

República Dominicana
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA-UNIBE



Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Trabajo profesional Final para Optar por el
Título de Especialista en
Medicina Crítica y Terapia Intensiva

NIVEL DE SATISFACCION DE LOS FAMILIARES DE LOS USUARIOS
ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DEL
HOSPITAL GENERAL DE LA PLAZA DE LA SALUD EN EL PERIODO ABRIL -
JUNIO 2022.

Sustentante:

Sandy Antonio Jiménez Cáceres Mat. 191098

Juan Julio Quezada Carrasco Mat. 151106

Asesorado por:

Cesar Gamalier Matos, Asesor de Contenido

Violeta González Pantaleón, Asesor Metodológico

Los conceptos expuestos en la presente investigación son de la exclusiva responsabilidad de los autores.

Santo Domingo, Distrito Nacional

2022

CONTENIDO:

Agradecimientos	i
Dedicatorias	ii
Resumen	iii
Abstract	iv
Introducción.	5
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del problema	6
1.2. Preguntas de la investigación	8
1.3. Objetivos del estudio	9
1.3.1. Objetivo General	9
1.3.2. Objetivos específicos	9
1.4. Justificación.	10
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes.	11
2.2. Marco Conceptual	14
2.2.1. Calidad	14
2.2.2. Eficiencia	14
2.2.3. Relación entre calidad y eficiencia	15
2.2.4. Calidad de la atención de salud	16
2.2.5. Satisfacción	18
2.2.6. Satisfacción de los usuarios	19
2.2.7. Partes del fenómeno satisfacción	20
2.2.7.1. Los elementos de la satisfacción de insatisfacción	22
2.2.7.2. La evaluación de la satisfacción	23
2.2.7.3. Satisfacción del usuario como indicador de calidad	23
2.2.7.4. La comunicación en el ámbito de los servicios de salud	24
2.2.7.5. Indicadores basados en la opinión de los pacientes.	25
2.2.8. Atención hospitalaria	26
2.2.8.1. Familiares de pacientes	27
2.2.8.2. Las familias en la conversación familiar.	27
2.3. Marco Contextual	28

2.3.1. Reseña sector.	28
2.3.2. Reseña institucional	28
2.3.3. Marco espacial	29
CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO	
3.1. Tipo de estudio	30
3.2. Variables y su Operacionalización	31
3.3 Métodos, técnicas de investigación e instrumentos de recolección de datos	32
3.4 Consideraciones éticas	32
3.5. Selección de población y muestra.	32
3.6 Análisis Estadístico	32
CAPITULO IV: RESULTADOS	
4.1. Gráficas	33
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.	
5.1. Comprobación de los objetivos.	42
5.2. Conclusiones.	44
CAPITULO VI. RECOMENDACIONES.	
6.1. Recomendaciones.	47
Referencias bibliográficas.	48
Apéndices	51
Apéndice #1. Tablas	55
Apéndice #2. Cronograma.	63
Apéndice #3. Costos y Recursos	64
Apéndice #4. Instrumento de recolección de datos	65

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a Dios, por ser mi guía en la realización de esta tesis de postgrado sirviendo de mucho, aunado a su presencia en mi crecimiento; esto junto con mi compañero Juan Julio Quezada de quien he aprendido mucho, gracias por tu apoyo.

Al Hospital General De La Plaza De La Salud, por ser una de las bases en mi formación profesional y proveerme las herramientas y conocimientos necesarias para llevar a cabo mis metas.

A La Universidad Iberoamericana (UNIBE) , por ser parte fundamental en mi formación como especialista en Medicina crítica y terapia intensiva

A la coordinación de la residencia de Medicina Critica y Terapia intensiva quien tiene como coordinadora a la Dra. Eunice Cid y como gerente al Doctor Cesar Gamalier Matos Polanco al igual que el equipo de médicos de esta residencia los cuales nos han apoyado en este camino a través de sus enseñanzas y su gran entrega para nuestra formación.

A mis asesores Dra. Violeta Gonzalez y Dr. Cesar Gamalier Matos Polanco por su entrega inmensurable a esta asesoría y sus consejos para la realización de este proyecto.

Los sustentantes

DEDICATORIAS

A Dios, por darme la salud, el entendimiento, la sabiduría y el bienestar para cumplir con este proyecto de realización de residencia médica.

A mi madre Alendrina del Carmen Cáceres, quien siempre ha velado por mi bienestar y mi educación, sin importar los sacrificios a los que haya tenido que recurrir, para así ver logrado mis objetivos al igual que el de mis hermanos, por lo cual me siento agradecido de tener una madre tan ejemplar y entregada como lo es ella. Te amo madre.

A mis hermanos Rosmery y Francisco Miguel Jiménez, quienes siempre me han apoyado en mis proyectos de vida, los admiro por ser ejemplos para sus hijos y espero que puedan cumplir sus objetivos de vida.

A mi hija Suanny Esthefany Jiménez, quien desde que llego a mi vida ha sido mi inspiración para ser mejor persona y para superarme cada día aun mas con el fin de ser un ejemplo para ella.

A mi novia Amy Nathalie Suncar, con quien he compartido varios años de mi formación durante los cuales siempre me ha apoyado en mis objetivos, agradezco a Dios estar contigo.

A todos aquellos familiares, amigos y compañeros de residencia que aportaron un granito de arena en esta trayectoria.

Sandy Antonio Jiménez Cáceres

RESUMEN.

Introducción: La hospitalización en una unidad de cuidados intensivos (UCI) supone una experiencia estresante no solo para el paciente, sino que también para su familia. Para estos últimos, el impacto psicosocial que la estancia en la UCI les provoca, no solo está determinado por la situación de riesgo vital del familiar, sino que además por otras fuentes potenciales de estrés.

Método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, tipo encuesta transversal, donde se tomaron las opiniones de los familiares de los usuarios ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo abril-junio de 2022, para evaluar su satisfacción e identificar aspectos a mejorar.

Resultado: La edad promedio de los familiares fue de 41-50 años, 38 de los encuestados correspondieron al sexo masculino (48%) y 42 (53%), en lo que respecta el nivel instrucción 47 (59%) poseían estudios superiores, la familiaridad con el paciente de mayor fueron los hijos con 31 (39%), en cuanto a lo que respecta al nivel de ingresos económicos destacan los rangos de 11, 000 a 20,000 pesos mensuales, las motivaciones de traer el paciente al hospital destaca por recomendación con 43 (54%), el tiempo de espera en emergencias o sala clínica hasta el ingreso a cuidados intensivos destaca la valoración de regular de 12 a 24 horas con una frecuencia de 28 (35%), el motivo de ingreso fueron más frecuentes enfermedades no quirúrgicas 43 (54%), en lo que respecta al nivel de satisfacción, podemos apreciar que de los encuestados 44 (55%) estuvo muy satisfecho, en respecto a si se le fue informado de forma detallada y precisa sobre el diagnóstico del paciente en el lugar donde se encontraba previo a su ingreso a la UCI, se estableció que 31 (39%).

Discusión: los familiares presentan cambios en la dinámica de vida como cuidado personal, inestabilidad económica y cambios en la interacción social, expresan sentimientos positivos por el ingreso de su paciente a una unidad crítica y sus expectativas están relacionadas con la información, trato digno y atención eficaz.

Palabras clave: características, atención, experiencia, familiares, satisfacción, usuarios, unidad, cuidados intensivos, polivalente.

ABSTRACT.

Introduction: Hospitalization in an intensive care unit (ICU) is a stressful experience not only for the patient, but also for their family. For the latter, the psychosocial impact that the stay in the ICU causes them is not only determined by the life-threatening situation of the family member, but also by other potential sources of stress.

Method: An observational, descriptive, cross-sectional survey type study was carried out, where the opinions of the relatives of the users admitted to the Polyvalent Intensive Care Unit of the General Hospital of the Plaza de la Salud were taken in the period April-June 2022, to assess your satisfaction and identify aspects to improve.

Result: The average age of the relatives was 41-50 years old, 38 of the respondents were male (48%) and 42 (53%), with regard to the level of education, 47 (59%) had higher education, the familiarity with the patient of greater were the children with 31 (39%), as regards the level of economic income, the ranges of 11,000 to 20,000 pesos per month stand out, the motivations for bringing the patient to the hospital stand out for recommendation with 43 (54%), the waiting time in the emergency room or clinical room until admission to intensive care highlights the assessment of regular from 12 to 24 hours with a frequency of 28 (35%), the reason for admission was more frequent non-surgical diseases 43 (54%), with regard to the level of satisfaction, we can see that of the respondents 44 (55%) were very satisfied, regarding whether they were informed in detail and precisely about the diagnosis of the patient in the place where he was saw their admission to the ICU, it was established that 31 (39%).

Discussion: family members present changes in the dynamics of life such as personal care, economic instability, and changes in social interaction, they express positive feelings for their patient's admission to a critical unit and their expectations are related to information, dignified treatment and attention effective.

Keywords: characteristics, care, experience, relatives, satisfaction, users, unit, intensive care, polyvalent.

INTRODUCCIÓN.

La hospitalización en una unidad de cuidados intensivos (UCI) supone una experiencia estresante no solo para el paciente, sino que también para su familia. Para estos últimos, el impacto psicosocial que la estancia en la UCI les provoca, no solo está determinado por la situación de riesgo vital del familiar, sino que además por otras fuentes potenciales de estrés: un ambiente altamente tecnologizado, las terapias de soporte y la forma en la que el equipo de salud interactúa con ellos. ⁽¹⁾

Durante la hospitalización de un miembro de la familia en la UCI se dan alteraciones en el proyecto de vida del grupo y en su calidad de vida; experimentando fatiga, alteración del sueño y trastornos alimentarios; los cuales pueden durar el tiempo de la hospitalización o años después; además sentimientos de ambivalencia, pérdida, amenaza de muerte y duelo, angustia, dolor, sufrimiento, frustración, preocupación, depresión, ansiedad, intranquilidad e impotencia, planteándose así un reto para los profesionales que se desempeñan en la UCI; pues el cuidado se convierte en un acto complejo que no está determinado únicamente por las condiciones críticas del paciente, sino por las necesidades de cuidado que experimentan las familias. ⁽²⁾

Frecuentemente las UCI han mantenido a la familia al margen del paciente, justificando este hecho en el riesgo que supone la familia para el paciente. Sin embargo, numerosos autores señalan la importancia del papel de la familia en la atención del paciente crítico, ya que la familia disminuye el estrés y el delirio sufrido por el paciente, mejora la comunicación y la seguridad, disminuye el tiempo de estancia en la UCI y son su fuente de apoyo y conexión con el entorno. ⁽³⁾

La evaluación de las necesidades y el grado de satisfacción de los miembros de la familia de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos, se convierten en una parte esencial de la atención de los profesionales de la salud, quienes tienen el compromiso con la atención, reduciendo el dolor y el sufrimiento de las personas que tienen un miembro de la familia en estado crítico. Las familias asocian la satisfacción con la información clara, lo que les permite comprender las necesidades de atención de sus miembros y la actitud del equipo médico. ⁽⁴⁾

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Para poder entender por qué a pesar de las evidencias que contribuyen a que los familiares del paciente crítico requieren una atención a sus necesidades y un horario de visitas flexibles de la Unidades de Cuidados Intensivos, y de los beneficios que existen tanto para los pacientes como para sus familiares, las Unidades de Cuidados Intensivos en España siguen con políticas de visitas restrictivas. ⁽³⁾

Por lo tanto, esta cultura cerrada de las unidades impide que se resuelva la necesidad de proximidad que tienen paciente y familiares, lo que puede crear un empeoramiento en la salud del paciente y su familia. La liberalización de las visitas influye positivamente sobre los pacientes, produciéndose un efecto positivo tanto en su estado emocional como en su recuperación. ⁽⁴⁾

Los estudios realizados en todo el mundo durante los últimos 30 años indican que las necesidades de los familiares de los pacientes críticos todavía se descuidan, esto requiere un cambio en la práctica clínica. Estas necesidades han recibido una atención importante en la investigación dentro del campo del médico, han sido bien examinadas mediante el Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI), una herramienta de investigación altamente validada que consta de cinco subescalas como son la información, la seguridad, la proximidad, el apoyo y el confort. ⁽⁵⁾

El medico de cuidados críticos es el profesional que pasa más horas junto al paciente, y, por lo tanto, forma junto con la familia, un elemento esencial del paciente ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos.

En un estudio multicéntrico realizado en el Reino Unido, se reclutaron un total de 12 346 familiares de 6380 pacientes y 7173 (58%) familiares de 4615 pacientes devolvieron un cuestionario completo. Las puntuaciones de satisfacción familiar generales y específicas del dominio fueron altas (satisfacción familiar general media 80, satisfacción con la atención 83, satisfacción con la información 76 y satisfacción con la toma de decisiones 73 de 100) pero variaron significativamente entre las UCI generales para adultos estudiadas y según si el paciente sobrevivió a la UCI. ⁽⁶⁾

Se por consiguiente, considera que es esencial el apoyo emocional en las Unidades de Cuidados Intensivos, ya que unas intervenciones adecuadas y efectivas permiten prevenir, eliminar o disminuir todas las alteraciones psicológicas que presentan los pacientes, como pueden ser ansiedad, depresión, alteración de la imagen corporal, temor a la desconocido, dolor y en el caso de los familiares actuar frente la ansiedad, la depresión, los sentimientos de culpa, ayudarles a afrontar una muerte cercana de su familiar, afrontar el duelo. De este modo, la intervención psicológica en estas unidades, en ocasiones junto a otros profesionales (como médicos, trabajadores sociales, psicólogos), permite atender al paciente como un ser biopsicosocial. Por lo tanto, el núcleo familiar involucrado requiere tanto de apoyo emocional como de una excelente y clara comunicación sobre el estado de salud del paciente. De allí la importancia del personal de enfermería de brindar un apoyo emocional efectivo que contribuya a mejorar la calidad del cuidado ofertado, unificando criterios al respecto, permitiendo a los profesionales mayor sensibilidad al brindar el cuidado, aspecto que fortalecerá la imagen personal, profesional e institucional. ⁽⁷⁾

Por todo lo antes expuesto, nos planteamos la pregunta de investigación de cuál es el nivel de satisfacción de los familiares de los usuarios admitidos en la unidad de cuidados intensivos polivalente del Hospital General de la Plaza de la Salud, y cuáles son las características de la atención según sus opiniones.

1.2. Preguntas de la investigación

1. ¿Cuál es el nivel de satisfacción de los familiares de los usuarios atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo abril-junio de 2022?
2. ¿Conocer las características sociodemográficas de los familiares de los pacientes (edad, sexo, nivel socio económico, escolaridad)?
3. ¿Por qué trajo su paciente al Hospital General de la Plaza de Salud?
4. ¿Cuál es la relación afectiva con el paciente?
5. ¿Cuál es el tiempo de espera desde la emergencia hasta el ingreso a la unidad de cuidados intensivos?
6. ¿Cuán detallada y precisa fue la información acerca del diagnóstico y el motivo de ingreso a la UCI desde la emergencia o sala clínica?
7. ¿Cuál fue el motivo de su ingreso a la unidad de cuidados intensivos?

I.3. Objetivos del estudio

I.3.1. Objetivo General

Establecer cuál es el nivel de satisfacción de los familiares de los usuarios atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo abril-junio del 2022.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de los familiares de los pacientes (edad, sexo, nivel socio económico, escolaridad)
2. Determinar por qué trajo su paciente al Hospital General de la Plaza de Salud.
3. Conocer la relación afectiva con el paciente.
4. Establecer el tiempo de espera desde la emergencia hasta el ingreso a la unidad de cuidados intensivos.
5. Identificar cuan detallada y precisa fue la información acerca del diagnóstico y el motivo de ingreso a la UCI desde la emergencia o sala clínica.
6. Conocer el motivo de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos.

1.4. Justificación.

Entrar en estado crítico representa un gran trastorno no solo para el paciente en cuestión, sino también para su familia más cercana. ⁽⁸⁾ Cuando los pacientes ingresan en la UCI, sus familias deben lidiar con la enfermedad crítica y el miedo a perder a un ser querido, lo que puede generar ansiedad, depresión, duelo complicado o trastorno de estrés postraumático, también conocido como síndrome post-cuidados intensivos familiar. Además, los familiares describen cambios en su situación social, económica, relacional y laboral y reducción de la calidad de vida. La carga de los familiares puede reducirse al recibirlos en la UCI e involucrarlos en el cuidado del paciente.

