



Un método estándar para la entrega del informe médico incrementa la satisfacción con la Unidad de Cuidados Intensivos

A standard method for the delivery of the medical report increases satisfaction with the Intensive Care Unit

Método padrão para entrega do laudo médico aumenta satisfação com a Unidade de Terapia Intensiva

José Manuel Albisua Aguilar,* Sergio Reyes Inurrigarro,* Luis Rubén Lara Torres*

RESUMEN

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

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

Resultados: se encontró que de 90 familiares estudiados, 27 de ellos (30%) presentaron dudas con el informe médico habitual, en comparación con sólo 1 (2.4%) con el uso de un método estandarizado, (OR 0.02, IC 95% 0-0.16, $p = 0.0001$). El ítem 12 evaluó la relación con el personal médico reportando una diferencia significativa en ambos grupos, 90.2% en el grupo de intervención conocían el nombre de sus médicos y 55.1% en el grupo no intervenido (OR 7.4, IC 95% de 2.2 a 32.8; $p = 0.0003$); el ítem 13 evaluó si fueron informados adecuadamente de la situación clínica de su familiar encontrando que 97.6% en el grupo intervenido refirió sentirse satisfecho vs 67.3% en el grupo no intervenido (OR 18.9, IC 95% 2.7 a 829.7; $p = 0.0002$); el ítem 14 valoró si comprendieron adecuadamente la información otorgada al momento del ingreso de su familiar a UCI, refiriendo adecuada comprensión en 95.2% del grupo intervenido vs 67.3% del grupo no intervenido (OR 9.2, IC 95% 1.9 a 88.9; $p = 0.001$); por último, el ítem 15 evaluó la claridad de la información diaria otorgada en el informe médico, encontrando que 97.6% en el grupo intervenido la refirió como clara vs 53.1% en el no intervenido (OR 0.03 IC 95% 0.0-0.2, $p = 0.0001$).

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

Palabras clave: satisfacción, informe médico, Unidad de Cuidados Intensivos, metodología estandarizada.

ABSTRACT

Introduction: delivering medical reports to the families of hospitalized patients in the Intensive Care Unit (ICU) is crucial for establishing a proper doctor-patient-family relationship, informed decision-making, and the mental health of the family members. This study implemented a standardized method of report delivery to enhance the quality of information.

Objective: to determine the utility in satisfaction levels and quality of care of a standardized methodology for delivering medical reports to families of hospitalized ICU patients.

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

comprehension compared to 67.3% in the non-intervened group (OR 9.2, 95% CI 1.9 to 88.9; $p = 0.001$). Lastly, Item 15 evaluated the clarity of the daily information provided in the medical report, finding that 97.6% in the intervened group considered it clear, compared to 53.1% in the non-intervened group (OR 0.03, 95% CI 0.0-0.2, $p = 0.0001$).

Conclusion: the implementation of a standardized methodology for delivering medical reports to families improves satisfaction and perception of the quality of medical care for relatives of patients admitted to the ICU.

Keywords: satisfaction, medical report, Intensive Care Unit, standardized methodology.

RESUMO

Introdução: a entrega de relatórios médicos aos familiares de pacientes hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é crucial para estabelecer uma adequada relação médico-paciente-familiar, tomada de decisões informada e saúde mental dos familiares. Neste estudo, foi implementado um método padronizado de entrega de relatórios para aprimorar a qualidade da informação. **Objetivo:** determinar a utilidade nos níveis de satisfação e na qualidade do cuidado de uma metodologia padronizada para a entrega de relatórios médicos aos familiares de pacientes hospitalizados na UTI.

Resultados: descobriu-se que, dos 90 familiares estudados, 27 deles (30%) tinham dúvidas com o relatório médico habitual, em comparação com apenas 1 (2.4%) com o uso de um método padronizado (OR 0.02, IC 95% 0-0.16, $p = 0.0001$). O item 12 avaliou a relação com a equipe médica, relatando uma diferença significativa em ambos os grupos; 90.2% no grupo de intervenção conheciam os nomes de seus médicos, em comparação com 55.1% no grupo não intervencionado (OR 7.4, IC 95% de 2.2 a 32.8; $p = 0.0003$). O item 13 avaliou se foram adequadamente informados sobre a situação clínica de seu familiar, encontrando que 97.6% no grupo intervencionado relataram estar satisfeitos, em comparação com 67.3% no grupo não intervencionado (OR 18.9, IC 95% 2.7 a 829.7; $p = 0.0002$). O item 14 avaliou se entenderam adequadamente as informações fornecidas no momento da internação de seu familiar na UTI, referindo uma compreensão adequada em 95.2% do grupo intervencionado em comparação com 67.3% do grupo não intervencionado (OR 9.2, IC 95% 1.9 a 88.9; $p = 0.001$). Por último, o item 15 avaliou a clareza das informações diárias fornecidas no relatório médico, encontrando que 97.6% no grupo intervencionado a consideraram clara, em comparação com 53.1% no grupo não intervencionado (OR 0.03, IC 95% 0.0-0.2, $p = 0.0001$).

