

Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos

M.D. PÉREZ CÁRDENAS, M. RODRÍGUEZ GÓMEZ, A.I. FERNÁNDEZ HERRANZ,
M. CATALÁN GONZÁLEZ Y J.C. MONTEJO GONZÁLEZ

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Objetivo. Valorar el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos (UCI) respecto al entorno asistencial y a la información recibida, motivando la reflexión sobre la atención prestada y analizando los procesos susceptibles de mejora.

Diseño. Estudio prospectivo, descriptivo durante un período de 4 meses.

Ámbito. UCI polivalente del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

Pacientes. Pacientes adultos ingresados en la UCI y que fueron dados de alta a planta de hospitalización.

Intervención. Se diseñó una encuesta con 40 preguntas que se distribuyó a los familiares de primer grado de los pacientes a los 15 días del alta de la unidad. La recogida de los datos se efectuó mediante entrevista personal o telefónica.

Variables de interés principales. En la encuesta se recogieron datos demográficos; motivo de ingreso y sus complicaciones durante el éste; condiciones medioambientales (intimidad, ruidos, mobiliario, sala de espera, limpieza, etc.); relación con el personal médico y la calidad de la información que había recibido; relación con el personal de enfermería (información sobre los cuidados y las normas de la UCI); y, por último, la organización y los tiempos de la visita.

Resultados. Se incluyó en el estudio a 55 pacientes. Los motivos más frecuentes de ingreso

fueron: insuficiencia respiratoria grave, 33,3%; patología neurológica, 33,3%, y sepsis de diverso origen, 21,6%. El tiempo medio (DE) de estancia en la UCI fue de 8,8 (8) días. Respecto a las condiciones medioambientales, se detectó la necesidad de una sala de espera acondicionada y una sala de información más amplia e iluminada. El 98% de los encuestados consideró óptimos la limpieza y el orden de la UCI. El nivel de ruido y la iluminación ambientales se valoraron positivamente. El 89% de los encuestados consideró la información médica diaria clara y el 82%, adecuado el horario de información. La información diaria acerca de los procesos de cuidados de enfermería se valoró como fluida y adecuada. Se detectó un elevado porcentaje de respuestas que indicaban la necesidad de ampliar el tiempo de permanencia con su familiar.

Conclusiones. La relación del personal sanitario con los familiares de los pacientes fue valorada positivamente, pero los resultados detectaron la necesidad de realizar mejoras estructurales en la UCI y modificar el régimen de visita.

PALABRAS CLAVE: unidad de cuidados intensivos, paciente crítico, grado de satisfacción familiar, información, ansiedad.

EVALUATION OF SATISFACTION AMONG THE RELATIVES OF PATIENTS ADMITTED TO AN INTENSIVE CARE UNIT

Objective. To evaluate the degree of satisfaction with the healthcare environment and the information received among relatives of patients admitted to an intensive care unit (ICU) in order to stimulate reflection about the healthcare provided and analyze the factors that could be improved.

Design. Prospective, descriptive study performed over a 4-month period.

Correspondencia: Dra. M.D. Pérez Cárdenas.
Servicio de Medicina Intensiva. Unidad Polivalente. Hospital Universitario 12 de Octubre.
Ctra. de Andalucía, km. 5,4. 28041 Madrid. España.
Correo electrónico: lolapces@yahoo.es

Manuscrito aceptado el 29-I-2004.

Setting. General ICU of the 12 de Octubre University Hospital in Madrid (Spain).

Patients. Adult patients admitted to the ICU who were discharged to the admissions ward.

Intervention. A questionnaire with 40 questions was designed and distributed to the first degree relatives of patients 15 days after discharge. Data collection was performed by face-to-face or telephone interviews.

Main variables. In the questionnaire, data were gathered on demographic information, reason for admission and complications during admission, environmental conditions (privacy, noise, furniture, waiting room, cleanliness, etc.), dealings with the medical staff and quality of the information received, dealings with nursing staff (information on nursing care and the unit's rules) and, lastly, organization and visiting times.