Otro elemento vital en la participación de la familia en la UCI es la comunicación entre las familias y las enfermeras, y la capacidad de construir una relación de confianza basada en la apreciación del papel de la familia del paciente. Durante la última década, la investigación internacional ha demostrado que la comunicación eficaz y eficiente mejora la satisfacción familiar y el bienestar psicológico. ⁽⁹⁾

Las necesidades familiares pueden ser consideradas como los requerimientos de los miembros de la familia que, si se cumplen, alivian o disminuyen el sufrimiento familiar y, si no se satisfacen, pueden producir malestar en los miembros de la familia y en el equipo de la UCI. ⁽¹⁰⁾

Es importante empoderar a los pacientes y familiares para que brinden retroalimentación a los equipos de la UCI. En consecuencia, los resultados de satisfacción pueden proporcionar información valiosa para mejorar las prácticas de la UCI, como la cultura de seguridad, la calidad de la atención, la comunicación entre la familia y los equipos de la UCI. Por lo tanto, las herramientas validadas de medición de la satisfacción son esenciales para evaluar el desempeño de los profesionales de la salud desde el punto de vista de los pacientes y familiares. Además, estas herramientas pueden utilizarse para detectar buenas prácticas y áreas de atención a mejorar. Desafortunadamente, existen muy pocos instrumentos para medir las experiencias y la satisfacción de los familiares en entornos de cuidados críticos para adultos. La satisfacción con el cuidado está en el centro de un marco compuesto por el respeto a las necesidades de los familiares, la información adecuada, la participación en la toma de decisiones, el apoyo emocional y físico y la coordinación del cuidado. ⁽¹¹⁾

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes.

Muchos pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos (UCI) no pueden tomar decisiones continuas de atención por sí mismos durante su estadía en la UCI. Las perspectivas de las familias y otros tomadores de decisiones designados son particularmente importantes para formar una asociación con los médicos para brindar una atención eficaz centrada en la persona. Se realizó un diseño de encuesta transversal en dos UCI en la región de NSW, Australia, utilizando un cuestionario de satisfacción familiar validado. La encuesta de Satisfacción Familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos calcula un puntaje de satisfacción familiar general (FS-Total) y dos subescalas, midiendo la satisfacción familiar con el cuidado (FS-Cuidado) y la satisfacción familiar con la toma de decisiones (FS-DM). Se encuestó a un total de 104 familiares, con una tasa de respuesta del 53%. La puntuación media de FS-Total fue alta (85,58, desviación estándar [SD] = 14,6), con FS-Care (92,94, SD = 15,71) clasificado más alto que FS-DM (81,84, SD = 19,16). Las parejas/cónyuges ($p = 0,009$ y $p = 0,003$, respectivamente) y los que vivían con el paciente ($p = 0,039$ y $p = 0,011$, respectivamente) informaron diferencias significativas en las puntuaciones medias de FS-Total y FS-DM. Los niveles de satisfacción también se vieron afectados por la comunicación, las instalaciones de la sala de espera y los tiempos de visita. ⁽¹²⁾

En Reino Unido se realizó el estudio más grande que evalúa la satisfacción familiar con la atención en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Fue un estudio de cohorte prospectivo anidado dentro de una base de datos de auditoría clínica nacional. Muestra aleatoria estratificada de 20 UCI generales para adultos que participan en el Programa de Mezcla de Casos del Centro Nacional de Auditoría e Investigación de Cuidados Intensivos. Se reclutaron familiares de pacientes que permanecieron al menos 24 horas en la UCI. A los familiares que dieron su consentimiento se les envió un cuestionario postal 3 semanas después de que el paciente falleciera o fuera dado de alta de la UCI. Se reclutaron hasta cuatro familiares por paciente. La satisfacción familiar se midió mediante el cuestionario FS-ICU-24. Resultados principales Se reclutaron un total de 12 346 familiares de 6380 pacientes y 7173 (58%) familiares de 4615 pacientes devolvieron un cuestionario completo. Las puntuaciones de satisfacción familiar generales y específicas del dominio fueron altas (satisfacción familiar general media 80, satisfacción con la atención 83, satisfacción con la información 76 y satisfacción con la toma de decisiones 73 de 100) pero variaron

significativamente entre las UCI generales para adultos estudiadas y según si el paciente sobrevivió a la UCI. Para los familiares de los sobrevivientes de la UCI, las características tanto del familiar (edad, etnia, relación con el paciente (pariente más cercano y/o convivencia con el paciente) y frecuencia de visitas) como del paciente (gravedad aguda de la enfermedad y recepción de ventilación mecánica invasiva). Fueron determinantes significativos de la satisfacción familiar, mientras que, para los familiares de los no supervivientes de la UCI, solo las características del paciente (edad, gravedad aguda de la enfermedad y duración de la estancia) fueron significativas. Conclusiones La satisfacción familiar general en las UCI generales para adultos del Reino Unido fue alta, pero varió significativamente. Es importante ajustar las diferencias en las características de los miembros de la familia/pacientes para evitar identificar falsamente a las UCI como valores atípicos estadísticos.⁽¹³⁾

Los estudios publicados en los países de habla hispana aun no llegan a dar el valor significativo a la necesidad de satisfacción, habiendo una escasez de estudios realizados en américa del sur.⁽¹¹⁾ En Colombia, Según Borré Ortiz, en relación con la Satisfacción por la atención del Equipo de Enfermería el 48.7% refirió estar “Muy Satisfecho”, el 48.1% refirió estar “Satisfecho”, el 2.5% refirió estar “Poco Satisfecho” y el 1% “Nada Satisfecho”, interpretando que el 96.8% del total de la población que se encuestó posee un nivel de satisfacción elevado.⁽¹⁴⁾

En Perú, según Pinillos et al,⁽¹²⁾ en Trujillo concluyen que el 50% de los familiares se encuentran satisfechos y 50% insatisfecho y de los cuales 10% están satisfechos con la información recibida y 90% insatisfecho mientras Morí Belleza⁽¹⁵⁾ en Lima, tuvo como resultados que los familiares estuvieron satisfechos con la atención ofrecida por la enfermeras en un 76% mientras que el 16% y el 8% referían que no están de acuerdo; también perciben que la expresión de mayor frecuencia observada en relación a las enfermeras que un 54% siempre las hallaban sonriente aunque el servicio estuviese muy agitado mientras que 20%, 15% y 11% manifestaban una exteriorización muda, colérica y seria respectivamente. Por lo cual se quiere involucrar a la Dirección Regional de salud en Lima Provincias, y al Hospital Regional de Huacho en dar la importancia de la atención a la familia por no existir ningún tipo de antecedentes que expongan esta situación local.⁽¹⁶⁾

La comunicación efectiva entre el grupo de atención médica, las familias de los pacientes y los pacientes será el objetivo de la iniciativa a la mejora de la calidad. González C, Mansilla C, Oyarzun N, Sierra S, Tapia C, desarrollaron el estudio de la satisfacción usuaria en

familiares de pacientes hospitalizados en una unidad crítica de adultos, el año 2019 en la ciudad de Valparaíso, Chile. ⁽¹⁷⁾

Siendo su objetivo de esta pesquisa detallar la satisfacción usuaria en familiares de pacientes hospitalizados siendo un estudio descriptivo, cuantitativo, transversal y no experimental, cuya población son los familiares de pacientes internados en UCI. Para recolectar la base de datos usaron el cuestionario Family Satisfaction in the Intensive Care Unit 24 (SF- UCI 24). Destacándose que el total de los entrevistados tiene un nivel de vinculación con el individuo hospitalizado, sobresaliendo el lazo de hijo (43%). La satisfacción del usuario total conseguido fue de 78,65 de un promedio de 100 puntos. ⁽¹⁸⁾ Las subdivisiones con mayor satisfacción fueron “Personal médico” (88,64 puntos) y “Trato al paciente” (82,15 puntos). La subdivisión con menor satisfacción es “Ambiente” (67,63 puntos), siendo la sala de espera como el ítem peor valorado con 58,65 puntos coincidiendo con los estudios conseguidos en el aspecto no científico. Por lo cual concluyen que se puede observar que cada punto evaluado en las variables de este instrumento logra una satisfacción total catalogada como absolutamente satisfecha. ⁽¹⁹⁾

2.2. Marco Conceptual

2.2.1 Calidad

La calidad de la atención médica ha sido definida de diversas maneras que en mucho dependen del contexto concreto en que el término quiera emplearse. ⁽²⁰⁾

En 1980, Donabedian, una de las personas más reconocidas en este campo, define una atención de alta calidad como «aquella que se espera maximice una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes». Donabedian se ha referido también a las múltiples facetas del concepto de calidad: calidad técnica, calidad interpersonal, calidad individual y calidad social y ha profundizado en las relaciones entre cantidad y calidad y entre beneficios y riesgos. Considera que una sola definición de calidad que abarque todos los aspectos no es posible, pero que, en el manejo de un problema específico de salud, la buena calidad puede resumirse como «el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos». ⁽²⁰⁾

De Geyndt apunta que las distintas definiciones que se la han dado a la calidad son un reflejo de lo difícil que puede resultar arribar a un consenso debido a los valores implícitos en las distintas definiciones. Señala que el concepto de atención médica o atención sanitaria es multidimensional y que esto explica la existencia de tantas definiciones y formas para evaluarla. ⁽²⁰⁾

2.2.2. Eficiencia

La eficiencia es el segundo concepto que nos ocupa y que, en principio, tiene un significado diferente. ⁽²¹⁾

Murray y Frenk en el documento titulado «Un marco de la Organización mundial de la salud (OMS) para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud» consideran que la eficiencia está estrechamente relacionada con el desempeño de un sistema de salud, que este desempeño debe evaluarse sobre la base de objetivos (en inglés goal performance) y que debe tomarse como eficiencia el grado en que un sistema alcanza los objetivos propuestos, con los recursos disponibles. ⁽²¹⁾

Jaramillo señala que «debe considerarse la eficiencia como el máximo resultado posible de productividad que puede ser alcanzado a partir de un volumen de recursos determinado». ⁽²¹⁾

Algunos definen eficiencia en su relación con dos términos de similar interpretación semántica: eficacia y efectividad. La eficacia, en la esfera de la Salud Pública, se define como la expresión general del efecto de determinada acción cuyo objetivo fuera perfeccionar la atención médica. Debido a que las relaciones causa-efecto que implica esta definición pueden estar confundidas con diversos factores, la eficacia de un procedimiento suele evaluarse en condiciones experimentales o ideales. La eficacia de un procedimiento o tratamiento en relación con la condición del paciente se expresa como el grado en que la atención/intervención ha demostrado lograr el resultado deseado o esperado. La efectividad es de mayor alcance y se define como la medida del impacto que dicho procedimiento tiene sobre la salud de la población; por tanto, contempla el nivel con que se proporcionan pruebas, procedimientos, tratamientos y servicios y el grado en que se coordina la atención al paciente entre médicos, instituciones y tiempo. ⁽²¹⁾

Un sistema de salud se considera eficiente cuando es capaz de brindar un producto sanitario aceptable para la sociedad con un uso mínimo de recursos. Lograr eficiencia en salud, significa también alcanzar los mejores resultados con los recursos disponibles. De modo que, cuando se persiguen determinados resultados también deben quedar claras cuáles son las formas más eficientes de alcanzarlos y qué procesos técnicos se deben abordar para llegar a ellos con eficiencia. ⁽²¹⁾

2.2.3. Relación entre calidad y eficiencia

Calidad y eficiencia son dos conceptos estrechamente relacionados, al punto que algunos consideran la eficiencia como parte de la calidad. Es obvio que un servicio cualquiera puede brindarse dentro de límites aceptables de calidad con más o menos eficiencia, pero también es posible que una búsqueda desmedida de eficiencia vaya en perjuicio de la calidad. ⁽²²⁾

Si bien en el ámbito de la salud el servicio central es el bien humano máspreciado y parecería injusto y hasta indeseable «cambiar» calidad por eficiencia, la natural escasez de recursos debe conducirnos a una posición más realista. Una posición que refleje la necesidad de alcanzar la mayor calidad en la prestación de servicios con el mínimo de recursos, o, quizás

mejor, una posición que favorezca el uso más eficiente de los recursos disponibles dentro de límites aceptables de calidad.

En 1999 el Sistema Nacional de Salud de los Estados Unidos (NHS) publicó el llamado «Marco para la evaluación del desempeño» en el que señalan la necesidad de acciones evaluativas en seis áreas: ⁽²²⁾

1. Mejoría de la salud.
2. Justeza del acceso.
3. Entrega efectiva de atención adecuada.
4. Eficiencia.
5. Experiencia de pacientes y cuidadores.
6. Resultados de salud del sistema.
7. Señalan además una serie de indicadores para cada una de las áreas. ⁽³¹⁾

2.2.4. Calidad de la atención de salud

La definición clásica de calidad ha sido desarrollada y analizada por Donabedian y según él la calidad es la propiedad de la atención médica que consiste en obtener los mayores beneficios, con los menores riesgos para los pacientes, donde los mayores beneficios se definen en función de lo alcanzable, de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención, de acuerdo con los valores sociales imperantes. ^(23,24)

En la actualidad el porcentaje de utilización de servicios se basa principalmente en normas estadísticas y no en la calidad de atención que se está brindando al cliente o usuario. ^(23,24)

La definición de buena calidad de los servicios de salud es difícil y ha sido objeto de muchos acercamientos. La dificultad estriba principalmente en que la calidad es un atributo del que cada persona tiene su propia concepción pues depende directamente de intereses, costumbres y nivel educacional entre otros factores. ^(23,24)

Desde el punto de vista del paciente, es conocido, por ejemplo, que para algunos una consulta médica de buena calidad debe ser breve y dirigirse directamente al punto problemático, mientras que para otros la entrevista médica sólo será satisfactoria si el médico destina una

buena parte de su tiempo a oír los pormenores de la naturaleza, historia y características de los síntomas que aquejan al paciente.

Desde el punto de vista del médico (como exponente principal del proveedor de salud) tampoco existe un patrón estrictamente uniforme de lo que puede considerarse atención médica de buena calidad. Se acepta, por lo menos, que ésta tiene una relación con el estado del conocimiento actual y el empleo de la tecnología correspondiente. ^(23,24)

Desde el punto de vista de los gestores o administradores de la atención médica, la calidad con que se brinda un servicio de salud no puede separarse de la eficiencia puesto que, si no se tienen en cuenta el ahorro necesario de los recursos disponibles, el alcance de los servicios será menor que el supuestamente posible. ^(23,24)

En los sistemas de salud no públicos las contradicciones entre clientes (pacientes), gestores y financistas son las principales promotoras del control y evaluación de la calidad y la eficiencia. Las compañías de seguros han jugado un papel crucial en esta evaluación ya que muchas veces deben pagar la mayor parte de los servicios y calcular debidamente el monto que deben cobrar a sus clientes ya que este pago se produce antes de que el servicio se haya brindado. Las ganancias de tales compañías dependerán directamente de lo acertado de sus cálculos y del costo real del servicio brindado. Esta madeja de intereses obviamente no siempre resulta en una atención de buena calidad. ^(23,24)

En los sistemas públicos y gratuitos el estado financia los servicios de salud y es el mayor interesado en que éstos sean brindados con calidad y eficiencia.