Conclusão: a implementação de uma metodologia padronizada para a entrega de relatórios médicos aos familiares melhora a satisfação e a percepção da qualidade do atendimento médico para os parentes de pacientes internados na UTI.

Palavras-chave: satisfação, relatório médico, Unidade de Terapia Intensiva, metodologia padronizada.

INTRODUCCIÓN

Proporcionar información compleja sobre diagnósticos, tratamiento médico y pronóstico a pacientes y familiares, quienes usualmente son personas ajenas al área de la salud, es una tarea cotidiana para los médicos en la mayoría de las áreas. Es importante mencionar que el médico tiene que ser capaz de comunicar estas ideas intrincadas de manera clara, utilizando palabras entendibles para el grueso de la población, es decir, sin tecnicismos y en términos sencillos de comprender.^{1,2} Por si fuera poco, las malas noticias como diagnósticos complicados, pronósticos desfavorables y defunciones son parte de la comunicación

* Hospital Regional ISSSTE Puebla. México.

Recibido: 15/09/2023. Aceptado: 02/10/2023.

Citar como: Albisua AJM, Reyes IS, Lara TLR. Un método estándar para la entrega del informe médico incrementa la satisfacción con la Unidad de Cuidados Intensivos. Med Crit. 2023;37(7):566-572. <https://dx.doi.org/10.35366/114858>

entre médicos y pacientes/familiares. Por lo tanto, las habilidades de comunicación son cruciales en el repertorio que un médico debe tener en su práctica profesional.^{2,3}

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un área en donde se requieren estas habilidades de comunicación con particular frecuencia, ya que, por definición, el personal de salud que ahí se encuentra contiente con situaciones de la mayor gravedad y dificultad. El ingreso a la UCI es un evento importantemente estresante para el paciente y su familiar, de los cuales, el primero no está despierto debido a su patología subyacente o un proceso de sedación, en muchas ocasiones, por lo que la información respecto al diagnóstico, tratamiento y evolución deben ser entregadas al segundo.⁴⁻⁶

La comunicación entre el personal médico y el familiar es especialmente desafiante durante los cuidados intensivos. Por ello, se debe poner especial esfuerzo en atender las necesidades de información y contención de aquellos a los que se les dan informes médicos en estas circunstancias.^{2,4}

Existe un creciente acervo de información que respalda la importancia de establecer un canal efectivo de comunicación entre proveedores de salud y pacientes y sus familiares. Algunos estudios sugieren que buenas habilidades de comunicación se relacionan con menor estrés y mayor satisfacción con la atención médica.⁷⁻¹⁰ En un estudio francés, se demostró que los familiares de pacientes hospitalizados en la UCI que recibieron una intervención que consistió en escuchar a los familiares y responder dudas, resultó en una disminución de síntomas relacionados con estrés postraumático, ansiedad y depresión.¹¹

Por estas razones, proveer información a través de reportes médicos diarios a través de un protocolo que garantice la calidad de la información debe ser una prioridad.¹² Sin embargo, existen pocos estudios en los que se han realizado intervenciones para evaluar el impacto de la implementación de estos protocolos.⁵ En consecuencia, el objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de la aplicación de un instrumento para otorgar el informe médico a familiares de pacientes en la UCI.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio intervencional, longitudinal y prospectivo en un solo centro de México en el que se midió la satisfacción con la atención recibida por los familiares de pacientes hospitalizados en la UCI antes y después de la implementación de una metodología estándar para la entrega del informe médico (Tabla 1). Los participantes incluyeron familiares adultos y mexicanos de pacientes hospitalizados en la UCI por lo menos por 72 horas, hispanohablantes, que supieran leer y escribir, sin evidencia de enfermedad mental y sin discapacidad cognitiva. Se excluyeron los familiares de pacientes con

diagnóstico de muerte encefálica, y fueron eliminados los datos de familiares que retiraron o no otorgaron su consentimiento para participar en el estudio o cuya información estaba incompleta.