Results. Fifty-five patients were included in the study. The most frequent reasons for admission were severe respiratory failure (33.3%), neurological disorders (33.3%) and sepsis of diverse origin (21.6%). The mean length (SD) of stay in the ICU was 8.8 (8) days. Concerning environmental conditions, the need for an air-conditioned waiting room and a larger and better-lit information office was identified. The cleanliness and tidiness of the ICU were considered optimal by 98% of those interviewed. The level of noise and lighting were positively evaluated. Eighty-nine percent of those interviewed considered the daily medical information received to be clear and 82% believed the timing of information to be appropriate. Daily information on nursing care was evaluated as steady and appropriate. A high percentage of responses identified the need for longer visiting hours.

Conclusions. Dealings with staff were positively evaluated by patients' relatives but the need to implement structural improvements in the ICU and to modify visiting times was identified.

KEY WORDS: *intensive care unit, critically-ill patient, degree of satisfaction among relatives, information, anxiety.*

INTRODUCCIÓN

Las unidades de cuidados intensivos (UCI), en general, suelen ser lugares en donde la tecnología y la eficacia práctica predominan sobre las relaciones personales y la calidad humana.

El ingreso del paciente en una UCI somete a los miembros de la familia a una situación difícil. Familia y paciente, separados físicamente de su medio habitual y del apoyo afectivo, sufren y están angustiados¹⁻³. Si se considera a la familia como un núcleo en donde cada miembro que lo integra se interrelaciona, la hospitalización de uno de ellos origina una situación de crisis y desestabilización que repercute en todos sus componentes^{4,5}.

El personal de enfermería tiene un papel relevante para aclarar dudas, aconsejar a los miembros de la familia respecto a la actitud que deben adoptar con

el enfermo y animarles a superar los miedos, para poder prestar una estrecha colaboración en los cuidados de aquél. Para el paciente, la participación de la familia en estas actividades supone, en la mayoría de las ocasiones, un alivio de su angustia, sentimientos de impotencia, frustración y ansiedad⁴.

Las familias tienen que compaginar sus sentimientos con la comprensión de explicaciones complejas acerca del curso de la enfermedad, y a veces, se ven en la necesidad de aceptar lo inevitable o de participar en la toma de decisiones comprometidas. Estos conflictos afectivos y emocionales a los que deben enfrentarse no sólo afectan a la salud psíquica del familiar, sino que además condicionan la recuperación física del paciente^{6,7}.

El ambiente hostil de las UCI, repleto de estímulos nocivos, y el hecho de no considerar a la familia como un componente importante del entorno del paciente generan temor y ansiedad, y se manifiestan en forma de reacciones de agresividad.

El paciente y su familia se encuentran en situación de desesperanza, soledad e impotencia; angustiados por el miedo al futuro y al dolor. Muchas veces estos sentimientos se ven exacerbados por el alto grado de complejidad técnica que los rodea y la falta de comunicación con el personal sanitario⁸.

Concienciarse de la repercusión psicológica que supone esta problemática obliga a los profesionales de la salud, principalmente a la enfermería, a plantearse un enfoque integral de cuidados del enfermo. Asimismo, incluye, en el ámbito hospitalario, la organización institucional de espacios y tiempos disponibles para que la familia pueda asumir, integrarse y compartir tareas relacionadas con el paciente^{9,10}.

El objetivo de nuestro trabajo fue valorar el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en nuestra UCI respecto al entorno asistencial y a la información recibida. Con los resultados obtenidos se pretendía realizar una reflexión crítica por parte de los profesionales sanitarios (médicos, personal de enfermería, etc.) sobre la atención ofrecida a los familiares de los pacientes en la práctica clínica diaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realizó en la UCI polivalente del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. Es un hospital terciario con 1.300 camas, localizado en el área sur de Madrid, cuya UCI polivalente tiene una capacidad de 11 camas. Está distribuida en 2 pasillos asistenciales con 6 camas en un pasillo (1 de ellas de aislados) y 5 camas en el otro, con un área común. Lo que se considera sala de espera de nuestra UCI es un área de paso compartida con el quirófano y la planta de hospitalización.