Como bien lo define Silva, de manera muy general, un indicador es «una construcción teórica concebida para ser aplicada a un colectivo y producir un número por conducto del cual se procura cuantificar algún concepto o noción asociada a ese colectivo». Y éste es precisamente el caso que nos ocupa, pues necesitamos números para medir dos conceptos abstractos: calidad y eficiencia. ^(23,24)

Calidad y eficiencia son nociones abstractas, conceptos basados en un sinnúmero de aspectos que histórica y socialmente llegan a alcanzar un significado aceptable. La necesidad de

medirlos es obvia, aunque es siempre un desafío. Una buena parte de este desafío se debe a que los indicadores de calidad y eficiencia deben separar la parte de ellos que se debe a las características de los pacientes, de la que se relaciona con la atención prestada. No se trata de un problema de esos indicadores en particular sino una característica implícita en muchos indicadores. Un ejemplo clásico es el de las tasas brutas de mortalidad de los distintos países. Si se quieren tomar como indicadores de nivel socioeconómico o de salud con el fin de hacer comparaciones, deberán estandarizarse para tener en cuenta, por lo menos, las estructuras de edad de los países en cuestión. Diferencias entre las tasas de mortalidad bruta de dos países con estructuras de edad diferentes no permitirán hacer juicios de valor sobre condiciones sociales, económicas o sanitarias. ^(23,24)

2.2.5. Satisfacción

La satisfacción es un fenómeno que está determinado por los hábitos culturales de los diferentes grupos sociales, por lo tanto, la definición de satisfacción varía según el contexto social. El concepto de satisfacción se basa en la diferencia entre las expectativas del paciente y la percepción de los servicios que ha recibido. De esta manera las percepciones subjetivas acompañadas de las expectativas previas configuran la expresión de la calidad del servicio. ⁽²⁵⁾

La satisfacción del usuario depende de la resolución de sus problemas, del resultado del cuidado según sus expectativas, del trato personal que recibió, y del grado de oportunidad y amabilidad con el cual el servicio fue brindado. ⁽²⁵⁾

La prestación de servicios de salud por parte de una institución debe garantizar el cumplimiento de todas las normas de calidad, la cual es evaluada cuando se presta un servicio. ⁽²⁵⁾

Los centros hospitalarios son empresas importantes que requieren cobrar protagonismo en la calidad, ya que su atención va dirigida a mantener el bienestar físico, mental y social de un ser humano. Dicha atención es proporcionada por personal capacitado en el área de la salud, siendo el personal de enfermería quien establece mayor contacto con el paciente ante la realización de procedimientos y procesos que se ven reflejados en la evaluación de

resultados, siendo el usuario el encargado de manifestar su satisfacción o insatisfacción con esta atención. ⁽²⁵⁾

2.2.6. Satisfacción de los usuarios

La satisfacción del paciente es considerada un indicador confiable y válido de la calidad del cuidado ya sea medido a través de la percepción del paciente o de los padres de la población pediátrica; esta se define como un indicador de calidad que refleja la opinión en relación con dos aspectos prioritarios: el servicio de hospitalización y la atención recibida durante la estancia hospitalaria. ^(26,27)

La calidad en la atención sanitaria, por su parte, se considera como el conjunto de características técnico-científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provee a los beneficiarios, a fin de brindar el mayor número posible de años de vida saludable, a un costo social y económicamente válido, tanto para el sistema como para sus afiliados. ^(26,27)

Desde este punto de vista práctico, consideramos que la calidad se puede evaluar al final de la cadena antes mencionada utilizando el nivel de satisfacción de los usuarios como indicador fundamental del Impacto de calidad asistencial. Si este indicador sufre cambios significativos con el tiempo, es posible asumir que la institución está brindando una atención de buena calidad. Si el resultado es adverso para la calidad, el indicador permitirá identificar los vacíos en cada una de las áreas de evaluación. ^(26,27)

La calidad ha sido definida como el conjunto de características de servicio y de productos de consumo que satisfacen las necesidades del consumidor y lo hacen sentirse orgulloso de poseer un producto o de recibir un servicio al más bajo costo posible. Así mismo, la calidad es considerada también como la aptitud de un producto o de un servicio de satisfacer las necesidades de los usuarios. ^(26,27)

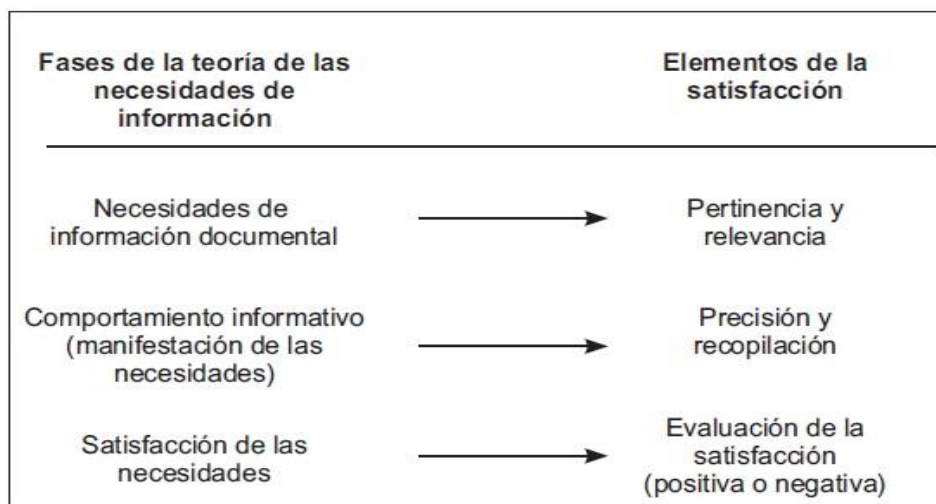
Según lo expuesto, la calidad de la atención médica se determina como aquella clase de atención que se espera pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de la atención en todas sus partes. ^(26,27)

Con este proceso ha surgido, por añadidura, la necesidad de controlar la calidad de la atención médica, la cual se ha consolidado como parte sustantiva del proceso de producción a fin de proteger y proporcionar satisfacción tanto a los usuarios internos como a los externos.

Conforme a lo anterior, se ratifica que el acto médico no debe separarse del contexto total de atención, ya que incluye, además del clínico, el dominio socio-organizativo para romper el paradigma en el cual se considera a la calidad como implícita por el simple hecho de ser médico o enfermera, o de contar con hospitales o consultorios; o en el que se equipara la cantidad con la calidad: a mayor cantidad de servicios, mayor calidad. Por el contrario, se adquieren acciones sistematizadas y planificadas que implican que la organización y los proveedores de los servicios obtengan resultados satisfactorios de acuerdo con el nivel de conocimientos profesionales vigentes en ese momento y se sientan orgullosos de su trabajo. De tal forma, la satisfacción del usuario se consolida como una forma de evaluar la calidad de la atención médica. ^(26,27)

2.2.7 Partes del fenómeno satisfacción

Es indudable que el largo camino para la satisfacción de las necesidades humanas no es fácil, ya que no siempre se satisfacen, de hecho, lo que se consigue la mayoría de las veces es la insatisfacción. Solamente la satisfacción de las necesidades es la que tiende a llevar a un cambio positivo en los sujetos. ^(28,29)



Partes del fenómeno de satisfacción

Una de esas necesidades ha evolucionado junto con el hombre hasta el presente: la necesidad de información que, aunque corresponde únicamente a uno de los tipos de necesidades que presenta el ser humano, se torna de vital importancia para la su pervivencia y el desarrollo de la sociedad en el mundo actual. ^(28,29)

Con respecto al concepto de satisfacción, Verdugo señala que es el hecho de dar solución a una duda o a una dificultad, aquietar y convencerse con una razón eficaz, la duda o la queja que se habían formulado. En este contexto se entiende la satisfacción como la razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria. ^(28,29)

Para satisfacer las necesidades de información una persona debe presentar un comportamiento informativo, como, por ejemplo: consultar a sus vecinos, ir a la biblioteca, dirigirse a un servicio de información o valerse de su experiencia. ^(28,29)

Son pocos los autores que han esbozado varios de estos factores entre los cuales se pueden mencionar algunos, como son: ^(28,29)

Con respecto a la información.

1. Disponibilidad.
2. Costo.
3. Calidad.
4. Accesibilidad.

Con respecto al usuario.

1. Madurez y experiencia del usuario en el uso de los recursos y fuentes informativos.
2. Especialización del usuario en el tema donde se enmarcan sus necesidades de información.
3. Conocimiento de las fuentes y recursos.
4. Idioma.
5. Impresiones subjetivas que posea el sujeto.

Line también menciona dos tipos de factores que afectan la satisfacción que puede tener el sujeto al buscar la información que cubra sus necesidades de información: ^(28,29)

Factores independientes del servicio bibliotecario y de información:

1. Volumen de los documentos publicados en el tema.
2. Número de usuarios potenciales relacionados con el servicio bibliotecario y de información.
3. Cobertura bibliográfica y documental de las obras publicadas (difusión).
4. Bibliografía que se le proporciona al sujeto.

Factores dependientes del servicio bibliotecario y de información:

1. Expectativa de respuesta positiva por parte del servicio.
2. Expectativa de suministrar la información y los documentos en el plazo de tiempo adecuado.
3. Capacidad para localizar las obras o documentos.
4. Uso de todos los recursos del sistema de información
5. Costo. ^(28,29)

El análisis de los factores dependientes del usuario, de la unidad de información (recursos) y de las propias fuentes (documentos: libros, revistas, etcétera), podrán ayudar a la evaluación de la satisfacción de los sujetos o usuarios de cualquier sistema de información o, de forma generalizada, de cualquier sujeto que tenga necesidades de información y se encuentre en el proceso de buscar su satisfacción.

Se puede establecer que los factores que dependen de la unidad de información (recursos) y de las fuentes (monográficas, periódicas, etcétera) se suman a los factores externos e internos que impactan todo el fenómeno de las necesidades de información. ^(28,29)

2.2.7.1 Los elementos de la satisfacción

Según Applegate existen cuatro elementos en la evaluación de la satisfacción: la relevancia, la pertinencia, la precisión y la compilación o recopilación. ⁽³⁰⁾

2.2.7.2 La evaluación de la satisfacción

La aplicación de encuestas como una técnica para evaluar o medir la satisfacción o la insatisfacción puede ser vista como una de las posibilidades para obtener información acerca de la naturaleza y resultados de la utilización, por parte de los usuarios. ⁽³⁰⁾

También la utilización de las encuestas y métodos cuantitativos es común en la evaluación de bibliotecas; sin embargo, este método ha sido criticado en varios campos.

2.2.7.3 Satisfacción del usuario como indicador de calidad

La gestión del cuidado debe ofrecerse en un marco de garantía de calidad que los haga competitivos, que satisfagan las necesidades de los clientes y al mismo tiempo del personal de enfermería que trabaja en la unidad asistencial para que se sienta satisfecho de su labor. Ahora el paciente se ha convertido en el principal centro e impulso para elevar la calidad de los servicios sanitarios, por lo que su grado de satisfacción es el indicador fundamental de la calidad asistencial. ⁽³⁰⁾

La práctica de medir la satisfacción del paciente se ha convertido en un medio de valoración general de los servicios de salud, por ello esta verificación debe ser válida y confiable para permitir a partir de ella generalizar los resultados. ⁽³⁰⁾

Para Deming la calidad significa cumplir con las expectativas del usuario, es el hecho de proporcionarle satisfactores adecuados a sus necesidades, con una filosofía básica de administración, una nueva forma de trabajar donde prevalece el respeto, confianza y trabajo en equipo. ⁽³⁰⁾

La calidad total es una forma de gestión que introduce el concepto de mejora continua en cualquier organización y en todos sus niveles, por tanto, la gestión de calidad total es el conjunto de técnicas de organización orientadas a obtener un alto nivel de calidad en la estructura, los procesos y resultados. ⁽³⁰⁾

Los servicios sanitarios son de calidad cuando carecen de deficiencia y satisfacen las necesidades del usuario interno y externo. Una asistencia sanitaria de calidad es la aplicación correcta, en la asistencia de los pacientes, de los principios esenciales de las ciencias

médicas, al mismo tiempo que se equiparan los riesgos inherentes a cada actividad asistencial realizada a los beneficios que se esperan de ella. ⁽³⁰⁾

Al hablar específicamente de calidad en los centros asistenciales o sanitarios, debemos esperar que se alcance una calidad integral, en la cual se encuentra involucrada la calidad intrínseca, que se refiere a los procesos diagnósticos, terapéuticos o rehabilitadores, al profesionalismo y/o competencia de los prestadores de servicios y a la tecnología disponible para ello y la calidad percibida, valorada fundamentalmente por los usuarios y que es determinada por condicionantes de la satisfacción del usuario, como son: equidad, fiabilidad, efectividad, buen trato, respeto, información, continuidad y confortabilidad.

1. Equidad, es la atención igualitaria con las mismas oportunidades de recibir asistencia.
2. Fiabilidad, significa que se lleve a cabo de manera fiel e íntegra la atención que se otorga, sin fallas, errores o demoras que pueden desvalorizar internamente a todos los profesionales o algunos profesionales que intervienen en su atención.
3. Efectividad, en la resolución de su problema de salud y la posible influencia que tienen en la misma los cuidados ofrecidos por todo el personal de enfermería.
4. Buen trato, percibido a lo largo del contacto que ha mantenido el usuario con todo el personal del centro hospitalario.
5. Respeto hacia las características personales de todos y cada uno de ellos.
6. Información, que sea completa, verídica y que le permita un conocimiento del entorno en el que se encuentra, derechos y deberes que le asisten durante su hospitalización. También se relaciona con la información que le permite tomar decisiones respecto a los cuidados que van a recibir o alternativas clínicas sobre su tratamiento.
7. Continuidad en el seguimiento del proceso del cuidado con apertura de canales de comunicación.
8. Confortabilidad, relacionada al grado de confort y seguridad del entorno que se le ha ofrecido a lo largo de su estancia en el hospital o del servicio recibido. ^(31,32)

2.2.7.4 La comunicación en el ámbito de los servicios de salud

Los resultados de este estudio demuestran que la comunicación con los usuarios en los servicios de salud se relaciona de forma directa con la satisfacción general. Muchos de los

usuarios están insatisfechos con diferentes aspectos de la comunicación y los profesionales. El incremento, tanto a nivel educativo como de investigación, en la preocupación por este problema en los últimos años, no parece haber conducido a una mejora en la reducción de los niveles de insatisfacción de los pacientes. Además, existe evidencia de que aquellos pacientes que dicen haber recibido información sobre su condición presentan niveles de insatisfacción semejantes a los no informados. ^(31,32)

En el estudio se concluye que una buena comunicación entre el personal de la salud y los usuarios permite:

- Recoger una información completa, relevante y precisa, para realizar diagnósticos más acertados.
- Para detectar el distress emocional en los pacientes.
- Para que los pacientes estén satisfechos con los cuidados que reciben y estén menos ansiosos con su problema.
- Para que los pacientes estén conformes y sigan las recomendaciones terapéuticas y de salud. ^(31,32)

2.2.7.5 Indicadores basados en la opinión de los pacientes.

Si pensamos que la atención sanitaria está dirigida especialmente a mejorar la salud de las personas y de las comunidades, es natural que la opinión de los pacientes constituya uno de los indicadores principales de su calidad. En esto se basan los actuales esfuerzos hacia los llamados «sistemas orientados al cliente o la llamada «capacidad de reacción» a las expectativas de la población como cualidad importante de los sistemas de salud. ⁽³⁵⁾

Donabedian señalaba: «la satisfacción del paciente es de fundamental importancia como una medida de la calidad de la atención porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del paciente que son asuntos en los que éste es la autoridad última».

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Marco para el Desempeño de los Sistemas de Salud señala tres objetivos:

1. Mejoría de la salud de las poblaciones a las que sirven.
2. Responder a las expectativas no médicas de la población.

3. Proveer protección financiera contra el costo de la salud deteriorada.

Recientemente se han comenzado a desarrollar programas de evaluación de resultados, que incluyen la satisfacción del paciente y la mejoría subjetiva de los síntomas. Tres de los más conocidos son: el Cuestionario de Satisfacción del Cliente (Client Satisfacción Questionnaire, CSQ-8), el Inventario Breve de Síntomas (Brief Symptom Inventory, BSI)⁴⁰ y la Encuesta Corta de Salud MOS 36 (MOS 36- Item Short Form Health Survey, SF-36).^(31,32)

El primero (CSQ-8) se basa en 8 preguntas que deben responder los pacientes al final de su estadía en el hospital sobre la base de una escala análogo-visual. Cada pregunta se evalúa entre 0 y 4 puntos y la satisfacción está directamente relacionada con el número de puntos, de modo que la suma de lugar a una variable semicuantitativa que toma valores entre 8 y 32 puntos.^(31,32)

El segundo (BSI) ha sido concebido para servicios psiquiátricos, está formado por 32 preguntas que versan sobre la capacidad para realizar determinadas actividades. Para cada pregunta el paciente deberá contestar con una de 5 posibilidades que van desde «ninguna dificultad» (0 puntos) hasta «con dificultad extrema» (4 puntos).^(31,32)

El tercero (SF-36) es similar al anterior, pero está concebido para servicios generales (no psiquiátricos). Tanto el BSI como el SF-36 deben ser contestados por el paciente al ingreso y al egreso de manera que se pueda evaluar el cambio (supuestamente mejoría) como una diferencia en el estado de salud percibido por el paciente.^(31,32)

Las limitaciones de las evaluaciones de desempeño a partir de la opinión de los pacientes estarían dadas por el hecho de que muchas veces deben ser los mismos médicos los que realizan o controlan la recogida de la información y porque el llenado voluntario de los cuestionarios conduce a tasas de no-respuesta que pueden ser altas.^(31,32)

2.2.8 Atención hospitalaria

A partir de la década de los sesenta se incorporan otros aspectos como son la proyección y la extensión del servicio de emergencia hacia la comunidad.⁽³³⁾

La proyección de la unidad de cuidados intensivos hacia la comunidad se logra con la conformación de los equipos de atención y traslado prehospitalario, constituidos por recursos humanos, vehículos, equipos; sistemas de comunicación, transmisión biomédica y con la creación de la Medicina de Emergencia como especialidad. ⁽³³⁾

2.2.8.1 Familiares de pacientes

La familia es una institución social que aparece en todas las sociedades conocidas, constituyendo una comunidad unitaria y total para los individuos que la integran.