Como desenlace principal se tomó la presencia de cualquier evento de calidad en la atención de la UCI, que es un desenlace compuesto por consignación de quejas, solicitud de cambio de médico y el resultado compuesto del instrumento (encuesta de satisfacción a familiares de pacientes de la UCI, Tabla 2). El instrumento fue tomado y adaptado de otro instrumento

Tabla 1: Metodología para realizar el informe médico a familiares de pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Ambiente y preparación	
1.	El informe se debe realizar en un espacio cómodo, sin distracciones, privado y, de ser posible, con un testigo presente. Dicho testigo debe ser un profesional de la salud adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos
2.	Se debe contar con el tiempo suficiente para otorgar el informe médico (entre 15 y 30 minutos) y, de ser posible, en el mismo horario (12:00 pm y 06:00 pm)
3.	El informe se deberá otorgar con un lenguaje claro y accesible, evitando utilizar terminología médica compleja en la medida de lo posible
4.	El informe deberá ser otorgado en un sitio con negatoscopio para poder mostrar adecuadamente los estudios de imagen relevantes, como apoyo para explicar los diagnósticos y pronósticos (cuando el caso lo requiera)
5.	Se deberá tener especial énfasis en caso de decesos con los puntos 1), 2) y 3) antes de permitir el paso de los familiares a ver al paciente
Antecedentes	
6.	El médico informante deberá presentarse y aclarar cuál es el servicio tratante. Esta información podrá omitirse cuando el familiar receptor del informe sea el mismo o cuando el informe se haya otorgado al menos 2 veces distintas
7.	Indagar nombre del familiar receptor del informe, relación con el paciente y grado académico (escolarizados y analfabetos)
8.	Mencionar diagnóstico(s) más relevante(s) (y que motivan el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos) y día(s) de estancia hospitalaria. Esta información se puede obviar si se cumplen las condiciones del punto 5), salvo que se agregue un nuevo diagnóstico
9.	En caso de que se trate de un caso médico-legal, se deberá aclarar que, si el paciente fallece, el certificado de defunción deberá ser expedido por el Ministerio Público
10.	Preguntar acerca de la información recibida en informes médicos previos (a libre expresión del familiar)
Evolución actual	
11.	Explicar los procedimientos realizados o por realizar en el turno (a excepción del nocturno)
12.	Explicar pronóstico (de ser posible, acompañado con probabilidad de mortalidad –SOFA o APACHE–)
Cierre	
13.	Propiciar un espacio seguro para que el familiar receptor exprese y resuelva todas sus dudas
14.	Preguntar si se han aclarado todas las dudas y, de ser así, solicitar firma de recepción del informe médico (con la leyenda: <i>Se me explicó y entendí el informe médico</i>)
15.	Solicitarle al familiar que comunique la información recibida al resto de los familiares a cargo del cuidado del paciente

