideramos que el uso de una herramienta protocolizada para la entrega del informe médico, tiende a facilitar dicho evento ya que con el paso del tiempo, el médico que habitualmente ocupa esta herramienta, tiende a recordarla fácilmente y con ello se obtiene una mecánica en la forma ordenada de comunicar las noticias relevantes del paciente en turno, sin embargo concordamos que además de una herramienta de este tipo, sería aconsejable implementar técnicas de aprendizaje en la mejora de la comunicación como el uso de cursos de programación neurolingüística en la formación

de los médicos que habitualmente entregan informes médicos, y más aún si se entregan estos informes en áreas críticas para así fortalecer esta herramienta en un futuro.

Es importante resaltar que el informe médico es una práctica médica habitual, dinámica e individualizada, la cual requiere de características específicas con las que debe de cumplir el otorgante de los informes como son: ser empático, paciente, honesto, práctico y prudente, por lo que consideramos que esta herramienta puede ser de ayuda práctica y habitual para el médico en formación en las unidades de cuidados intensivos para poder tener una base orientativa de como aventurarse en el como iniciar y/o guiar un informe médico, así también para el médico en la práctica profesional, como un método para afinar y ordenar un esquema organizado del informe médico.

CONCLUSIONES

Conclusiones específicas

El grado de satisfacción con la entrega del informe médico empleando una metodología estandarizada, es superior en comparación con la entrega de informe habitual.

La cantidad de quejas relacionadas con la labor médica en la UCI no es diferente entre el informe médico tradicional y el informe con una metodología estandarizada.

El uso de una herramienta metodológica práctica y de fácil aprendizaje, facilita al médico en formación a recordar el orden en el cual podría otorgar informes médicos para así, realizar esta práctica

Conclusión general

La implementación de una metodología estandarizada para la entrega del informe médico a familiares impacta de manera positiva en la satisfacción y la percepción en la calidad de la atención médica de los familiares de pacientes admitidos en la UCI.

RECOMENDACIONES

El motivo principal de este protocolo fue otorgar una herramienta que pueda ser de apoyo para el personal médico de la Unidad de Cuidados Intensivos de ISSSTE Puebla, sobre todo de los médicos en formación para que puedan tener una base metodológica práctica para el momento en que se tenga que dar algún informe médico, y con el

puedan llevar un orden que consideramos adecuado para este punto que muchas veces puede resultar difícil (informe médico a familiar).

BIBLIOGRAFÍA

1. Girela López, E. (2013). ética en la educación médica. *fundación educación médica*, 16(4), 191-195. <https://scielo.isciii.es/pdf/fem/v16n4/colaboracion.pdf>
2. Fernández Cantón, S. B. (2016). *La comunicación como factor contribuyente en la ocurrencia de incidentes y eventos adversos en salud*. boletín CONAMED-OPS.
http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin5/comunicacion_factor.pdf
3. Coronado Zarco, R., Cruz Medina, E. & Macias Hernandez, S. I. (2012, agosto). *El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores*. medigraphic. <https://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2013/mf131e.pdf>
4. *Conoce los 10 derechos generales de los pacientes*. (s. f.). gob.mx. Recuperado 7 de octubre de 2022, de <https://www.gob.mx/salud/articulos/conoce-los-10-derechos-generales-de-los-pacientes>
5. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 29 y 30. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.5.
6. Guillen López, O. B. & Olascoaga, A. C. (2017). *Habilidad de los médicos residentes para comunicar malas noticias*. Rev Soc Peru Med Interna 2017.
7. Falconi Chalco, E. M. (2013). *Guía para comunicar a familiares la muerte repentina en emergencia*. An Fac med. 2013;74(3):217-9.
8. Herrera, A. & Ríos, M. (2014, septiembre). Entrega de malas noticias en la práctica clínica. *Instituto de Investigación en Ciencias Odontológicas, Área de Ciencias del Comportamiento, Facultad de Odontología, Universidad de Chile.*, 142.
9. M.D. Pérez Cárdenas (2004). Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. hospital universitario 12 de octubre Madrid, España.
10. M. Ángeles Cubero Reg.(2016) El informe médico, un dilema asistencial revista cubana de pediatría

11. R. ABIZANDA CAMPOS(2007) Estrategias de información en una Unidad de Cuidados Intensivos polivalente.
12. Novaes, M., Andreoli, P., Karam, C. *et al.* Necesidades de las familias de pacientes críticos y percepción del equipo de salud. *Crit Care* **5** (Suplemento 3), P77 (2001). <https://doi.org/10.1186/cc1410>
13. <https://www.gob.mx/conamed/documentos/informacion-estadistica-2023>
14. Organización Mundial de la salud (S.F) ¿Cómo define la OMS la salud?
15. Walter F. Baile, M.D (2014) *The Complete Guide to Communication Skills in Clinical Practice*.
16. Cerrudo Hernández, R., Arroyo López, M. C., Cedrés Rodríguez, E. B., Barroso Almenara, G., Afonso Pérez, L. C., & Mora Quintero, M. L. (2022). Nivel de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias con un nuevo protocolo de visitas e información. *Ene*, 16.