Ella se constituye en una unidad, en un organismo vivo indispensable para la identidad social de los individuos existe como un proceso social para la diferenciación, individualización, el amor, el cuidado, la formación solidaria para la existencia humana. ⁽³³⁾

2.2.8.2 Las familias en la conversación familiar.

El lenguaje como fenómeno de la vida pertenece a la historia evolutiva de los seres humanos. Lo que sabemos hoy con respecto al desarrollo emocional es que los humanos nacemos con un repertorio de emociones. ⁽³⁴⁾ Podemos decir que un niño al momento de nacer tiene un repertorio de emociones básicas potencialmente listas, completas. Ahora, estas emociones van a tomar forma a través de la experiencia inmediata, que están asociados a los procesos de vinculación con las figuras de referenciales. Sobre la base de las características emotivas de la persona que ejerce el vínculo, ciertas tonalidades emotivas serán más seleccionadas que otras. Por ejemplo, en una madre muy preocupada y asustada por la salud de su hijo, aquí la tonalidad emotiva de miedo será mucho más desarrollada y vivida que las otras. Otra madre que nunca está presente o que no acude a los llamados de su hijo, la tonalidad de pérdida, abandono y desamparo serán seleccionadas en él. Pero estas emociones se irán desarrollando de una manera diferente a los pensamientos, cuya forma es secuencial y lineal. El desarrollo de las emociones es por semejanza analógica. ⁽³⁵⁾

Las necesidades familiares son carencias que se necesitan satisfacer y son precisas para la subsistencia de la familia. Philip Kotler define las necesidades humanas como estados de carencia percibidas. Incluye necesidades básicas de alimentos, ropa, calor y seguridad; necesidades sociales de pertenencia y afecto y necesidades individuales de conocimiento y autoexpresión. ⁽³⁵⁾

Maslow argumenta que es fácil entender que diferentes sistemas terapéuticos puedan ser igualmente eficaces, señala que las necesidades básicas solo se satisfacen interpersonalmente. Estas incluyen la satisfacción de las necesidades en la jerarquía de Maslow: fisiologías, de seguridad, de pertenencia, de amor y de autoestima.

Por su parte, Jessica Meléndez clasifica las necesidades de la familia del paciente crítico; ella menciona que la persona enferma puede incrementar sus necesidades las cuales vienen determinadas por la presencia de un gran impacto emocional, condicionado por la aparición de múltiples temores. Además, muchas de las reacciones emocionales que aparecen durante la hospitalización del neonato son normales como la ansiedad, la tristeza, la rabia, la agresividad, la angustia, el aislamiento y el sentimiento de culpa son generadas por la situación que se está viviendo. ⁽³⁶⁾

2.3. Marco Contextual

2.3.1. Reseña sector.

El Ensanche La Fé es un sector ubicado en el Distrito Nacional, Santo Domingo, República Dominicana. El origen del nombre del sector se origina de la Inmobiliaria La Fe, anterior propietaria de los terrenos. El sector es limitado al norte con la Avenida Pedro Livio Cedeño, avicinando con el Barrio de Cristo Rey; al sur con la Avenida San Martín, avicinando con el Ensanche Kennedy; al oeste con la calle Juan T. Mejía y Cotes, avicinando con el sector de Arroyo Hondo; y al este con la Avenida Máximo Gómez, avicinando con el sector de Villa Juana. Fundado en el año 1942 por el dictador Rafael Leónidas Trujillo Molina para la construcción de un acueducto. El Hospital general de la Plaza de la Salud está ubicado en este sector.

2.3.2. Reseña institucional

La investigación fue realizada en la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente, en el Hospital General de la Plaza de la Salud. Esta institución inició a proporcionar sus servicios a la población en agosto 10, 1996. Dicha unidad es de carácter cerrada con una capacidad total de nueve camas en cuyos espacios constan de todas las herramientas necesarias para la monitorización continua de manera invasiva, así como no invasiva. Igualmente posee ventiladores por cada cama, equipos de ecografía y videoendoscopio para fines de realizar procedimientos diagnósticos a la cabecera del paciente.

Este Hospital tiene tres extraordinarias maneras de ser responsable y una institución ejemplar:

MISIÓN: Brindar atención médica integral con los más altos niveles de excelencia, basada en la investigación y actualización científica constante, soportada por un equipo humano altamente calificado y motivado.

VISIÓN: Ser la primera institución de atención integral a la salud, con alta calidad humana.

VALORES:

Equidad, solidaridad y universalidad del servicio.

Sentido de innovación.

Vinculación y lealtad de los empleados con la organización.

Respeto hacia los valores éticos y la dignidad humana.

2.3.3. Marco espacial.

El estudio será realizado en el Hospital General de la Plaza de la Salud, el cual se encuentra ubicado en la Av. Ortega y Gasset, Ensanche la fe, Santo Domingo. El mismo está delimitado al Norte por la Calle Recta Final; al Sur por la Calle coronel Rafael Fernández Domínguez; al Este por la Av. Ortega y Gasset y al Oeste por la Calle Pepillo Salcedo.

CAPÍTULO III.
DISEÑO METODOLÓGICO

CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, tipo encuesta transversal, donde se tomarán las opiniones de los familiares de los usuarios atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo abril-junio de 2022, para evaluar la satisfacción de estos e identificar aspectos a mejorar.

3.2. Variables y su Operacionalización

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Nivel de Satisfacción	Nivel de del estado de ánimo de una persona que resulta de comparar el rendimiento percibido de un producto o servicio con sus expectativas.	Alto \geq 55 % Medio 41-54 % Bajo 13-40 %	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del estudio.	Años cumplidos	Ordinal
Sexo	Estado fenotípico condicionado genéticamente y que determina el género al que pertenece un individuo.	Femenino Masculino	Nominal
Nivel de instrucción	Grado de escolaridad alcanzado por los encuestados	Analfabeto Primaria Secundaria Universitaria	Nominal
Familiaridad con el paciente de la persona encuestada	Trato sencillo, natural y sin protocolos sociales hacia otras personas, pero que mantiene un contacto respetuoso y cálido.	Amigo (a) Esposo (a) Hermano (a) Hijo (a) Padre/madre	Nominal

		Relacionado (a)	
Nivel de ingresos	Es una variable que resulta fundamental para establecer la capacidad adquisitiva de la demanda potencial, así como para determinar desequilibrios de mercado o indicadores de esfuerzo financiero necesario	Menor de RD\$ 10 000 pesos RD\$ 11 000 - 20 000 pesos RD\$ 30 000 - 50 000 pesos RD\$ 50 000 - 100 000 pesos Mayor de 100 000 pesos	Ordinal
Motivación de traer el paciente al hospital	Motivos por las cuales solicitar intervención médica.	Cerca donde vive No sabe Por recomendación Por ser paciente del hospital	Nominal
Tiempo de espera en la emergencia o sala clínica hasta el ingreso a UCI	tiempo de espera para recibir atención como aquel que transcurre desde la hora de la cita programada o de la solicitud de atención por el usuario, hasta que es atendido por el médico del servicio.	Excelente (<de 2 horas) Muy bueno (2 a 4 horas) Bueno (4 a 12 horas) Regular (12 a 24 horas) Malo (> de 24 horas)	Nominal
Motivo de ingreso	Este ocurre cuando el paciente necesita de una asistencia inmediata, a causa del surgimiento repentino de una enfermedad grave o un accidente.	Complicación de una de las anteriores Enfermedad no quirúrgica Enfermedad quirúrgica	Nominal

3.3 Métodos, técnicas de investigación e instrumentos de recolección de datos

Se aplicó una encuesta de opinión a una muestra de familiares de usuarios atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente del Hospital General de la Plaza de la Salud durante el periodo abril-junio 2022, donde recogeremos su percepción sobre las características de la atención ofrecida y sus opiniones sobre la misma. Utilizaremos una encuesta de preguntas cerradas sobre las variables del estudio, medidas según la escala de Likert.

3.4 Consideraciones éticas

Durante el estudio se respetó la confidencialidad de los pacientes y sus familiares, siguiendo la normativa legal sobre la confidencialidad de los datos. Se solicitó autorización al por el Departamento de Enseñanza, Gerencia de la Unidad de Cuidados Intensivos, así como al Comité de Ética e Investigación del Hospital para su aprobación.

Los familiares encuestados, participaron de manera voluntaria y de forma confidencial, se le presentó un consentimiento informado indicando el objetivo y utilidad de la encuesta.

3.5 Selección de población y muestra.

La unidad de análisis es el familiar del usuario atendido en la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente durante los meses de abril a junio del 2022 y que estuvo de acuerdo en participar. Se aplicó durante estos meses, tomados de manera aleatoria una de las tres tandas de trabajo. Se obtuvo un total de 80 encuestados.

3.6 Análisis Estadístico:

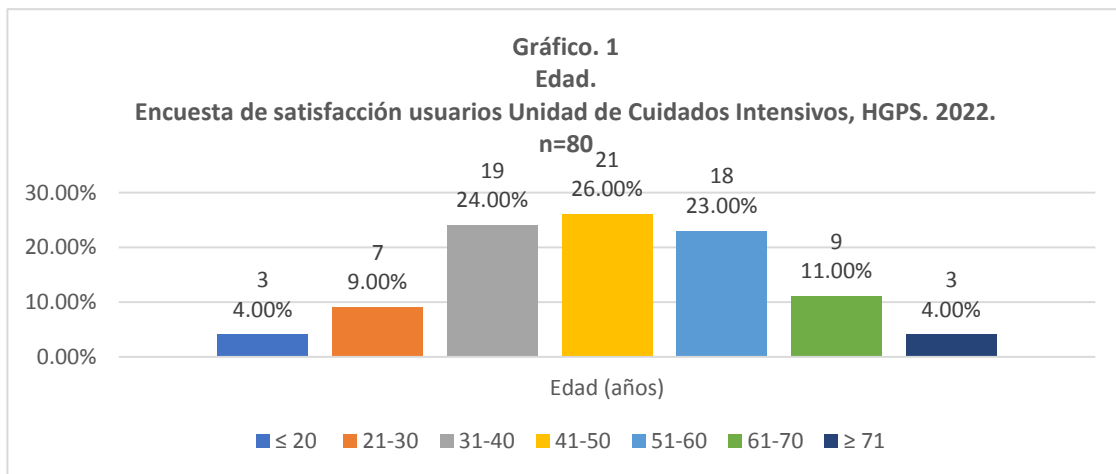
Se creó una base de datos en Epi-Info versión 7.2.5 para el registro de las encuestas, se presentaron los principales hallazgos en forma de cuadros y gráficos. Estableceremos además los niveles de satisfacción según escala establecida, identificando las características de los encuestados y su nivel de satisfacción.

CAPITULO IV. RESULTADOS

CAPITULO IV. RESULTADOS

4.1. GRAFICAS

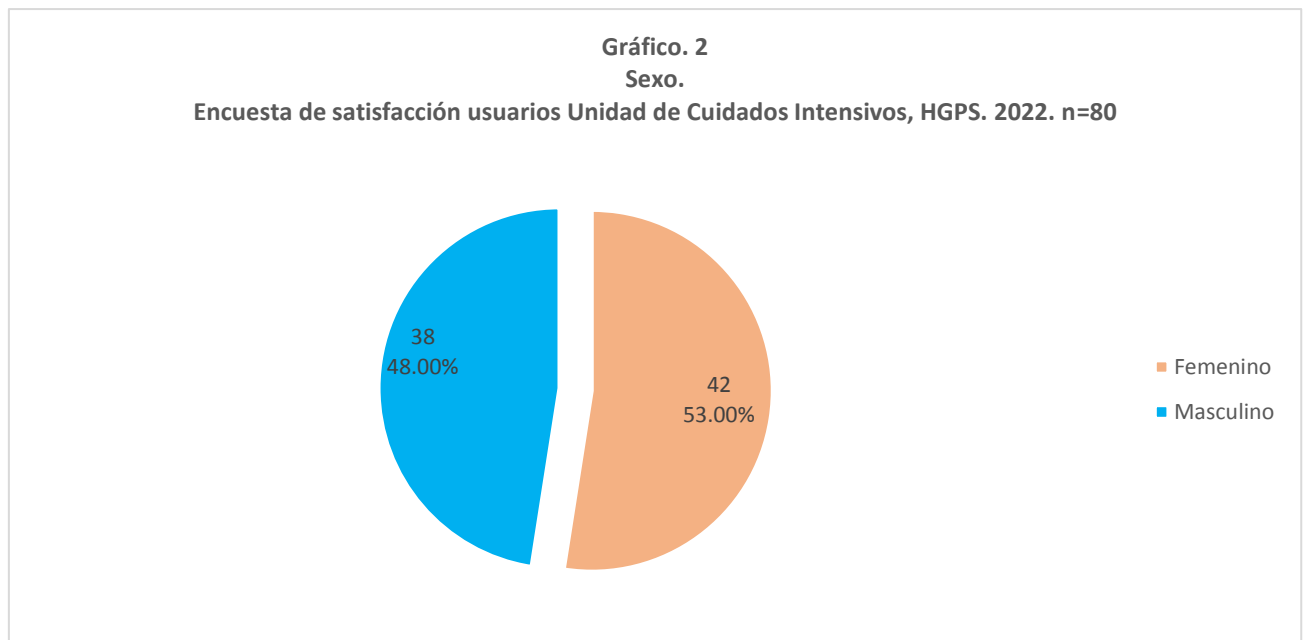
Gráfico 1. Edad.



Fuente: Tabla 1.

Edad. -La edad promedio de los pacientes incluidos fue de 41-50 años con un rango menor e igual de 20 años hasta mayor e igual 71 años, estos resultados se presentan en la tabla 1 (Ver anexos).

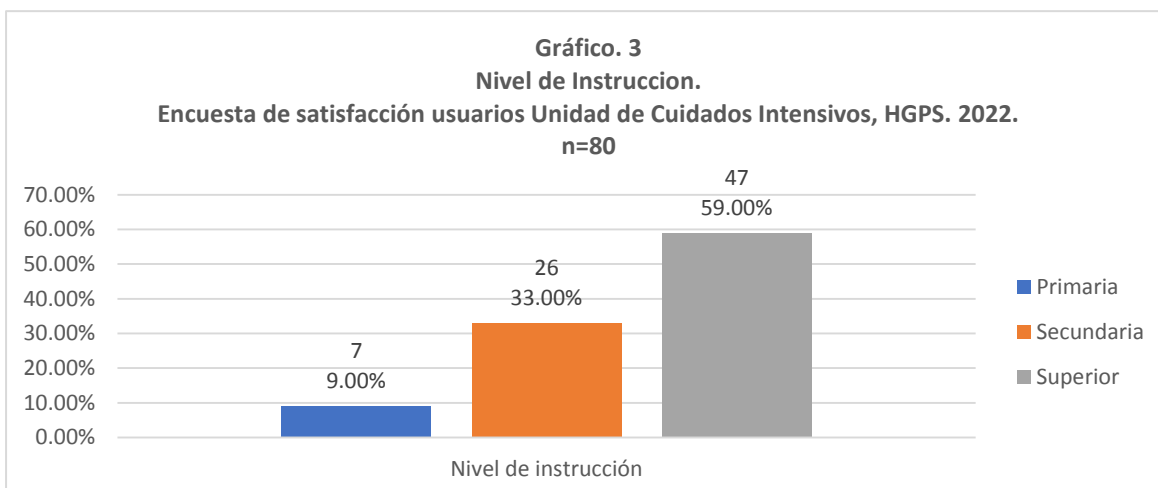
Gráfico 2. Sexo



Fuente: Tabla 2.

Sexo. -En cuanto al sexo la distribución fue de 38 encuestados masculinos (48%) y 42 encuestadas femeninas (53%), lo cual se presenta en la tabla 2 (Ver anexos).

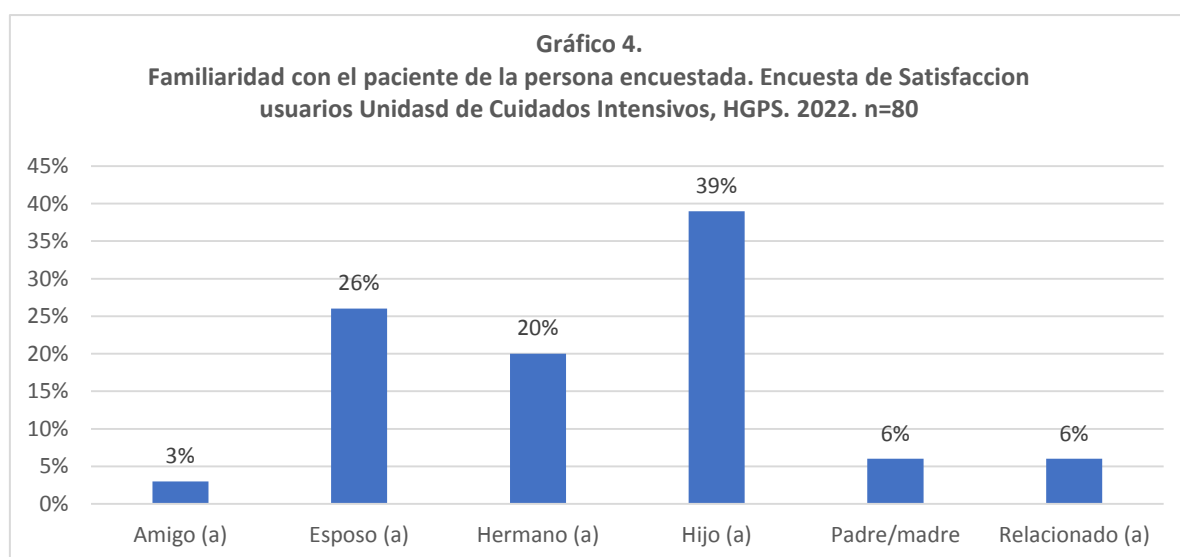
Gráfico 3. Nivel de Instrucción



Fuente: Tabla 3

Nivel de instrucción. -En lo que respecta al nivel de instrucción la distribución fue de 47 con estudios de nivel superior (59%), 26 con nivel medio (33%) y 7 con formación a nivel de escolaridad primaria (9%), lo cual se presenta en la tabla 3 (Ver anexos).