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

No.	Ítem	Muestra N = 90 n (%)	Grupo		p	OR (IC95%)
			Intervenido N = 41 n (%)	No intervenido N = 49 n (%)		
Condiciones medioambientales						
01	¿Le ha resultado fácil localizar la UCI el primer día?	37 (41.1)	16 (39.0)	21 (42.9)	0.8302	0.85 (0.34, 2.15)
02	¿Le parece que existe sala de espera en UCI?	57 (63.3)	30 (73.2)	27 (55.1)	0.0845	2.2 (0.84, 6.04)
03	En caso afirmativo, ¿le parece adecuada la sala de espera?	35 (38.9)	16 (39.0)	19 (38.8)	0.9999	0.99 (0.39, 2.53)
04	La sala de información en la UCI le ha resultado:				0.0001	NA
	Muy acogedora	1 (1.1)	1 (2.4)			
	Acogedora	29 (32.2)	25 (61.0)	4 (8.2)		
	Poco o nada acogedora	60 (66.7)	15 (36.6)	45 (91.8)		
05	¿Cómo le pareció la limpieza, en general, de la UCI?				0.1042	NA
	Muy buena	8 (8.9)	3 (7.3)	5 (10.2)		
	Buena	68 (75.6)	35 (85.4)	33 (67.3)		
	Ni buena ni mala	14 (15.6)	3 (7.3)	11 (22.4)		
06	¿Le parecen suficientes los medios (sábanas, mantas, almohadas, etc.) de que disponemos?	78 (86.7)	40 (97.6)	38 (77.6)	0.0053	11.34 (1.52, 509.3)
07	¿Le parece que el mobiliario está actualizado?	80 (88.9)	39 (95.1)	41 (83.7)	0.1036	0.27 (0.03, 1.45)
08	¿Le parece que su familiar ha estado confortable respecto a RUIDOS?; mediana [RIC]	6 [2.75]	6 [3]	5 [2]	0.0549*	NA
09	¿Le parece que su familiar ha estado confortable respecto a ILUMINACIÓN?; mediana [RIC]	6 [3]	6 [2]	5 [3]	0.0047*	NA
10	¿Le parece que su familiar ha estado confortable respecto a COMODIDAD?; mediana [RIC]	4 [2]	4 [1]	4 [2]	0.0543*	NA
11	¿Le parece que su familiar ha estado confortable respecto a INTIMIDAD?; mediana [RIC]	4 [2]	4 [1]	4 [2]	0.1760*	NA
Relación con el personal médico						
12	¿Conocían el nombre de los médicos que atendieron a su familiar durante la estancia en la UCI?	64 (71.1)	37 (90.2)	27 (55.1)	0.0003	7.37 (2.16, 32.82)
13	A su ingreso, ¿fueron informados de la situación clínica de su familiar?	73 (81.1)	40 (97.6)	33 (67.3)	0.0002	18.91 (2.67, 829.7)
14	¿Comprendió la información que recibió en el momento del ingreso?	72 (80.0)	39 (95.1)	33 (67.3)	0.0011	9.25 (1.95, 88.9)
15	¿La información que diariamente usted ha recibido de su familiar ha sido clara?	66 (73.3)	40 (97.6)	26 (53.1)	0.0001	0.03 (0.0, 0.2)
16	Cuando a su familiar le han realizado alguna exploración fuera de la UCI, ¿ha sido informado previamente por el médico?	53 (58.9)	38 (92.7)	15 (30.6)	0.0001	27.4 (7.08, 160.45)
17	¿Le parece adecuada la hora de la información?	37 (41.1)	24 (58.5)	13 (26.5)	0.0027	3.85 (1.48, 10.48)
18	¿Ha recibido puntualmente, a la hora establecida, la información de su familiar?	54 (60.0)	31 (75.6)	23 (46.9)	0.0091	3.45 (1.3, 9.73)
Relación con las visitas						
19	¿El horario de visitas le parece adecuado?	30 (33.3)	15 (36.6)	15 (30.6)	0.6546	1.3 (0.49, 3.45)
20	¿Le parece que debería cambiarse la hora de visitas?	14 (15.6)	6 (14.6)	8 (16.3)	0.9999	1.14 (0.31, 4.39)
21	¿Considera suficiente el tiempo estipulado para las visitas?	51 (56.7)	24 (58.5)	27 (55.1)	0.8319	1.15 (0.46, 2.9)
22	¿Cuánto tiempo considera que sería el más adecuado para permanecer con su familiar en una UCI?				0.5457	NA
	1 hora	38 (42.2)	18 (43.9)	20 (40.8)		
	2 horas	39 (43.3)	19 (46.3)	20 (40.8)		
	30 minutos	4 (4.4)	2 (4.9)	2 (4.1)		
	Indefinido	9 (10.0)	2 (4.9)	7 (14.3)		
23	¿Le parecería adecuado poder visitar a su familiar en horario abierto desde las 10:00 horas hasta las 23:00 horas?	22 (24.4)	4 (9.8)	18 (36.7)	0.0033	0.19 (0.04, 0.66)
24	¿Le parece escaso el número de familiares que pueden visitar a su familiar actualmente?	50 (55.6)	28 (68.3)	22 (44.9)	0.0338	0.38 (0.14, 0.98)
25	¿Preferiría sentarse para permanecer con su familiar en la hora de visita?	28 (31.1)	8 (19.5)	20 (40.8)	0.0398	0.36 (0.12, 1.0)

* Prueba U de Mann-Whitney; prueba exacta de Fisher en el resto de las comparaciones.

NA = no aplica. RIC = rango intercuartil. UCI = Unidad de Cuidados Intensivos. IC95% = intervalo de confianza de 95%.

validado en español para estudiar la satisfacción de familiares de pacientes de la UCI,¹³ de acuerdo con la relevancia para este estudio. Este instrumento consta de 25 ítems (o preguntas), divididas en tres secciones: condiciones medioambientales, relación con el personal médico y relación con las visitas. Para detectar una disminución $\geq 50\%$ en la proporción de los eventos de calidad en la atención médica de la UCI, calculamos que se requerían 44 familiares antes y 44 familiares después, para un total de 88 participantes. La muestra de estudio se distribuyó en una relación 1:1 (sin y con método estándar), la cual fue recolectada de forma no probabilística por cuotas en momentos distintos en el mismo centro; es decir, en una primera etapa se recolectó la información de todos los familiares sin la aplicación de la intervención hasta alcanzar el número requerido, posteriormente se aplicó el método estándar a todos los familiares hasta alcanzar la cuota requerida (Tabla 1).

