



EDITORIAL

¿Puede la satisfacción de los pacientes y familiares influir en la gestión de los servicios de medicina intensiva?



Can patient and family satisfaction influence the management of department of intensive care medicine?

A. Canabal Berlanga* y G. Hernández Martínez

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Virgen de la Salud, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España

Disponible en Internet el 13 de febrero de 2017

Considerar al paciente como el centro en la atención sanitaria constituye un cambio cultural y organizativo, incluido en un modelo de gestión de la calidad que considera al usuario y su satisfacción como criterio con mayor peso específico en la evaluación de la excelencia. Aunque este concepto surgió del mundo empresarial, tiene matices éticos y humanos indiscutibles. Debemos huir de una interpretación radical de la institución sanitaria solo como una empresa, organización centrada en la tecnología y en el cliente, y evolucionar a que esté centrada en la persona, para lo cual es necesario que el profesional sanitario conozca el punto de vista del paciente. No es labor sencilla, pues la satisfacción tiene componentes subjetivos¹, emocionales, cognitivos, basados en la experiencia previa, en la calidad científico-técnica recibida, en las habilidades de comunicación, factores sociales complejos, y de forma muy importante en las expectativas personales. La insatisfacción es muy marcada cuando las expectativas no se corresponden con las percepciones por parte de los enfermos o de los familiares, fundamento de la *calidad percibida*, que no siempre —aunque sí en la mayoría de las ocasiones— se corresponde con la *calidad asistencial*. Esta insatisfacción influirá en sus expectativas futuras,

por lo que este proceso de mejora necesita una constante revisión.

La visión que nos interesa destacar va más allá de cumplir con los requisitos de un modelo de gestión de la calidad y se centra en el lado más humano, que tiene que ver con la vocación del médico y del sanitario en general. Es conocida la corriente² que intenta mejorar la confortabilidad y humanización de nuestra asistencia^{3,4}, tan tecnificada en los servicios de medicina intensiva (SMI). Escuchar a nuestros pacientes, centrar la medicina en la persona, desde el respeto, independientemente de su estado de fragilidad o funcionalidad, da sentido a nuestra profesión, con intención curativa o paliativa y a pesar del entorno tecnificado. Es además un buen síntoma de que tenemos grupos y unidades que se preocupan por los resultados, no solo desde el punto de vista técnico y asistencial, sino que van más allá en la búsqueda de la mejora en las relaciones médico-paciente, médico-familiares, y en el agrado y cumplimiento de las expectativas de los enfermos que depositan la confianza en los médicos.

Una atención creciente a la encuesta de satisfacción se ha producido especialmente en las últimas décadas⁵, considerándolo como un ítem importante de calidad⁶⁻⁸. La Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) lo ha incluido dentro de los indicadores de calidad relevantes⁹, tanto en su primera versión del 2005

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: acanabal@gmail.com (A. Canabal Berlanga).

como en su actualización del 2011¹⁰, siendo incluidos en la National Quality Measures Clearinghouse (NQMC), de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), de los Estados Unidos¹¹, lo cual nos habla de su repercusión internacional.

Aunque la asistencia esté centrada en el paciente, protagonista y destinatario final, debido a las características de los pacientes críticos es común que tengamos que recurrir a la representación por parte de familiares en las deliberaciones sobre toma de decisiones, y la percepción de la calidad es a menudo depositada en los representantes, al menos en determinadas fases de la enfermedad.

Se han utilizado diferentes cuestionarios, algunos de los estudios utilizaron un inventario de necesidades de familiares de cuidados críticos (Critical Care Family Needs Inventory [CCFNI])¹², pero conocer las necesidades, incluso atenderlas, no siempre se relaciona de forma directamente proporcional con el nivel de satisfacción.

Otros instrumentos de media de satisfacción se han desarrollado, validado y extendido en el entorno de los SMI en diferentes estudios¹³. El más conocido es la encuesta Satisfacción Familiares de UCI de 24 ítems (FS-ICU 24), ampliamente utilizada, como en el estudio de Hwang et al.¹⁴, que mostró que la importante información pronóstica tiene un impacto negativo en los familiares y que la información proporcionada de forma habitual por el intensivista, en un modelo cerrado de SMI, es mejor valorada por los familiares¹⁵.