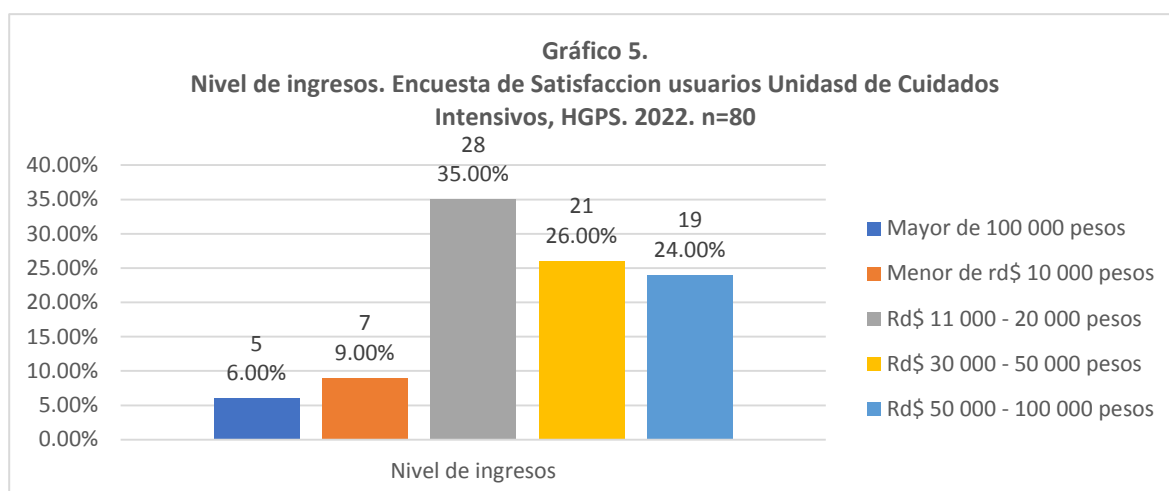
Gráfico 4. Familiaridad con el paciente de la persona encuestada



Fuente: Tabla 4.

Familiaridad con el paciente. -La familiaridad con el paciente de mayor frecuencia corresponde a los hijos de los pacientes con 31 (39%), seguido de los conyugues 21 (26%), hermanos 16 (20%), padres 5 (6%), relacionado 5 (6%) y amigos 2 (3%) lo cual se presenta en la tabla 4 (Ver anexos).

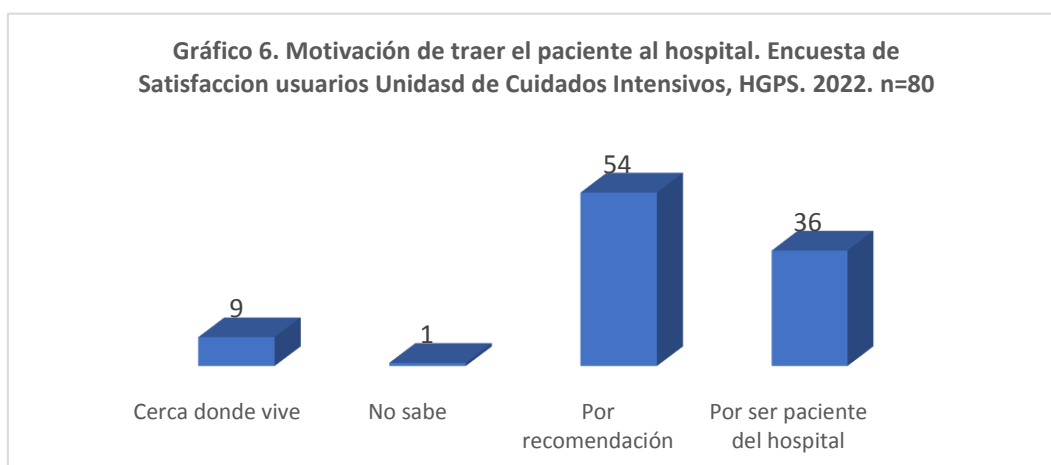
Gráfico 5. Nivel de ingresos



Fuente: Tabla 5.

Nivel de ingresos. -En cuanto a lo que respecta al nivel de ingresos económicos se aprecia que el rango se aprecia una mayor frecuencia entre los rangos de 11, 000 a 20,000 pesos, seguido de del rango de 30,000 a 50,000 pesos, luego el rango que va de 50,000 a 100,000 pesos, después aquellos con menor de 10,000 pesos y finalmente el rango de mayor de 100,000 pesos, lo cual se presenta en la tabla 5 (Ver anexos).

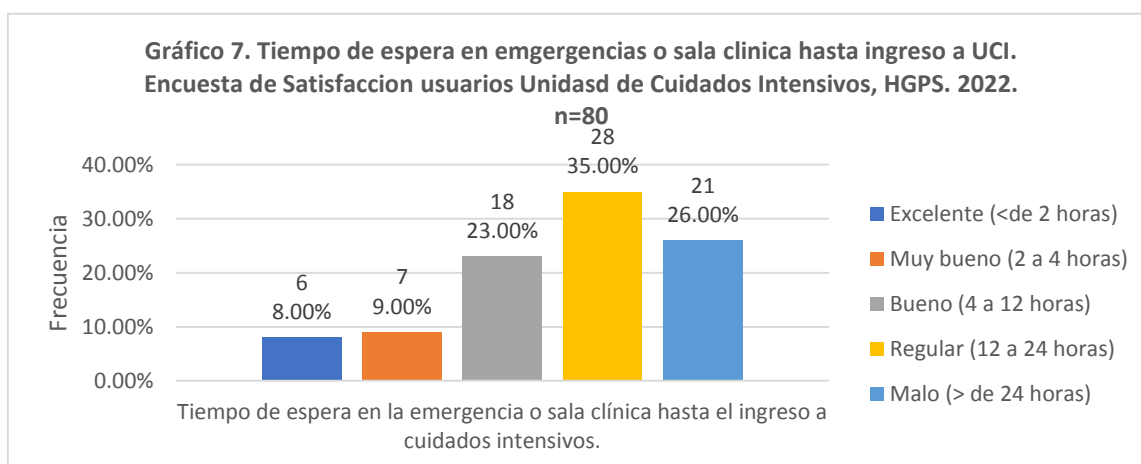
Gráfico 6. Motivación de traer el paciente al hospital.



Fuente: Tabla 6.

Motivación de traer el paciente al hospital. -En lo concerniente a las motivaciones de traer el paciente al hospital destaca por recomendación con 43 (54%), seguido de por ser paciente del hospital con 29 (36%), cerca de donde vive con 7 (9%) y no sabe con 1 para (1%), lo cual se presenta en la tabla 6 (Ver anexos).

Gráfico 7. Tiempo de espera en emergencia o sala clínica hasta ingreso a UCI.

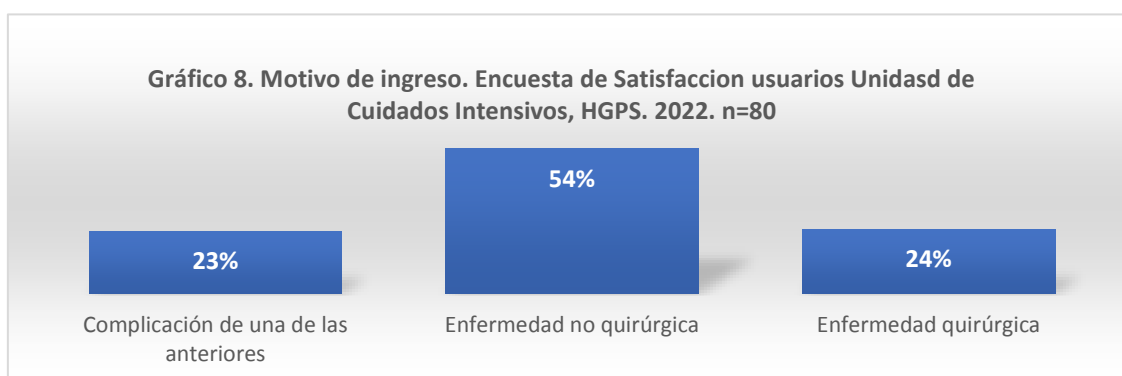


Fuente: Tabla 7.

Tiempo de espera en la emergencia o sala clínica hasta el ingreso a cuidados intensivos.

-En lo que tiene que ver con el tiempo de espera en emergencias o sala clínica hasta el ingreso a cuidados intensivos destaca la valoración de regular de 12 a 24 horas con una frecuencia de 28 (35%), seguido de la valoración de malo, es decir más de 24 horas con una frecuencia de 21 (26%), luego la valoración de bueno, dígame de 4 a 12 horas con una frecuencia de 18 (23%), seguido de muy bueno de 2 a 4 horas con una frecuencia de 7 (9%) y finalmente la valoración de excelente de menor de 2 horas con una , lo cual se presenta en la tabla 7 (Ver anexos).

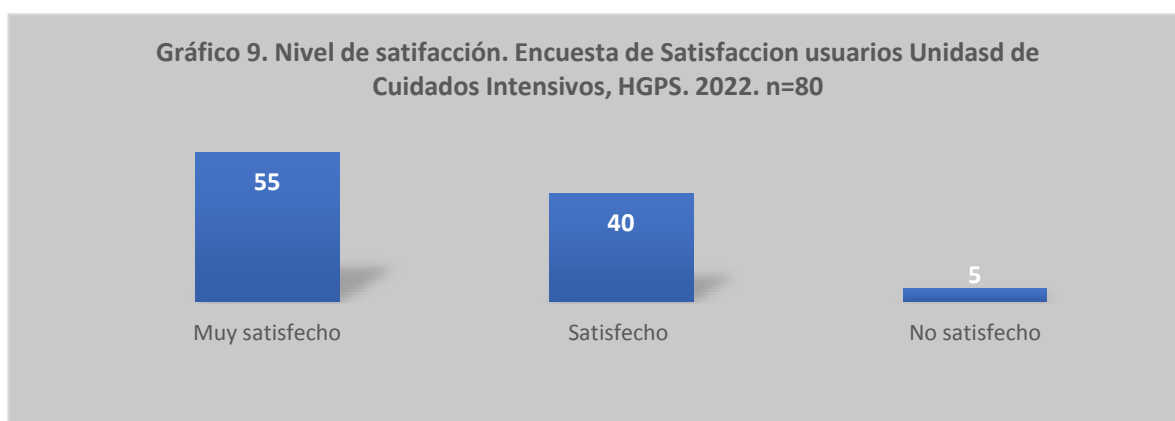
Gráfico 8. Motivo de ingreso.



Fuente: Tabla 8.

Motivo de ingreso. -Con relación al motivo de ingreso se aprecia en mayor proporción las enfermedades no quirúrgicas 43 (54%), seguido de enfermedad quirúrgica 18 (24%), y finalmente complicaciones de una de las anteriores 18 (23%), lo cual se presenta en la tabla 8 (Ver anexos).

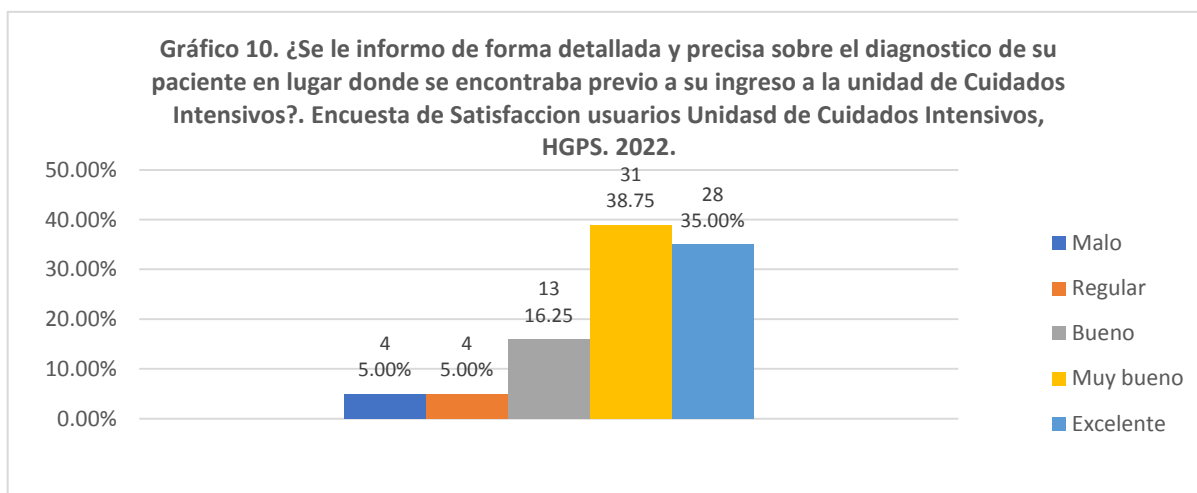
Gráfico 9. Nivel de satisfacción.



Fuente: Tabla 9.

Nivel de satisfacción. -En lo que respecta al nivel de satisfacción, podemos apreciar que de los encuestados 44 (55%) estuvo muy satisfecho, 32 (40%) estuvo satisfecho y 4 (5%) estuvo no satisfecho, lo cual se presenta en la tabla 9 (Ver anexos).

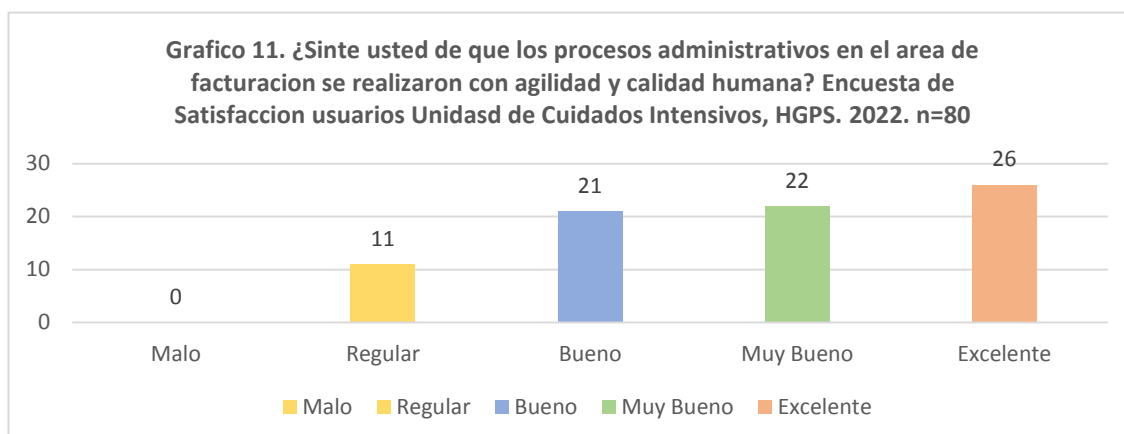
Gráfico 10. ¿Se le informo de forma detallada y precisa sobre el diagnóstico de su paciente en lugar donde se encontraba previo a su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos?



Fuente: Tabla 10.

En este aspecto se estableció que 31 (38.75%) respondió fue muy bueno, 28 (35%) excelente, 13 (16.25%) fue bueno, 4 (5%) consideró fue regular y finalmente 4 (5) estableció fue malo, lo cual se presenta en la tabla 10 (Ver anexos).

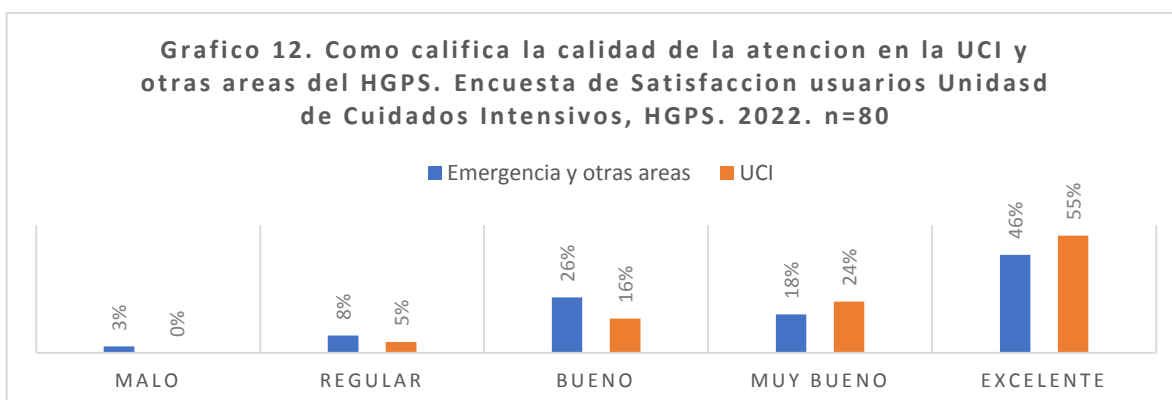
Gráfico 11. ¿Siente usted que los procesos administrativos en el área de facturación se realizaron con agilidad y calidad humana?