Setenta y dos horas tras el ingreso de los pacientes a la UCI se revisaba elegibilidad para participación en el estudio. De cumplir con todos los criterios y tras la obtención del consentimiento informado, se aplicó un instrumento para evaluar la satisfacción con la atención brindada en la UCI y con el informe médico otorgado al o los familiares presentes en dicho momento. Durante la primera fase del estudio, se otorgó el informe médico de manera estándar o tradicional (hasta alcanzar la cuota). Durante la segunda fase se entrenó a los médicos para que otorgaran el informe médico con la metodología estandarizada, y se aplicara dicha modalidad de entrega del informe médico hasta alcanzar la cuota. Los familiares llenaron de manera manual la encuesta de satisfacción, los datos obtenidos fueron recolectados en una encuesta de Google Forms *ad hoc* y luego exportados a una hoja de cálculo para posterior análisis *off-line*.

El análisis estadístico se realizó con RStudio (versión 1.1 – © 2009-2018 RStudio, Inc.; La Jolla, California, EUA) utilizando el lenguaje R (versión 3.5 2018, *The R Foundation for Statistical Computing*) para MacOS Big Sur (versión 11.1). Las variables cuantitativas continuas se expresan como medias y desviación estándar (DE) y las discretas como medianas y rango intercuartil (RIC). Las variables cualitativas se describen con conteos absolutos y proporciones (porcentajes). Se comparó la proporción de eventos de calidad en la atención médica con y sin la intervención mediante prueba exacta de Fisher y los hallazgos se reportan con valor *p*, *Odds ratio* (OR) e intervalo de confianza de 95% (IC95%). Con el propósito de controlar el sesgo surgido de las posibles variables confusoras, se corroboraron los hallazgos en la encuesta de satisfacción mediante modelos de regresión logística y con curvas de características operativas del receptor (ROC). Finalmente, se realizaron análisis exploratorios de acuerdo al comportamiento observado de las variables y para contestar preguntas de inves-

tigación adicionales. En todos los casos se consideró que había diferencias estadísticamente significativas cuando el error de tipo I (valor *p*) fue menor de 0.05.

Este estudio cumple con los principios de la declaración de Helsinki para investigación en humanos, los lineamientos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (NOM-012-SSA3-2012) y fue autorizado por el Comité de Ética e Investigación local (número de registro: 259.2023). Los resultados presentados incluyen sólo la de los participantes que otorgaron su consentimiento informado.

RESULTADOS

Se identificaron 91 familiares de 81 pacientes que tenían criterios de elegibilidad para este estudio; un familiar fue excluido porque no otorgó consentimiento informado. Cada paciente tenía una mediana de un familiar (mínimo 1, máximo 3); dicha cifra fue similar entre el grupo que recibió el grupo no intervenido (un familiar, mínimo 1, máximo 1) y el intervenido (un familiar, mínimo 1, máximo 3). Cuarenta y nueve familiares (54.4%) recibieron el informe médico de manera tradicional, mientras que 41 (45.6%) recibieron el informe médico mediante la metodología estándar. Las características basales de los familiares y sus pacientes se muestran en la Tabla 3; se encontró que ambos grupos estuvieron equilibrados.

No se solicitó cambio de médico en ningún caso y se presentaron tres quejas por deficiencia en la calidad de la atención, todas en el grupo no intervenido. Por otro lado, 27 (30.0%) familiares reportaron que tuvieron dudas con el informe médico, de los cuales 26 (53.1%) estuvieron en el grupo no intervenido en contraste con sólo uno (2.4%) en el grupo con el método estandarizado ($p < 0.0001$, OR 0.02 [0, 0.16]; prueba exacta de Fisher). Consideramos que, de los ítems aplicados, los más importantes y que reflejan el objetivo del estudio de manera más contundente son los siguientes: 12, 13, 14 y 15.

Ítem 12 (Conocían el nombre de sus médicos): 90.2% en el grupo intervenido conocía el nombre de su médico respecto a 55.1% en el grupo no intervenido OR 7.4 (IC al 95% 2.2 a 32.8; $p = 0.0003$). Ítem 13 (Fueron informados adecuadamente de la situación clínica de su familiar): 97.6% en el grupo intervenido fueron informados adecuadamente vs 67.3% en el grupo no intervenido, OR 18.9 (IC al 95% 2.7 a 829.7; $p = 0.0002$). Ítem 14 (Comprendió adecuadamente la información en el momento del ingreso): 95.2% del grupo intervenido refirió comprender adecuadamente la información vs 67.3% del grupo no intervenido OR 9.2 (IC al 95% 1.9 a 88.9; $p = 0.001$). Ítem 15 evaluó la claridad de la información diaria otorgada en el informe médico, encontrando que 97.6% en el grupo intervenido la refirió como clara vs 53.1% en el no intervenido (OR 0.03 IC 95% 0.0-0.2), $p = 0.0001$. De manera similar, el grado de comprensión

Tabla 3: Características basales de familiares y pacientes.