Analizamos el interesante estudio de Holanda Peña et al.¹⁶ que utiliza el cuestionario FS-ICU 34, más completo que el anterior. Este se entregó trascurridas al menos 24 h del alta del SMI, implicando como novedad al personal del servicio extendido de medicina intensiva (SECI). Este grupo experimentado en estos análisis¹⁷ destaca que las puntuaciones alcanzadas en la encuesta son mayores cuanto más

relación hay con los sujetos de nuestra atención. Algunos ítems relacionados con la enfermería han sido puntuados mejor por los pacientes que por sus familiares, mientras que las explicaciones de los médicos son peor valoradas por los pacientes y mejor por los familiares, seguramente porque dedicamos más tiempo a informar a familiares que a los propios pacientes, quienes luchan por preservar una competencia y autonomía que queda amenazada por su alta dependencia y grave enfermedad; eso mismo probablemente explica, según señalan los autores, que los pacientes puntúen menos el trato y profesionalidad de los auxiliares y celadores, cuyas actuaciones con frecuencia ponen de manifiesto su falta de autosuficiencia, sometidos entre otras cosas a los horarios y rutinas de las unidades en la proporción de los cuidados. Es importante el hallazgo de que la concordancia que observan los investigadores entre las respuestas de los pacientes y de sus familiares no es tan alta como se esperaba e instan, a la luz de los hallazgos, a que se tenga en cuenta más a los pacientes competentes en la toma de decisiones. La investigación de concordancia entre diferentes sujetos fue también analizada por Stricker et al.¹⁸, observando que es mayor entre pacientes y cónyuges. En el estudio de Hwang et al. la satisfacción era mayor entre padres de pacientes cuando se comparaba con otros grados de parentesco más lejanos. Todos estos resultados nos dan mensajes de que la mayor comunicación y convivencia con el paciente proporcionan un conocimiento de su perspectiva y, por tanto, mejora su satisfacción y representatividad.

La mayor parte de los estudios comentados excluyeron del análisis a los familiares de los enfermos que fallecieron o en los que se hizo una adecuación del esfuerzo terapéutico, pero se conoce que el hecho de que el enfermo fallezca no tiene porqué influir en una valoración negativa de sus familiares o representantes, incluso se ha comunicado lo contrario¹⁹ por una mayor participación de las familias de

Tabla 1 Factores que influyen en la satisfacción de pacientes y familiares

| Positivamente | Negativamente |
|---|--|
| Actitud de cortesía, compasión y respeto | Información incompleta y difícilmente interpretable |
| Buena comunicación, declaraciones empáticas con escucha activa | Falta de apoyo emocional y espiritual |
| Respeto por los deseos del paciente | Conflictos y reuniones familiares cortas |
| Toma de decisiones compartida | Reanimación en el momento final de la vida |
| Apoyo familiar durante las discusiones y toma de decisiones para renunciar a medidas de soporte vital | Ventilación mecánica en el día de la muerte |
| Retirada escalonada de soporte vital | Políticas de visita restrictivas |
| Manejo del dolor | Negativas de acceso para visitar a los seres queridos que fallecen |
| Atención centrada en el paciente y la familia | Muerte en el SMI con un uso mayor, prolongado de tratamiento de soporte vital con tecnología desconocida |
| Garantía de no abandono | |
| Honestidad en la información | |
| Regímenes más abiertos de visita | |
| Presencia de familiares en la reanimación | |
| Información clara y coherente sobre el pronóstico y el tratamiento | |
| Información proporcionada por médicos de alto nivel | |

SMI: servicio de medicina intensiva.

Fuente: Salins et al.²⁰.

los no supervivientes del SMI en la toma de decisiones y una mayor compasión y comunicación que ofrece a las familias de los pacientes fallecidos. Hay factores que influyen de forma positiva o negativa en la satisfacción de los familiares (tabla 1), independientemente del desenlace, comunicados en un artículo de revisión reciente²⁰ que analiza trabajos de investigación de los últimos 10 años que hayan utilizado FS-ICU.