Fuente: Tabla 11.

¿Siente usted que los procesos administrativos en el área de facturación se realizaron con agilidad y calidad humana? En lo que tiene que ver con los procesos administrativos y de facturación se aprecia que 26 (33%) valoró el proceso como excelente, 22 (28%) muy bueno, 21 (26%) bueno, 11 (14%) regular, y malo 0%, lo cual se presenta la tabla 11 (Ver anexos).

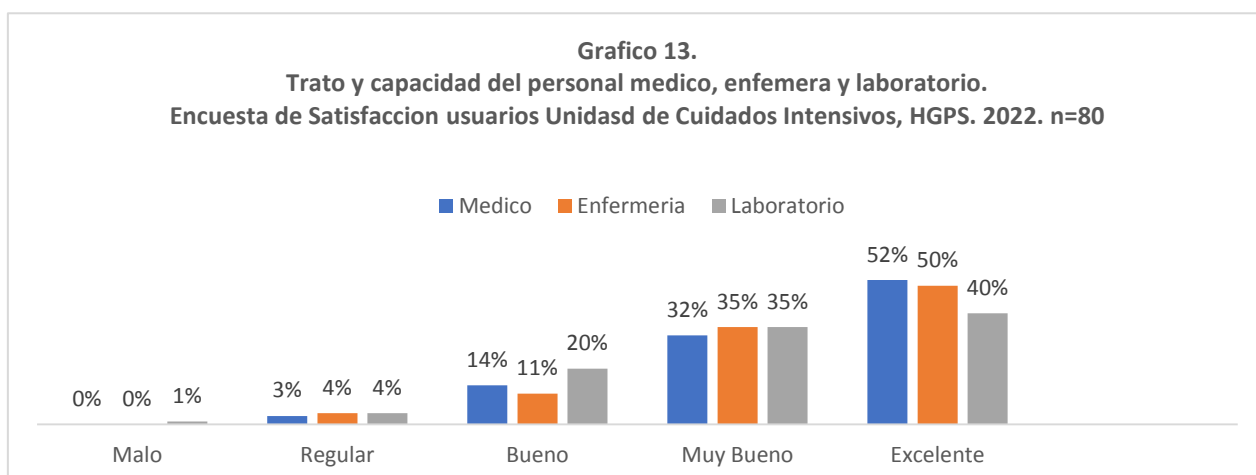
Gráfico 12. Como califica la calidad de la atención en la UCI y otras áreas del HGPS.



Fuentes: Tablas 12 y 13

La calidad de la atención tanto en la UCI como y otras áreas es valorada como excelente como en Emergencias otras áreas, así como la UCI para una valoración de los encuestados de 44 (55%) y 37 (46 %) respectivamente, lo cual aparece en las tablas 12 y 13. (Ver anexos)

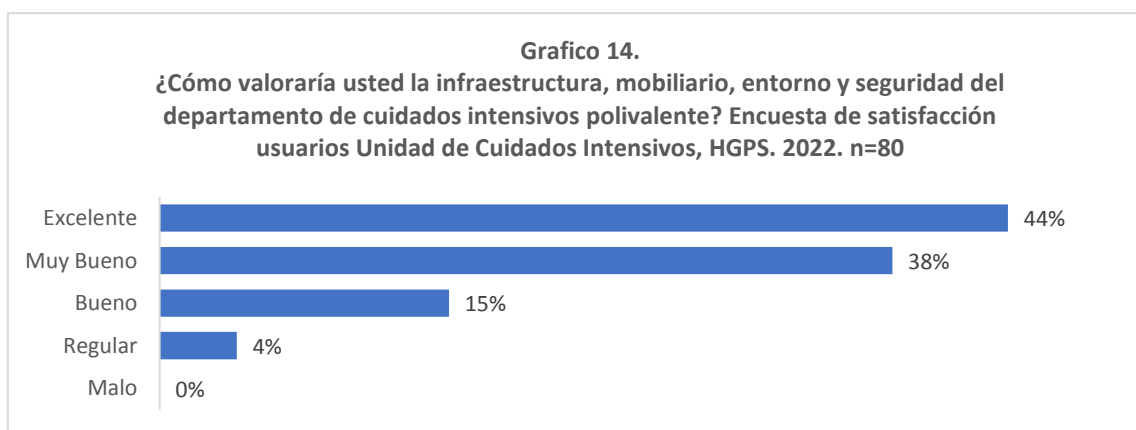
Gráfico 13. Trato y capacidad del personal médico, enfermería y laboratorio.



Fuentes: Tablas 14, 15 y 16

En lo que respecta al trato y capacidad del personal médico, enfermería y laboratorio podemos apreciar que la valoración es excelente en cada uno de estos aspectos con valores de (52%), (50%) y (40%) respectivamente, lo cual se puede ver en las tablas 14, 15 y 16 (Ver anexos).

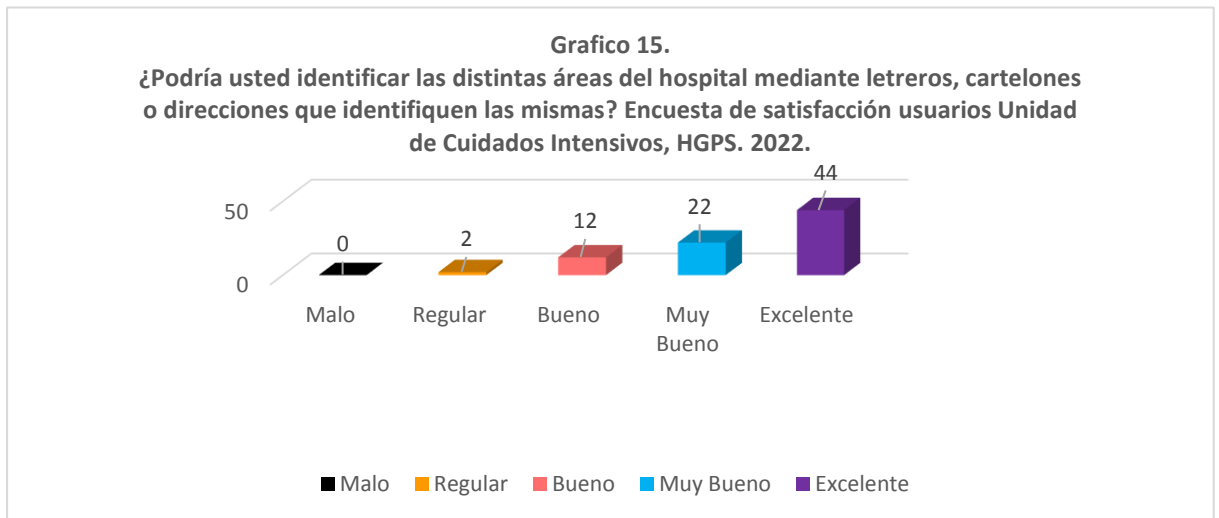
Gráfico 14. ¿Cómo valoraría usted la infraestructura, mobiliario, entorno y seguridad del departamento de cuidados intensivos polivalente?



Fuente: Tabla 17.

Con respecto la parte de infraestructura, mobiliario, entorno y seguridad del departamento de Cuidados Intensivos Polivalente, encontramos que 35 (44 %) valora estos aspectos como excelentes, lo cual se aprecia la tabla 17.

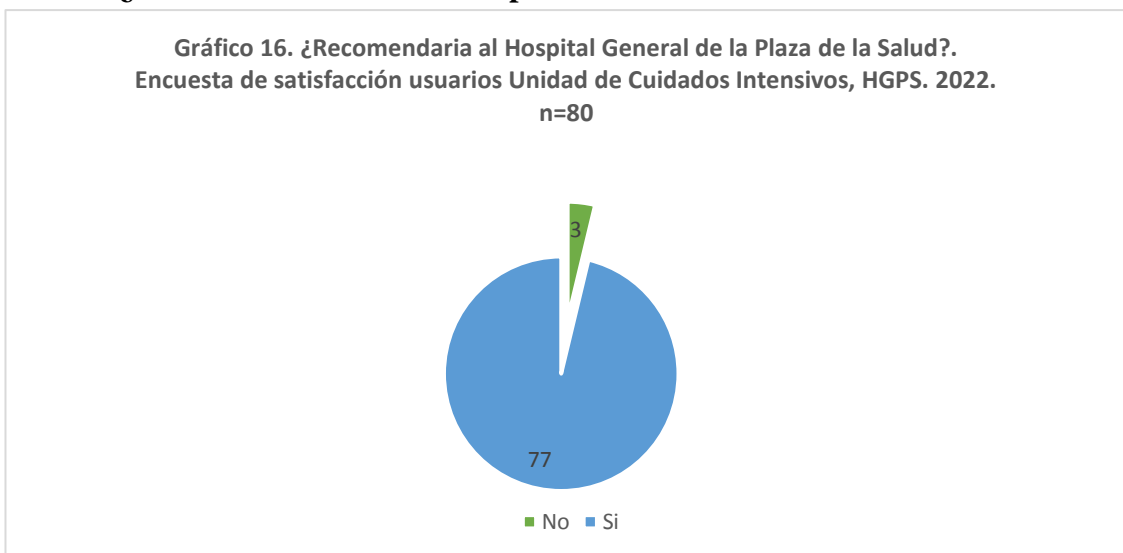
Gráfico 15. ¿Podría usted identificar las distintas áreas del hospital mediante letreros, cartelones o direcciones que identifiquen las mismas?



Fuente: Tabla 18.

En lo relacionado a este aspecto se pudo constatar que 44 (55%) lo valora como excelente, 22 (27.9%) lo estableció como muy bueno, 12 (15%) argumentaron era bueno, 2 (2.5 %) regular, como se puede apreciar en la tabla 18 (Ver anexos).

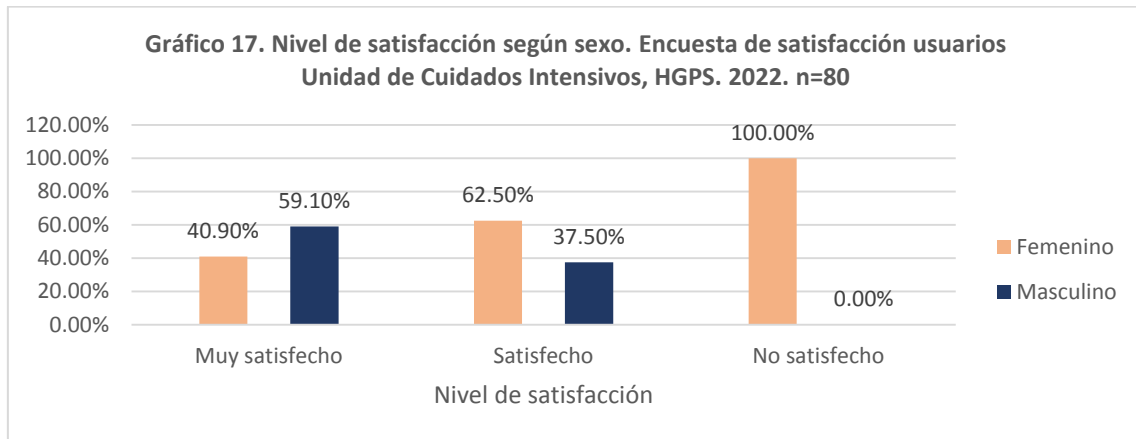
Gráfico 16. ¿Recomendaría usted al Hospital General de la Plaza de la Salud?



Fuente: Tabla 20.

Sobre el particular de si recomendasen al Hospital General de la Plaza de la Salud 77 (96%) afirman que recomendarían al hospital, tal como se puede apreciar en la tabla 16 (Ver anexos).

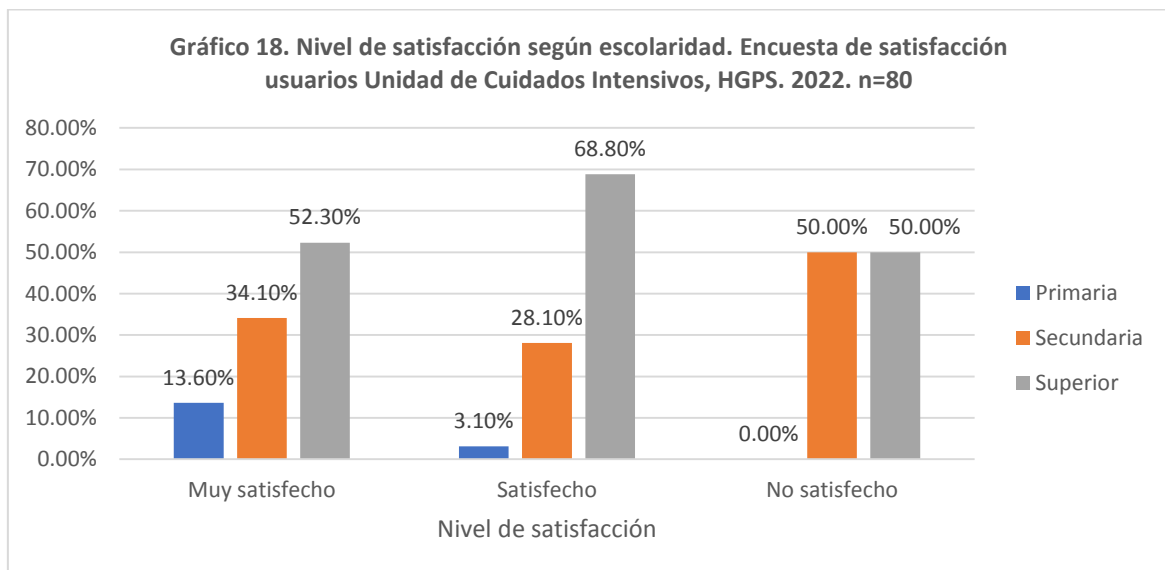
Gráfico 17. Nivel de satisfacción según sexo.



Fuente: Tabla 21.

En este aspecto se pudo establecer que el sexo masculino estuvo satisfecho el 96.6 %, tal como se puede apreciar en la tabla 21 (Ver anexos).

Gráfico 18. Nivel de satisfacción según escolaridad.



Fuente: Tabla 22.

En respecto lo que tiene que ver al nivel de satisfacción en los pacientes según su escolaridad destaca la superior quienes estuvieron satisfechos en el 68.8 %, como se puede apreciar en la tabla 22 (Ver anexos).