Variable	Muestra N = 90 n (%)	Grupo		p
		Intervenido N = 41 n (%)	No intervenido N = 49 n (%)	
Familiares				
Mujeres	36 (40.0)	15 (36.6)	21 (42.9)	0.6664
Edad [años]; media ± DE	41.37 ± 12.69	38.89 ± 14.84	43.45 ± 10.27	0.0967*
Relación con el paciente				0.3354
Espos(a)	23 (25.6)	12 (29.3)	11 (22.4)	
Padre/madre	13 (14.4)	5 (12.2)	8 (16.3)	
Hermano(a)	22 (24.4)	9 (22.0)	13 (26.5)	
Hijo(a)	25 (27.8)	14 (34.1)	11 (22.4)	
Otro	7 (7.8)	1 (2.4)	6 (12.2)	
¿Es el familiar responsable?	61 (67.8)	28 (68.3)	33 (67.3)	0.9999
Escolaridad				0.4831
Sabe leer y escribir	19 (21.1)	8 (19.5)	11 (22.4)	
Escolaridad básica	31 (34.4)	12 (29.3)	19 (38.8)	
Licenciatura	34 (37.8)	19 (46.3)	15 (30.6)	
Postgrado	6 (6.7)	2 (4.9)	4 (8.2)	
Nivel socioeconómico				0.9999
Bajo	25 (27.8)	11 (26.8)	14 (28.6)	
Medio	45 (50.0)	21 (51.2)	24 (49.0)	
Medio alto o alto	20 (22.2)	9 (22.0)	11 (22.4)	
Pacientes				
Mujeres	42 (46.7)	19 (46.3)	23 (46.9)	0.9999
Edad [años]; media ± DE	47.9 ± 20.71	47.14 ± 23.43	48.55 ± 18.35	0.3816*
Estancia en la UCI (días); mediana [RIC]	3 [1]	3 [1]	4 [1]	0.0745*
Motivo de egreso				0.9591
Alta voluntaria	1 (1.1)		1 (2.0)	
Defunción	6 (6.7)	3 (7.3)	3 (6.1)	
Máximo beneficio	13 (14.4)	5 (12.2)	8 (16.3)	
Mejoría	70 (77.8)	33 (80.5)	37 (75.5)	
Otro	8 (8.9)	3 (7.3)	5 (10.2)	
Servicio de procedencia				0.6333
Cirugía de tórax y cardiovascular	12 (13.3)	4 (9.8)	8 (16.3)	
Infectología/medicina interna	16 (17.8)	7 (17.1)	9 (18.4)	
Neurocirugía	9 (10.0)	5 (12.2)	4 (8.2)	
Obstetricia	19 (21.1)	11 (26.8)	8 (16.3)	
Traslado de otro hospital	6 (6.7)	1 (2.4)	5 (10.2)	
Traumatología	8 (8.9)	5 (12.2)	3 (6.1)	
Urgencias	12 (13.3)	5 (12.2)	7 (14.3)	

* prueba U de Mann-Whitney; prueba exacta de Fisher en el resto de las comparaciones.
DE = desviación estándar. RIC = rango intercuartil. UCI = Unidad de Cuidados Intensivos.

del informe médico (evaluado mediante una escala tipo Likert, en donde 1 significa *nada* y 5 es *completamente*) fue superior en el grupo intervenido (5 [1] versus 4 [1] puntos, $p < 0.0001$, prueba U de Mann-Whitney).

Los resultados del instrumento para evaluar el grado de satisfacción de los familiares se presentan en la [Tabla 2](#). En todos los casos, se muestran los resultados que reflejan una respuesta positiva o de satisfacción del familiar evaluado; en el caso de los ítems 08 a 11 se utilizó una escala tipo Likert como forma de evaluación, en donde 0 refleja *nada comfortable* y 10 *completamente comfortable*. Se encontró que en la mayoría de los ítems (ítems 04, 06, 09, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 23, 24 y 25)

hubo diferencias significativas entre ambos grupos, que reflejaban mayor satisfacción en el grupo intervenido.