ANEXOS

Metodología estandarizada para realizar el informe médico a familiares de pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos

Ambiente y preparación

1. El informe se debe realizar en un espacio cómodo, sin distracciones, privado y, de ser posible, con un testigo presente. Dicho testigo debe ser un profesional de la salud adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos.
2. Se debe contar con el tiempo suficiente para otorgar el informe médico (entre 15 y 30 minutos) y, de ser posible, en el mismo horario (12:00 pm y 06:00 pm).
3. El informe se deberá otorgar con un lenguaje claro y accesible, evitando utilizar terminología médica compleja en la medida de lo posible.(tecnicismo medico)
4. El informe deberá ser otorgado, en la medida de lo posible en un sitio con negatoscopio para poder mostrar adecuadamente los estudios de imagen relevantes, como apoyo para explicar los diagnósticos y pronósticos (cuando el caso lo requiera).
5. Se deberá tener especial énfasis en caso de decesos con los puntos 1), 2) y 3) antes de permitir el paso de los familiares a ver al paciente.

Antecedentes

6. El médico informante deberá presentarse y aclarar cuál es el servicio tratante. Esta información podrá omitirse cuando el familiar receptor del informe sea el mismo o cuando el informe se haya otorgado al menos 2 veces distintas.
7. Indagar nombre del familiar receptor del informe, relación con el paciente y grado académico (escolarizados y analfabetos).
8. Mencionar diagnóstico(s) más relevantes (y que motivan el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos) y día(s) de estancia de hospitalaria. Esta información se puede obviar si se cumplen las condiciones del punto 5), salvo que se agregue un nuevo diagnóstico.
9. En caso de que se trate de un caso médico-legal se deberá aclarar que si el paciente fallece el certificado de defunción deberá ser expedido por el Ministerio Público.
10. Preguntar acerca de la información recibida en informes médicos previos (a libre expresión del familiar).

Evolución actual

11. Explicar los procedimientos realizados o por realizar en el turno (a excepción del nocturno).
12. Explicar pronóstico (de ser posible, acompañado con probabilidad de mortalidad –SOFA o APACHE).

Cierre

13. Propiciar un espacio seguro para que el familiar receptor exprese y resuelva todas sus dudas.
14. Preguntar si se han aclarado todas las dudas y, de ser así, solicitar firma de recepción del informe médico (con la leyenda *Se me explicó y entendí el informe médico*).
15. Solicitarle al familiar que comunique la información recibida al resto de los familiares a cargo del cuidado del paciente.

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

ISSSTE REGIONAL PUEBLA

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO

LLENADO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO FORMATO:

“Herramienta protocolizada y de fácil implementación para el otorgamiento del informe medico verbal a los familiares de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional ISSSTE de Puebla, unificando la información

Yo _____ acepto que mi participare en una Investigación realizada por el Dr. JOSE MANUEL ALBISUA AGUILAR; Residente de Medicina del enfermo en estado crítico del Hospital Regional ISSSTE de Puebla; cuyo objetivo es utilizar un formato esquematizado en el cual se abordan los puntos que se deben mencionar a la hora de otorgar informes médicos verbales a los familiares

Al aceptar participar en el estudio, no necesita cubrir ninguna cuota monetaria ni de recuperación. Nosotros estamos en la disposición de hacer de su conocimiento todo lo concerniente al problema si es su interés, aclararle sus dudas, proporcionarle, en caso de necesitarlo, orientación hacia servicios de carácter legal, de ser así necesitarlo

Durante la realización de esta investigación no se me expondrá a riesgos; La participación en este estudio de investigación será totalmente anónima, respetando la confidencialidad de identidad.

Usted puede retirar su consentimiento a participar en el momento que lo considere, sin que ello signifique que la atención médica que se le proporciona se vea afectada. Al mismo tiempo, le informamos que esta participación no conlleva ningún costo extra en su atención y que toda la información que obtengamos de usted a partir del cuestionario es confidencial por lo que su identificación personal no será dada a conocer a menos que usted lo autorice específicamente.

En este estudio participarán los médicos de base de la unidad de terapia intensiva que apoyen el protocolo incluyendo al asesor clínico, el médico residente que presenta esta investigación.

Se me ha otorgado una explicación clara acerca de la investigación, tuve oportunidad de hacer preguntas y aclarar mis dudas, por lo que acepto voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo derecho de negarme del mismo en el momento que lo decida sin repercusiones.

Nombre del participante: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ Firma

del participante: _____ Fecha: _____

Nombre del Testigo 1: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ Firma

del Testigo 1: _____ Fecha: _____

Nombre del Testigo 1: _____ Parentesco: _____

Dr. Jose Manuel Albisua Aguilar

Residente de segundo año de la especialidad de Medicina del Enfermo en Estado

Crítico del Hospital Regional ISSSTE de Puebla Av. 14 Sur No. 4336 Colonia

Jardines de San Manuel Cp 72570, Puebla. tel.: 2228101503

Email: medicalstualm@outlook.com

Asociados: Dr. José Luis Gálvez Romero Asesor Metodológico