CAPÍTULO V.
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

5.1. Comprobación de los objetivos.

Con relación a la edad, se puede apreciar en el nuestro estudio que el rango etario predominante fue entre 41-50 años para un 26.5%, siendo el rango menor 20 años y el mayor más de 71 años. Estos valores contrastan con el estudio realizado por Kate Kynoch y Fiona Coyer, en Australia, donde la edad promedio comprendió los 49 años, el rango menor 18 años y el mayor 96 ⁽³⁷⁾

El género más frecuente de los encuestados con 42 para el 53 % correspondió al sexo femenino, lo cual se asemeja al estudio publicado por Yabkub, y Maryam Esmaili en el estudio “Creencias y actitudes de los miembros de la familia hacia la política de visitas en las unidades de cuidados intensivos de Ghana” donde se propuso investigar las creencias y actitudes de los familiares frente a las políticas de la UCI, siendo así el sexo femenino igual de preponderante con 61 % de los participantes del estudio. ⁽³⁸⁾

El nivel de educación al momento de estimar el grado de satisfacción es determinante, ya que podría definir las exigencias y expectativas que los acompañantes o familiares de los pacientes tienen acerca de los servicios de los servicios brindados. En este estudio realizado en Brasil por Dias, Souza y Rego sobre el nivel de satisfacción de familiares de pacientes críticos en el hospital público Geral do Grajau los familiares poseían un nivel de educación primaria siendo la mayoría en un 37.1 por ciento, contrastando en este estudio en donde la educación superior fue mayor en un 58.75 por ciento, pudiendo deberse el mismo al tipo de servicio de ambos hospitales. ⁽³⁹⁾

En este estudio brasileño también se evaluó el motivo de los pacientes más frecuente en la unidad de cuidados intensivos siendo la causa no quirúrgica la más frecuente en un 82.9 por ciento liderada por la septicemia al igual que en estudio cuyo motivo de ingreso fue representado por las enfermedades no quirúrgicas en un 53.75 por ciento. ⁽³⁹⁾

Un punto importante y a tomar en cuenta es la información que se le provee a los acompañantes sobre el estado general y los procesos que se ejecutarán con sus pacientes durante su estancia hospitalaria en donde el 38.75 por ciento de los encuestados considera que la emisión de la información es *Muy buena*. Ante este resultado se realiza una

comparativa con un estudio realizado en Reino Unido por Ferrano, Goul y colaboradores en donde la satisfacción con la información que les era proporcionado fue de un 76 por ciento.⁽⁴⁰⁾

El tiempo de traslado de los pacientes en estado crítico desde el servicio de urgencias (ED) a la unidad de cuidados intensivos (UCI) debe ser mínimo; sin embargo, algunos factores prolongan el tiempo de transferencia, Se realizó un diseño de estudio transversal del 13 de enero al 12 de abril de 2020 en el departamento de emergencias del Hospital Especializado Tikur Anbesa. Del total de 102 pacientes en estado crítico que necesitan ingreso en la UCI, el 84,3 % de ellos tuvo estadías prolongadas en el servicio de urgencias. La mediana de estancia en urgencias fue de 13,5 horas. Dicho estudio guarda relación con nuestra investigación pues el tiempo promedio oscilo entre 12 y 24 horas conformado por 28 (35 %) para una valoración regular.⁽⁴¹⁾

En respecto al nivel de satisfacción en los pacientes con ingresos entre 11 mil a 20 mil pesos dominicanos se sientes muy satisfechos en el 38.6 por ciento de los casos. Relacionándose al estudio realizado por C. Padilla-Fortunatti, N. Rojas-Silva, M.C. Arechabala-Mantuliz en la Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile, Unidad de Paciente Crítico, Hospital Clínico UC-CHRISTUS, Santiago, Chile en el año 2018, donde el 45.9 por ciento de los pacientes con ingresos entre 10 a 15 mil pesos de ingresos se sienten muy satisfechos.⁽⁴²⁾

Un nivel de satisfacción bajo o alto puede estar influido en los ingresos que los usuarios tengan mensualmente ya que esto implicaría que los mismos exigen mayor eficiencia al costo que requiera. El grupo con mayor grado de satisfacción fue aquel cuyos ingresos oscilaban entre 11 mil a 20 mil pesos con un 38.64 por ciento al igual que en Etiopia en dónde según una revisión realizada por Sebsibie y colaboradores en donde el 68.5 por ciento de los encuestados que mostraron mayor satisfacción fueron los usuarios con ingresos menores al sueldo mínimo.⁴³

5.2. CONCLUSIONES.

- La edad promedio de los pacientes incluidos fue de 41-50 años con un rango menor e igual de 20 años hasta mayor e igual 71 años, estos resultados se presentan en la tabla 1.
- En cuanto al sexo la distribución fue de 38 encuestados masculinos (48%) y 42 encuestadas femeninas (53%), lo cual se presenta en la tabla 2.
- En lo que respecta el nivel instrucción la distribución fue de 47 con estudios de nivel superior (59%), lo cual se presenta en la tabla 3.
- La familiaridad con el paciente de mayor frecuencia corresponde a los hijos de los pacientes con 31 (39%), lo cual se presenta en la tabla 4.
- En cuanto a lo que respecta al nivel de ingresos económicos se aprecia que el rango se aprecia una mayor frecuencia entre los rangos de 11, 000 a 20,000 pesos, lo cual se presenta en la tabla 5.
- En lo concerniente a las motivaciones de traer el paciente al hospital destaca por recomendación con 43 (54%) lo cual se presenta en la tabla 6.
- En lo que tiene que ver con el tiempo de espera en emergencias o sala clínica hasta el ingreso a cuidados intensivos destaca la valoración de regular de 12 a 24 horas con una frecuencia de 28 (35%), lo cual se presenta en la tabla 7.
- Con relación al motivo de ingreso se aprecia en mayor proporción las enfermedades no quirúrgicas 43 (54%), lo cual se presenta en la tabla 8.
- En lo que respecta al nivel de satisfacción, podemos apreciar que de los encuestados 76 (95%) satisfecho, lo cual se presenta en la tabla 9.
- En respecto a si se le fue informado de forma detallada y precisa sobre el diagnóstico del paciente en el lugar donde se encontraba previo a su ingreso a la UCI, se estableció que 31 (39%) respondió fue muy bueno, lo cual se presenta en la tabla 10.
- En lo que tiene que ver con los procesos administrativos y facturación si fueron realizados con agilidad y calidad humana la satisfacción fue excelente 26 (33 %), lo cual se presenta en la tabla 11.
- Con relación a la calidad de la atención en la UCI y otras áreas del HGPS se estableció que fueron excelentes para 44 (55%) y 37 (46%) respectivamente, lo cual se establece en las tablas 12 y 13.

- Sobre la valoración del trato y las capacidades del personal médico de la UCI, personal de enfermería y laboratorio clínico los encuestados fueron valorados como excelentes considerando 52 % el personal médico, 50 % el personal de enfermería y el personal de laboratorio 40%, lo cual se presenta en las tablas 14, 15 y 16.
- Respecto a cómo se valora la infraestructura, mobiliario, entorno y seguridad de la UCI el nivel de satisfacción fue excelente 35 (44%), esto se presenta en la tabla 17.
- Concerniente a si los encuestados pueden identificar las diferentes áreas del hospital mediante letreros, cartelones o direcciones que identifiquen las mismas el nivel de satisfacción fue establecido como excelente 44 (55%), lo cual se presenta en la tabla 18.
- Sobre el aspecto de si firmaron los consentimientos informados, 100 % de los encuestados los firmo, lo cual se aprecia en la tabla 19.
- Con relación a si los encuestados recomendarían al HGPS 77 (96 %) afirmo que lo recomendarían, esto se presenta en la tabla 20.
- Respecto al nivel de satisfacción cruzado con el sexo se puede apreciar que el sexo masculino estuvo muy satisfecho 59.1 %, esto se presenta en la tabla 21.
- En lo que tiene que ver con el nivel de satisfacción con respecto la escolaridad 68.8 % estuvieron satisfechos, los cuales poseían un nivel de instrucción superior, esto se aprecia en la tabla 22.

CAPITULO VI. RECOMENDACIONES.

CAPITULO VI. RECOMENDACIONES.

6.1. Recomendaciones.

- Incentivar las Unidades de cuidados intensivos abiertas con fines de disminuir el estrés y delirio de la UCI de pacientes y la carga de estrés de los familiares.
- Fomentar la adecuación de la sala de espera de las Unidades de Cuidados Intensivos, así como proporcionar lugares de descanso para los familiares.
- Elaborar unas estrategias consensuadas con fines de llegar a la excelencia en la atención de la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente del Hospital General Plaza de la Salud.
- La aplicación de las presentes encuestas en otros hospitales de nuestro país nos permitiría comparar datos, compartir problemáticas comunes y discutir estrategias de actuación nos permitiría mejorar la calidad asistencial de las Unidades de Cuidados Intensivos.
- Mejorar los procesos administrativos en la emergencia con fines de disminuir el tiempo de espera.
- Mejorar los procesos de las de altas de sala clínica con fines de tener espacio físico y poder trasladar los pacientes de Unidad de Cuidados Intensivos a sala clínica.
- Conocemos la opinión de nuestros pacientes y sus familiares realizando encuestas similares de manera frecuente, pudiendo ser cada mes para tener una perspectiva actualizada de la valoración del trabajo que realizamos en beneficio de los pacientes y la satisfacción de sus familiares y para solo brindar excelencia en todos los aspectos.
- Al Ministerio de Salud Pública, que disponga de las estrategias para crear una base de datos con récord único de los pacientes acorde con la tecnología actual.
- A los directivos del hospital, considerar la expansión de la Unidad de Cuidados Intensivos, pues, se ha demostrado que una de las falencias que se han identificado que la valoración del tiempo de espera es regular a favor de 12 a 24 horas de espera, siendo esto una condición de alto riesgo en paciente con condiciones críticas donde el tiempo suele ser vital requiriendo estrategias de alta complejidad que solo las UCI dispone al ser la máxima autoridad en intervención médica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Padilla-Fortunatti C, Rojas-Silva N, Arechabala-Mantuliz MC. Análisis de la diferencia entre importancia y satisfacción de las necesidades de los familiares de pacientes críticos. *Med Intensiva (Engl Ed) [Internet]*. 2019;43(4):217–24.
2. Edinson Fabian Ardila Suárez, Edith del Socorro Arredondo Holguín. Actividades de enfermería para la satisfacción de necesidades familiares en cuidado intensivo adulto: una revisión integrativa. Universidad de Antioquia, Colombia 2021
3. Asmat NW, Mallea Y, Rodríguez FM. Comunicación y apoyo emocional de enfermería según el familiar del paciente crítico en un hospital de Lima [trabajo académico]. Lima; 2018.
4. Andrea Canchero-Ramírez, Juan P. Matzumura-Kasano², Hugo Gutiérrez-Crespo. Satisfacción del familiar del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo. Ciudad de México 2018.
5. Bautista Rodríguez LM, Arias Velandia MF, Carreño Leiva ZO. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista CUIDARTE*. 2016;7(2):1297.
6. García-Mozo A, Sánchez-Roldán F, Amorós-Cerdá SM, Balaguer-Albarracín F, Díez-Alcalde M, Durán-Torres MT, et al. Desarrollo de una guía de atención a los familiares del paciente crítico. *Enferm Intensiva*. 2010;21(1):20-7.
7. Van Mol MMC, Bakker EC, Nijkamp MD, Kompanje EJO, Bakker J, Verharen L. Relatives' perspectives on the quality of care in an Intensive Care Unit: The theoretical concept of a new tool. *Patient Educ Couns*. 2014;95(3):406-13.
8. Abuatiq A. Patients' and Health Care Providers' Perception of Stressors in the Intensive Care Units. *Dimens Crit Care Nurs [Internet]*. 2015;34(4):205-14 10p.

9. Haave, R. O., Bakke, H. H., & Schröder, A. (2021). Family satisfaction in the intensive care unit, a cross-sectional study from Norway. *BMC Emergency Medicine*, 21(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s12873-021-00412-8>.
10. Frivold, G., Ågård, A. S., Jensen, H. I., Åkerman, E., Fossum, M., Alfheim, H. B., Rasi, M., & Lind, R. (2022). Family involvement in the intensive care unit in four Nordic countries. *Nursing in Critical Care*, 27(3), 450–459. <https://doi.org/10.1111/nicc.12702>
11. Alsharari, A. F. (2019). The needs of family members of patients admitted to the intensive care unit. *Patient Preference and Adherence*, 13, 465–473. <https://doi.org/10.2147/PPA.S197769>
12. Rodríguez-Ruiz, E., Campelo-Izquierdo, M., Mansilla Rodríguez, M., Estany-Gestal, A., Blanco Hortas, A., Rodríguez-Calvo, M. S., Rodríguez-Núñez, A., & Latour, J. M. (2022). Measuring family-centred care practices in adult intensive care units: The EMPATHIC-F questionnaire. *Nursing in Critical Care*, 27(3), 375–383. <https://doi.org/10.1111/nicc.12670>
13. McLennan, M., & Aggar, C. (2020). Family satisfaction with care in the intensive care unit: A regional Australian perspective. *Australian Critical Care: Official Journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 33(6), 518–525. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.01.003>
14. Lyes, S., Richards-Belle, A., Connolly, B., Rowan, K. M., Hinton, L., & Locock, L. (2020). Can the UK 24-item family satisfaction in the intensive care unit questionnaire be used to evaluate quality improvement strategies aimed at improving family satisfaction with the ICU? A qualitative study. *Journal of the Intensive Care Society*, 21(4), 312–319. <https://doi.org/10.1177/1751143719883563>
15. Chien W, Chiu Y, Lam L, Ip W, Efectos de un programa educativo basado en las necesidades para cuidadores familiares con un pariente en una unidad de cuidados intensivos: un estudio cuasiexperimental. [revista en internet] *International Journal of Nursing Studies* Volume 43, Issue 1, January 2006, Pages 39-50 [Acceso 12 de Julio 2019] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16183062>
16. Pinillos E, Diaz C. Satisfacción del Familiar del paciente de la Unidad De Cuidados Intensivos con la interacción de la enfermera. Trujillo 2016, [Repositorio UPAO], Marzo

- 2017, [Acceso 14 de Junio 2019] Disponible en:
<Http://Repositorio.Upao.Edu.Pe/Bitstream/>
17. Upaorep/2441/1/RE_Enfe_Elisa.Pinillos_Miriam.Diaz_Satisfaccion.del.familiar.del.paciente.dE.la.unidad.de.cuidados_datos.Pdf
<Http://Repositorio.Upao.Edu.Pe/Handle/Upaorep/2441>
18. FS-ICU Satisfacción familiar con la encuesta de ICU sitio web. Disponible en:
<https://fsicu.org/professionals/>
19. Canchero A, Matzumura J, Gutiérrez H. Satisfacción del familiar del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2018, An. Fac. med. [Revista Internet] 2019 [Acceso 18 de Julio 2019] 80 (2) Lima abr. /jun. 2019. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000200007
20. Zárate M. Nivel de satisfacción de los usuarios externos hospitalizados en los servicios de cirugía general y medicina interna del hospital nacional P.N.P Luís N. Sáenz, agosto – setiembre del 2017 [Internet]. Universidad Ricardo Palma; 2018 [citado 4 de marzo de 2019]. Disponible <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1233/186>
21. Mosleh S, Alja'afreh M, Lee A. Patient and family/friend satisfaction in a sample of Jordanian Critical Care Units. Intensive and Critical Care Nursing [Revista Internet] 2019 [Acceso 14 de Junio 2019] 31(6), 366-374. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0964339715000269?via%3Dihub>
22. Canchero A, Matzumura J, Gutiérrez H. Satisfacción del familiar del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2018, An. Fac. med. [Revista Internet] 2019 [Acceso 18 de Julio 2019] 80 (2) Lima abr. /jun. 2019. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000200007

23. Rodríguez M, Zuta R. Nivel de satisfacción del familiar del paciente respecto a la comunicación brindada por la enfermera de cuidados intensivos Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo – 2016. [Tesis en Internet] [Arequipa]: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2019 [Acceso el 26 de Julio del 2019]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4606/ENSroyamm.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. Islas Cerón RG, Valencia Ortíz AI, Bustos Vázquez E, Ruvalcaba Ledezma JC, Reynoso Vázquez J. Asociación entre calidad de atención y el nivel de saturación del servicio de urgencias de un hospital de Hidalgo, México. JONNPR. 2020;5(10):1163-78. DOI: 10.19230/jonnpr.3770
25. Castelo Rivas Walter Patricio, Castelo Rivas Angel Fredy, Rodríguez Díaz Jorge Luis. Satisfacción de pacientes con atención médica en emergencias. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2016; 32 (3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000300007&lng=e
26. Rodríguez-Páez FG, Jiménez-Barbosa WG, Palencia-Sánchez F. Uso de los servicios de urgencias en Bogotá, Colombia: Un análisis desde el Triage. Univ. Salud. 2018;20(3):215226. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182003.124>. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n3/23897066-reus-20-03-00215.pdf>
27. Vizcaíno AJ, Vizcaíno-Marín VP, Fregoso-Jasso GS. Análisis de la satisfacción de pacientes del servicio de urgencias en un hospital público de Jalisco. HORIZONTE SANITARIO, [S.l.], v. 18, n. 1, aug. 2018. ISSN 2007-7459. Disponible en: <http://www.revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/2103>
doi:<https://doi.org/10.19136/hs.a18n1.210>
28. Velázquez-Guzmán MA, Morales-Hernández AE, Fonseca-Carrillo I, Brugada-Yáñez A. Correlación clínica del triage con el diagnóstico clínico de ingreso y egreso realizado en los pacientes que acuden al servicio médico de urgencias de un hospital privado. Med. interna Méx. [revista en la Internet]. 2017 Ago; 33(4): 466-475. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000400466&lng=es.