Posteriormente, se estableció un puntaje obtenido en el instrumento. Para ello, a cada ítem se le asignó un puntaje de 1 si la respuesta reflejaba satisfacción del familiar (a excepción para el caso de los ítems 08 a 11, que se consideró que reflejaban satisfacción si se seleccionaba un valor igual o mayor a 8 en la escala tipo Likert); se excluyeron los ítems 22, 23 y 25, puesto que reflejan preferencias personales, más que satisfacción con la atención en la UCI. De esta manera, el puntaje máximo posible fue de 22 puntos, y el mínimo posible 0 puntos. El puntaje mediano [RIC] de la muestra fue 11

[4], mientras que en el grupo intervenido fue de 13 [3] y en el no intervenido de 9 [4] ($p < 0.0001$, prueba U de Mann-Whitney).

Luego, se seleccionaron las variables de los familiares y pacientes (Tabla 3) que explicaban de manera directamente proporcional el puntaje total mediante la comparación de dos modelos lineales generalizados (uno completo, con todas las variables como variables independientes, y uno nulo; en ambos casos, la variable dependiente fue el puntaje total) con el método *stepwise* (eliminación e introducción progresivas) guiado por el criterio de información de Akaike. La relación con el paciente, ser el familiar responsable, el nivel socioeconómico, el grado de comprensión del informe médico, el grado de formación académico del médico que entregó el informe, el grupo de intervención, la edad del paciente y la causa de egreso explicaron 59.2% de la varianza (R^2 de McFadden).

Mediante curvas ROC con protocolo de Youden, se determinó el puntaje umbral que mejor reflejaba satisfacción del familiar. En todos los casos se tomó como predictor el puntaje total. Cuando se tomó como variable respuesta el grupo de intervención, el área bajo la curva (ABC) fue 90.2% (IC95%, 83.7-96.7%), con un umbral de 11.5 puntos (sensibilidad 100%, especificidad 68.9%). Por su parte, la comprensión del informe médico como variable respuesta resultó en ABC de 82.3% (74.1-90.6%), con un umbral de 11.5 puntos (sensibilidad 92.6%, especificidad 61.9%). De manera similar, la consignación de queja como variable respuesta resultó en ABC de 78.5% (67.1-89.9%), con un umbral de 9.5 puntos (sensibilidad 100%, especificidad 68.9%). Con estos resultados, se recategorizó el resultado del instrumento como presencia o ausencia de satisfacción y se determinó, además, la presencia del desenlace principal. Cuarenta y nueve (54.4%) familiares presentaron 11 puntos o menos en el instrumento, que estuvieron distribuidos en siete (17.1%) en el grupo intervenido y 42 (85.7%) en el grupo no intervenido ($p < 0.0001$, OR 0.04 [0.01, 0.12], prueba exacta de Fisher). De manera similar, 49 familiares presentaron el desenlace principal compuesto, que estuvo explicado por completo por el resultado de la encuesta de satisfacción, por lo que la distribución entre los grupos fue idéntica.

DISCUSIÓN

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

para proporcionar el reporte médico puede resultar en beneficios en la relación médico-paciente.

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

Los resultados de este estudio muestran un aumento significativo en la satisfacción de los familiares que recibieron informes a través de la encuesta estandarizada en comparación con aquellos que recibieron informes médicos de la manera convencional. Esta mejora en la satisfacción puede atribuirse a varios factores clave como la claridad y la comprensión. Como fue de esperarse, todos los ítems del instrumento relacionados con la relación del médico mostraron diferencias entre ambos grupos, con mayor satisfacción en el grupo intervenido. Sin embargo, fue interesante notar que hubo ítems relacionados con las condiciones medioambientales, las cuales son independientes de la relación médico-familiar, que también mostraron mayor satisfacción en el grupo intervenido. Esto probablemente debido a que una adecuada estrategia de comunicación puede sopesar, en cierta manera, condiciones secundarias a la comunicación, como lo puede ser el sitio en donde se entrega el informe, el horario y el tiempo de éste.

El método estandarizado proporcionó información de una manera más clara y comprensible para los familiares. La estructura organizada del método fomenta que se aborden sus inquietudes de forma detallada y sistemática, lo que condujo a una mejor comprensión de la situación médica del paciente. Esto es equiparable a la literatura publicada en la que se menciona que es importante someter a rutinas de información el informe médico para así poder facilitar el proceso de comunicación médico-familiar.¹⁴

Otra posible explicación es que la encuesta permitió una mayor participación de los familiares en el proceso de obtención de información. Esto les otorgó un rol activo en la toma de decisiones y fomentó su involucramiento en el cuidado y la planificación del tratamiento del paciente. Por último, la encuesta otorgó a los familiares un sentido de empoderamiento al permitirles expresar sus preguntas e inquietudes específicas. Esto resultó en informes más personalizados y adaptados a las necesidades y dudas individuales de cada familiar.