A la luz de los estudios analizados, podemos destacar que la búsqueda de la satisfacción es una constante en el colectivo médico y enfermero, notable en los profesionales de los SMI. Esa búsqueda de la opinión del interlocutor, enfermo o familiar, nos proporciona una retroalimentación en el proceso de mejora continua de la calidad y nos humaniza en la búsqueda del bienestar del otro. La opinión del propio enfermo debe ocupar un lugar predominante a la hora de la toma de decisiones, dando importancia a su autonomía, sin olvidarnos de los factores debilitantes de la misma, propios de circunstancias de la enfermedad en su fase crítica, y de dilemas éticos debidos a la tensión con otros principios y valores en las complejas situaciones con las que nos enfrentamos frecuentemente. Es por ello que la formación en bioética y las habilidades para la comunicación son aspectos cruciales para los especialistas en medicina intensiva. El trato y la comunicación con los pacientes y familiares son aspectos clave para generar el clima de confianza y satisfacción. El esfuerzo en comunicarnos con nuestros pacientes debe ser prioritario para mejorar su bienestar.

Bibliografía

- Mira JJ. Satisfecho, sí gracias. . . Pero ahora qué. *Rev Calid Asist.* 2003;18:567-9.
- Heras la Calle G. An emotional awakening. *Intensive Care Med.* 2016;42:115-6.
- Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina MJ, Forcelledo L, et al. [Visitation policy, design and comfort in Spanish intensive care units]. *Rev Calid Asist.* 2015;30:243-50.
- Escudero D, Vina L, Calleja C. For an open-door, more comfortable and humane intensive care unit. It is time for change. *Med Intensiva.* 2014;38:371-5.
- Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med.* 2007;35:605-22.
- Santana Cabrera L, Ramirez Rodriguez A, Garcia Martul M, Sanchez Palacios M, Martin Gonzalez JC, Hernandez Medina E. Satisfaction survey administered to the relatives of critical patients. *Med Intensiva.* 2007;31:57-61.
- Pérez MD, Rodríguez M, Fernández A, Calatán M, Montejo JC. Valoración de grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva.* 2004;28:234-49.
- Keilan DK, Rocker GM, Dodek PM, Kutsogiannis DJ, Konopad E, Cook DJ, et al. Family satisfaction with care in intensive care unit: Results of a multiple center study. *Crit Care Med.* 2002;30:1413-8.
- Martín MC, Cabré LL, Ruiz J, Blanch LL, Blanco J, Castillo F, et al., Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC) y Fundación Avedis Donabedian (FAD). Indicadores de calidad en el enfermo crítico. *Med Intensiva.* 2008;32:23-32.
- Indicadores de calidad en el enfermo crítico [actualizado 2011; consultado 8 Ago 2016]. Disponible en: http://www.semicyuc.org/sites/default/files/actualizacion_indicadores_calidad_2011.pdf
- Indicadores de calidad en el paciente crítico [consultado 8 Ago 2016]. Disponible en: <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov>
- Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *Heart Lung.* 1979;8:332-9.
- Wall RJ, Engelberg RA, Downey L, Heyland DK, Curtis JR. Refinement, scoring, and validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) survey. *Crit Care Med.* 2007;35:271-9.
- Hwang DY, Yagoda D, Perrey HM, Tehan TM, Guanci M, Ananian L, et al. Assessment of satisfaction with care among family members of survivors in a neuroscience intensive care unit. *J Neurosci Nurs.* 2014;46:106-16.
- Van der Sluis FJ, Slagt C, Liebman B, Beute J, Mulder JWR, Engel AF. The impact of open versus closed format ICU admission practices on the outcome of high risk surgical patients: A cohort analysis. *BMC Surg.* 2011;11:18.
- Holanda Peña M, Marina Talledo N, Ots Ruiz E, Lanza Gómez JM, Ruiz Ruiz A, García Miguelez A et al. Grupo HU-CI. Satisfacción en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): la opinión del paciente como piedra angular. *Med Intensiva.* 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2016.06.007>
- Holanda Peña MS, Ots Ruiz E, Domínguez Artiga MJ, García Miguelez A, Ruiz Ruiz A, Castellanos Ortega A, et al. Measuring the satisfaction of patients admitted to the intensive care unit and of their families. *Med Intensiva.* 2015;39:4-12.
- Stricker KH, Kimberger O, Brunner L, Rothen HU. Patient satisfaction with care in the intensive care unit: Can we rely on proxies? *Acta Anaesthesiol Scand.* 2011;55:149-56.
- Wall RJ, Curtis JR, Cooke CR, Engelberg RA. Family satisfaction in the ICU: Differences between families of survivors and nonsurvivors. *Chest.* 2007;132:1425-33.
- Salins N, Deodhar J, Muckaden MA. Intensive Care Unit death and factors influencing family satisfaction of Intensive Care Unit care. *Indian J Cri Care Med.* 2016;20:97-103.