29. Ramírez Estrada MC, Gil Ospina, AA. Percepción De Calidad En Servicios De Urgencias Hospitalarias de II Nivel, Risaralda Colombia, 2013. Investigaciones Andina [Internet]. 2016; 18 (32): 15071520. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239047318006>
30. Banegas Cardero, Juan Enrique, Nivel de satisfacción de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencia del Centro de Diagnóstico Integral “Los Arales”. MEDISAN [Internet]. 2014; 18 (7): 965-970. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368445165009>
31. Blázquez S, Quezada A. Satisfacción de los usuarios hospitalizados en el servicio de medicina interna, con el cuidado de enfermería. Rev Médica la Univ Veracruzana [Internet]. 17 de marzo de 2014 [citado 4 de marzo de 2019];14(1):14–9. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=56023>
32. Zárate M. Nivel de satisfacción de los usuarios externos hospitalizados en los servicios de cirugía general y medicina interna del hospital nacional P.N.P Luís N. Sáenz, agosto – setiembre del 2017 [Internet]. Universidad Ricardo Palma; 2018 [citado 4 de marzo de 2019]. Disponible <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1233/186MZARATE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
33. Murrieta M, Nogueira Y, Palacios J. Satisfacción de los pacientes hospitalizados de la atención de enfermería en los servicios del Hospital III Iquitos de EsSalud-2017 [Internet]. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2017 [citado 4 de marzo de 2019]. Disponible en: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/5012/Monica_Tesis_Titulo_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
34. Sihuín E, Gómez O, Ibáñez V. Satisfacción de usuarios hospitalizados en un hospital de Apurímac, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2015 [citado 4 de marzo de 2019];32(2):299–302. Disponible

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342015000200014

35. Medina M, Esquicha A. Grado de satisfacción de los pacientes asegurados hospitalizados en la Clínica Virgen de las Mercedes, Hospital Militar de Lima. *Rev enferm Hered* [Internet]. 2015 [citado 4 de marzo de 2019];6(2):96–106. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/viewFile/1798/1809>
36. Córdova L. Calidad de atención y grado de satisfacción de los adultos mayores [Internet]. Universidad Nacional de San Martín; 2015 [citado 4 de marzo de 2019]. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/13032/cordova_bl.pdf?sequence=1&isAllowed=y
37. World Health Organization. Concepts, methods and debates. 2021 Disponible en: <http://www.who.int/health-systems-performance/ concepts. htm>.
38. Kynoch, K., Coyer, F., Mitchell, M., & McArdle, A. (2021). The intensive care unit visiting study: A multisite survey of visitors. *Australian Critical Care: Official Journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 34(6), 587–593. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.01.007>
39. Yakubu, Y. H., Esmaeili, M., & Navab, E. (2019). Family members' beliefs and attitudes towards visiting policy in the intensive care units of Ghana. *Nursing Open*, 6(2), 526–534. <https://doi.org/10.1002/nop2.234>
40. Diaz, T. Sousa, H, Rego, R. Satisfaction of family members of critically ill patients admitted to a public hospital intensive care unit and correlated factors. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. Brasil. 2019 abril-junio; 31(2): 147–155. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6649209/>
41. Ferrando, P. Gould, D et al. Family satisfaction with critical care in the UK: a multicentre cohort study. *BMJ Journal*. 2019. Reino Unido. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/8/e028956>

42. Teklie, H., Engida, H., Melaku, B., & Workina, A. (2021). Factors contributing to delay intensive care unit admission of critically ill patients from the adult emergency Department in Tikur Anbessa Specialized Hospital. *BMC Emergency Medicine*, 21(1), 123.
<https://doi.org/10.1186/s12873-021-00518-z>
43. C. Padilla-Fortunatti, N. Rojas-Silva, M.C. Arechabala-Mantuliz en la Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile, Unidad de Paciente Crítico, Hospital Clínico UC-CHRISTUS, Santiago, Chile en el año 2018. Análisis de la diferencia entre importancia y satisfacción de las necesidades de los familiares de pacientes críticos. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-analisis-diferencia-entre-importancia-satisfaccion-articulo-S0210569118302134>.
44. Sebsibie, G. Asres, N et al. Family Satisfaction towards Care Provided to Critically Ill Patients and associated Factors in the ICU of Governmental Hospitals of Addis Ababa Town. 2017. Etiopia. Disponible en:
<https://pdfs.semanticscholar.org/5ead/686361b9827ec268c4204096769df5bc9d0f.pdf>

Apéndices #1

Tablas.

Tabla .1 Distribución por edad.

Edad (años)	Frecuencia	%
≤ 20	3	4.0
21-30	7	9.0
31-40	19	24.0
41-50	21	26.0
51-60	18	23.0
61-70	9	11.0
≥ 71	3	4.0
Total	80	100

Fuente: Encuesta de satisfacción usuarios Unidad de Cuidados Intensivos, HGPS. 2022.

Tabla 2. Distribución por sexo.

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	42	53.0
Masculino	38	48.0
Total	80	100.0

Fuente: Encuesta de satisfacción usuarios Unidad de Cuidados Intensivos, HGPS. 2022.

Tabla 3. Distribución Nivel de Instrucción

Nivel de instrucción	Frecuencia	%
Primaria	7	9.0
Secundaria	26	33.0
Superior	47	59.0
Total	80	100.0

Fuente: Encuesta de satisfacción usuarios Unidad de Cuidados Intensivos, HGPS. 2022.

Tabla 4. Distribución familiaridad con el paciente de la persona encuestada

Familiaridad con el paciente	Frecuencia	%
Amigo (a)	2	3.0
Esposo (a)	21	26.0
Hermano (a)	16	20.0
Hijo (a)	31	39.0
Padre/madre	5	6.0
Relacionado (a)	5	6.0
Total	80	100%

Fuente: Encuesta de satisfacción usuarios Unidad de Cuidados Intensivos, HGPS. 2022.

Tabla 5. Distribución de nivel de ingresos

Nivel de ingresos	Frecuencia	%
Menor de RD\$ 10 000 pesos	7	9.0
RD\$ 11 000 - 20 000 pesos	28	35.0
RD\$ 30 000 - 50 000 pesos	21	26.0
RD\$ 50 000 - 100 000 pesos	19	24.0
Mayor de 100 000 pesos	5	6.0
Total	80	100.0

Fuente: Encuesta de satisfacción usuarios Unidad de Cuidados Intensivos, HGPS. 2022.

Tabla 6. Motivación de traer el paciente al hospital.

Motivación de traer el paciente al hospital	Frecuencia	%
Cerca donde vive	7	9.0
No sabe	1	1.0
Por recomendación	43	54.0
Por ser paciente del hospital	29	36.0
Total	80	100.0

Fuente: Encuesta de satisfacción usuarios Unidad de Cuidados Intensivos, HGPS. 2022.

Tabla 7. Tiempo de espera en emergencia o sala clínica hasta el ingreso a cuidados intensivos.

Tiempo de espera en la emergencia o sala clínica hasta el ingreso a cuidados intensivos.	Frecuencia	%
Excelente (<de 2 horas)	6	8.0
Muy bueno (2 a 4 horas)	7	9.0
Bueno (4 a 12 horas)	18	23.0
Regular (12 a 24 horas)	28	35.0
Malo (> de 24 horas)	21	26.0
Total	80	100.0

Fuente: Encuesta de satisfacción usuarios Unidad de Cuidados Intensivos, HGPS. 2022.

Tabla 8. Motivo de ingreso

Motivo de ingreso	Frecuencia	%
Complicación de una de las anteriores	18	23.0
Enfermedad no quirúrgica	43	54.0
Enfermedad quirúrgica	19	24.0
Total	80	100.0

Fuente: Encuesta de satisfacción usuarios Unidad de Cuidados Intensivos, HGPS. 2022.

Tabla 9. Nivel de satisfacción

Nivel de satisfacción	Frecuencia	%
Muy satisfecho	44	55
Satisfecho	32	40
No satisfecho	4	5
Total	80	100.0

Fuente: Encuesta de satisfacción usuarios Unidad de Cuidados Intensivos, HGPS. 2022.

Tabla 10. ¿Se le informo de forma detalla y precisa sobre el diagnostico de su paciente en el lugar donde se encontraba previo a su ingreso a la unidad de cuidados intensivos?

¿Se le informó de forma detallada y precisa sobre el diagnostico de su paciente en el lugar donde se encontraba previo a su ingreso la unidad de cuidados intensivos?

	Frecuencia	%
Malo	4	5.0
Regular	4	5.0
Bueno	13	16.25
Muy bueno	31	38.75
Excelente	28	35
Total	80	100.0

Fuente: Encuesta de satisfacción usuarios Unidad de Cuidados Intensivos, HGPS. 2022.

Tabla 11. ¿Siente usted que los procesos administrativos en el área de facturación se realizaron con agilidad y calidad humana?

¿Siente usted que los procesos administrativos en el área de facturación se realizaron con agilidad y calidad humana?

	Frecuencia	%	Fuente:
Malo	0	0%	
Regular	11	14%	
Bueno	21	26%	
Muy Bueno	22	28%	
Excelente	26	33%	
Total	80	100%	

Encuesta de satisfacción usuarios Unidad de Cuidados Intensivos, HGPS. 2022.

Tabla 12. ¿Cómo calificaría la calidad de la atención en el departamento de emergencias o sala clínica?

¿Cómo calificaría la calidad de la atención en el departamento de emergencias o sala clínica?	Frecuencia	%
Malo	2	3%
Regular	6	8%
Bueno	21	26%
Muy Bueno	14	18%
Excelente	37	46%
Total	80	100%

Fuente: Encuesta de satisfacción usuarios Unidad de Cuidados Intensivos, HGPS. 2022.

Tabla 13. ¿Cómo calificaría la calidad de la atención en el departamento de Cuidados Intensivos Polivalente?

¿Cómo calificaría la calidad de la atención en el departamento de Cuidados Intensivos Polivalente?	Frecuencia	%
Malo	0	0%
Regular	4	5%
Bueno	13	16%
Muy Bueno	19	24%
Excelente	44	55%
Total	80	100%

Fuente: Encuesta de satisfacción usuarios Unidad de Cuidados Intensivos, HGPS. 2022.

Tabla 14. ¿Cómo se ha sentido usted con el trato y las capacidades del personal médico en la unidad de cuidados intensivos polivalente para resolver la enfermedad de su paciente?

¿Cómo se ha sentido usted con el trato y las capacidades del personal médico en la unidad de cuidados intensivos polivalente para resolver la enfermedad de su paciente?	Frecuencia	%
Malo	0	0%
Regular	2	3%
Bueno	11	14%
Muy Bueno	25	32%
Excelente	41	52%
Total	80	100%

Fuente: Encuesta de satisfacción usuarios Unidad de Cuidados Intensivos, HGPS. 2022.

Tabla 15. ¿Cómo considera usted el trato por parte de las enfermeras?

¿Cómo considera usted el trato por parte de las enfermeras?	Frecuencia	%
Malo	0	0%
Regular	3	4%
Bueno	9	11%
Muy Bueno	28	35%
Excelente	40	50%
Total	80	100%

Fuente:

Encuesta de satisfacción usuarios Unidad de Cuidados Intensivos, HGPS. 2022.

Tabla 16. ¿Cuáles son sus impresiones sobre el trato brindado por el departamento de laboratorio clínico?

¿Cuáles son sus impresiones sobre el trato brindado por el departamento de laboratorio clínico?	Frecuencia	%
Malo	1	1%
Regular	3	4%
Bueno	16	20%
Muy Bueno	28	35%
Excelente	32	40%
Total	80	100%

Fuente: Encuesta de satisfacción usuarios Unidad de Cuidados Intensivos, HGPS. 2022.

Tabla 17. ¿Cómo valoraría usted la infraestructura, mobiliario, entorno y seguridad del departamento de cuidados intensivos polivalente?

¿Cómo valoraría usted la infraestructura, mobiliario, entorno y seguridad del departamento de cuidados intensivos polivalente?	Frecuencia	%
Malo	0	0%
Regular	3	4%
Bueno	12	15%
Muy Bueno	30	38%
Excelente	35	44%
Total	80	100%

Fuente: Encuesta de satisfacción usuarios Unidad de Cuidados Intensivos, HGPS. 2022.

Tabla 18. ¿Podría usted identificar las distintas áreas del hospital mediante letreros, cartelones o direcciones que identifiquen las mismas?

¿Podría usted identificar las distintas áreas del hospital mediante letreros, cartelones o direcciones que identifiquen las mismas?	Frecuencia	%
Malo	0	0.0%
Regular	2	2.5%
Bueno	12	15%
Muy Bueno	22	27.9%
Excelente	44	55.0%
Total	80	100.0%

Fuente: Encuesta de satisfacción usuarios Unidad de Cuidados Intensivos, HGPS. 2022.

Tabla 19. ¿Firmo usted o algún familiar unos documentos de consentimiento informado en relación con algunos procedimientos que se le pudieran realizar a su paciente en caso de ser necesarios?

¿Firmo usted o algún familiar unos documentos de consentimiento informado en relación con algunos procedimientos que se le pudieran realizar a su paciente en caso de ser necesarios?	Frecuencia	%
No	0	0%
Si	80	100%
Total	80	100%

Fuente: Encuesta de satisfacción usuarios Unidad de Cuidados Intensivos, HGPS. 2022.

Tabla 20. ¿Recomendaría usted al hospital general de la plaza de la salud?

¿Recomendaría usted al hospital general de la plaza de la salud?	Frecuencia	%
No	3	4%
Si	77	96%
Total	80	100%

Fuente: Encuesta de satisfacción usuarios Unidad de Cuidados Intensivos, HGPS. 2022.

Tabla 21. Nivel de satisfacción según sexo.

Sexo	Nivel de satisfacción					
	Muy satisfecho		Satisfecho		No satisfecho	
	F	%	F	%	F	%
Femenino	18	40.9	20	62.5	4	100.0
Masculino	26	59.1	12	37.5	0	0.0
Total	44	100	32	100	4	100.0

Fuente: Encuesta de satisfacción usuarios Unidad de Cuidados Intensivos, HGPS. 2022.

Tabla 22. Nivel de satisfacción según escolaridad.

Escolaridad	Nivel de satisfacción					
	Muy satisfecho		Satisfecho		No satisfecho	
	F	%	F	%	F	%
Primaria	6	13.6	1	3.1	0	0.0
Secundaria	15	34.1	9	28.1	2	50.0
Superior	23	52.3	22	68.8	2	50.0
Total	44	100	32	100	4	100

Fuente: Encuesta de satisfacción usuarios Unidad de Cuidados Intensivos, HGPS. 2022.

Apéndice #2.



UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA
UNIBE
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

Instrumento de recolección de datos

Nivel de satisfacción de los familiares de los usuarios atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente del Hospital General De La Plaza De La Salud en el periodo abril - junio 2022.

Objetivo: El propósito de esta investigación es obtener información relacionada al nivel de satisfacción de los familiares de pacientes admitidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente del Hospital General de la Plaza de la Salud. Abarcando sus valoraciones en atenciones brindadas por el personal de salud, así como las facilidades de infraestructura que proporciona la institución con el fin de identificar las oportunidades de mejora. El llenado de este documento no expone riesgo para la salud o la vida, es de carácter voluntario y totalmente confidencial por lo que la identidad de los encuestados será protegida por los investigadores. La publicación de los resultados será exclusivamente para propósitos académicos.

Edad	Menor de 20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	Mayor de 70
Sexo	Masculino	Femenino					
Escolaridad	Analfabeto	Primaria	Secundaria	Superior			
Familiaridad con el paciente	Esposo (a)	Padre/Madre	Hijo (a)	Hermano (a)	Amigo (a)	Relacionado	
¿Cuál es su motivo de ingreso?	Enfermedad no Quirúrgica	Enfermedad quirúrgica	Complicación de una de las anteriores				
¿Por qué trajos paciente al Hospital General de la Plaza de la Salud?	Por ser paciente del Hospital	Por recomendación	Cerca donde vive	No sabe			
Aproximadamente, ¿cuáles son sus niveles de ingresos mensuales?	Menor de RD\$ 10,000	RD\$ 11,000 A 20,000	RD\$ 30,000 A 50,000	RD\$ 50,000 A 100,000	RD\$ Mayor a RD\$ 100,000		

Preguntas		Escala de valoración				
		Malo 1	Regular 2	Bueno 3	Muy bueno 4	Excelente 5
1.	¿Considera usted que el tiempo de espera en la emergencia osala clínica hasta el ingreso a cuidados intensivos fue?					
2.	¿Se le informó de forma detallada y precisa sobre el diagnóstico de su paciente en el lugar donde se encontraba previo a su ingreso la Unidad de Cuidados Intensivos ?					
3.	¿Siente usted que los procesos administrativos en el área de facturación se realizaron con agilidad y calidad humana?					
4.	¿Cómo calificaría la calidad de la atención en el Departamento de Emergencias o Sala Clínica ?					
5.	¿Cómo calificaría la calidad de la atención en el Departamento de Cuidados Intensivos Polivalente ?					
6.	¿Cómo se ha sentido usted con el trato y las capacidades del personal médico en la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente para resolver la enfermedad de su paciente?					
7.	¿Cómo considera usted el trato por parte de las enfermeras?					
8.	¿Cómo valoraría usted la infraestructura, mobiliario, entorno y seguridad del Departamento de Cuidados Intensivos Polivalente?					
9.	¿Cuáles son sus impresiones sobre el trato brindado por el Departamento de Laboratorio Clínico ?					
10.	¿Podría usted identificar las distintas áreas del hospital mediante letreros, cartelones o direcciones que identifiquen las mismas?					
11.	¿Cómo calificaría la calidad de la atención en el Hospital General de la Plaza de la Salud?					
12.	¿Firmo usted o algún familiar unos documentos de consentimiento informado en relación con algunos procedimientos que se le pudieran realizar a su paciente en caso de ser necesarios?	Si 5 PUNTOS	No 1 PUNTO	Si es no, diga ¿por qué?		
13.	¿Recomendaría usted al Hospital General de la Plaza de la Salud	Si 5 PUNTOS	No 1 PUNTO	¿Diga por qué?		

TOTAL:

Nivel de satisfacción:	No satisfecho de 13-40 puntos	Satisfecho 41-54 puntos	Muy satisfecho ≥ 55 puntos
------------------------	---	-----------------------------------	--------------------------------------