En conjunto, este estudio subraya la importancia de un enfoque centrado en el paciente y la familia en la comunicación médica. La implementación de encuestas estandarizadas puede ser una estrategia efectiva para mejorar la satisfacción de los familiares y la comprensión de la información médica crítica. De manera

indirecta, el aumento en la satisfacción de los familiares con la UCI puede disminuir los problemas médico-legales e, incluso, podría ser una herramienta de política pública en salud para mejorar la atención.

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

Asimismo, consideramos que el uso de una herramienta protocolizada para la entrega del informe médico tiende a facilitar dicho evento, ya que con el paso del tiempo el médico que habitualmente ocupa esta herramienta tiende a recordarla fácilmente y con ello se obtiene una mecánica en la forma ordenada de comunicar las noticias relevantes del paciente en turno; sin embargo, concordamos que además de una herramienta de este tipo, sería aconsejable implementar técnicas de aprendizaje en la mejora de la comunicación como el uso de cursos de programación neurolingüística en la formación de los médicos que habitualmente entregan informes médicos, y más aún si se entregan estos informes en áreas críticas para así fortalecer esta herramienta en un futuro.

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

CONCLUSIONES

La entrega de reportes médicos con un enfoque centrado en el paciente y la familia tiene efectos positivos en la satisfacción probablemente relacionados con la mayor claridad de la información proporcionada.

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

El uso de una herramienta metodológica práctica y de fácil aprendizaje facilita al médico en formación a

recordar el orden en el cual podría otorgar informes médicos para así realizar esta práctica.

REFERENCIAS

1. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Katsouda E, Vlahos L. Patterns and barriers in information disclosure between health care professionals and relatives with cancer patients in Greek society. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2005;14(2):175-181.
2. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*. 1995;40(7):903-918.
3. Taype-Huamani WA, De La Cruz-Rojas LA. Communicating medical reports to family members in times of COVID-19. *Rev Fac Med Hum*. 2021;21(1):246-247.
4. Schaefer KG, Block SD. Physician communication with families in the ICU: evidence-based strategies for improvement. *Curr Opin Crit Care*. 2009;15(6):569-577.
5. Paul F, Rattray J. Short- and long-term impact of critical illness on relatives: literature review. *J Adv Nurs*. 2008;62(3):276-292.
6. Novaes MA, Knobel E, Bork AM, Pavao OF, Nogueira-Martins LA, Ferraz MB. Stressors in ICU: perception of the patient, relatives and health care team. *Intensive Care Med*. 1999;25(12):1421-1426.
7. Alvarez GF, Kirby AS. The perspective of families of the critically ill patient: their needs. *Curr Opin Crit Care*. 2006;12(6):614-618.
8. Dheensa S, Fenwick A, Shkedi-Rafid S, Crawford G, Lucassen A. Health-care professionals' responsibility to patients' relatives in genetic medicine: a systematic review and synthesis of empirical research. *Genet Med*. 2016;18(4):290-301.
9. Myhren H, Ekeberg O, Stokland O. Satisfaction with communication in ICU patients and relatives: comparisons with medical staffs' expectations and the relationship with psychological distress. *Patient Educ Couns*. 2011;85(2):237-244.
10. Stricker KH, Kimberger O, Schmidlin K, Zwahlen M, Mohr U, Rothen HU. Family satisfaction in the intensive care unit: what makes the difference? *Intensive Care Med*. 2009;35(12):2051-2059.
11. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med*. 2007;356(5):469-478. Erratum in: *N Engl J Med*. 2007;357(2):203.
12. Damghi N, Khoudri I, Oualili L, Abidi K, Madani N, Zeggwagh AA, et al. Measuring the satisfaction of intensive care unit patient families in Morocco: a regression tree analysis. *Crit Care Med*. 2008;36(7):2084-2091.
13. Pérez Cárdenas MD, Rodríguez Gómez M, Fernández Herranz AI, Catalán González M, Montejo González JC. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Medicina Intensiva*. 2004;28(5):237-249.
14. Abizanda CR, Bernat AA, Ballester AR, Bisbal AE, Vidal TB, Cubedo BM, et al. Estrategias de información en una Unidad de Cuidados Intensivos polivalente. *Med. Intensiva*. 2008;32(5):216-221. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912008000500002&lng=es.

Patrocinios: este estudio forma parte de las actividades académicas y de formación de José Manuel Albisua Aguilar.

Conflicto de intereses: los autores no tienen conflicto de intereses que declarar.

Correspondencia:

José Manuel Albisua Aguilar

E-mail: chemaalbisua@hotmail.com