El protocolo de recepción al ingreso es una hoja informativa que se distribuye a los familiares de los pacientes en el momento del ingreso y en la que se recogen los horarios de las visitas y todas las normas de la unidad (anexo I).

Se diseñó y validó una encuesta con 40 preguntas que se distribuyó a los familiares de primer grado de

los pacientes ingresados en la UCI, a los 15 días de alta (anexo II).

En la encuesta se recogieron:

1. Datos demográficos.
2. Motivo del ingreso y sus complicaciones durante el mismo.
3. Las condiciones medioambientales: limpieza, iluminación, ruidos, mobiliario, sala de espera, intimidad, etc.
4. Relación con el personal médico: información.
5. Relación con el personal de enfermería: información sobre cuidados, normas de la UCI.
6. Organización y tiempos de visita.

La población estudiada fueron los familiares de los pacientes ingresados en nuestra UCI entre los meses de septiembre y diciembre de 2002 y que fueron dados de alta. Los familiares de los pacientes fallecidos en dicho período no fueron encuestados. La recogida de datos se llevó a cabo mediante entrevista personal en los casos de pacientes que continuaban ingresados en una planta de hospitalización o de forma telefónica por personal de la propia unidad si se habían trasladado a su domicilio.

RESULTADOS

El número de pacientes ingresados en ese período fue de 110 y se realizaron 55 entrevistas. La edad media (DE) de los pacientes fue de 56,85 (12,6) años, con un tiempo medio de estancia en la UCI de 8,8 (8) días.

El diagnóstico principal de ingreso en la UCI fue insuficiencia respiratoria en el 33,3% de los casos, sepsis de diverso origen en el 21,6%, y trasplante hepático y enfermedad neurológica en el 20%.

Respecto al grado de parentesco de las personas encuestadas, el 44,2% de los que contestaron eran hijos de los pacientes y el 38,4% eran los cónyuges (fig. 1).

Si se analizan los resultados del primer bloque de estudio y las condiciones medioambientales, para el 94% de los casos era la primera vez que tenían un familiar ingresado en una UCI y les resultó fácil localizarla al 63%. Se les preguntó si consideraban que existía sala de espera: el 89,9% respondió que no, aunque el 10,9% que contestó afirmativamente consideraba que ésta no era adecuada en un 94% de los casos.

En relación con la sala de información, el 67% de los familiares consideró que era poco acogedora y el 27,2% respondió que no era nada acogedora. Sólo el 5,4% indicó que la sala era muy adecuada.

El 98,5% consideró que la limpieza de la UCI era óptima y el orden aceptable en el 98,1%. Los medios (sábanas, mantas, almohadas, etc.) de que se disponía parecían suficientes al 94,5% de los encuestados.

Uno de los intereses de la encuesta era conocer cómo percibía la familia los distintos aspectos ambientales en nuestra unidad: ruido, iluminación, comodidad de la cama e intimidad. Para ello se les presentó una escala de puntuación de 0 a 10. El 61% de los familiares consideró que el nivel de ruido de la unidad estaba por encima del grado óptimo o deseable (fig. 2). Respecto a la iluminación, el 65% expresó que la luz natural que reciben los pacientes es la adecuada; el 34% de las familias descontentas con respecto a la iluminación podría relacionarse con que 2 habitaciones tienen ventanas más pequeñas (fig. 3). Preguntados sobre la comodidad de la cama (ya que éstas son articuladas), el 73% de los familiares estaba satisfecho sobre este punto, y destaca que el 42% puntuó el máximo de 10 (fig. 4). Respecto al grado de intimidad de los pacientes, el 56% de los familiares consideró que no preservamos la intimidad de nuestros pacientes (fig. 5).

Los datos referentes a la relación con el personal médico indicaron que casi un 60% de los familiares

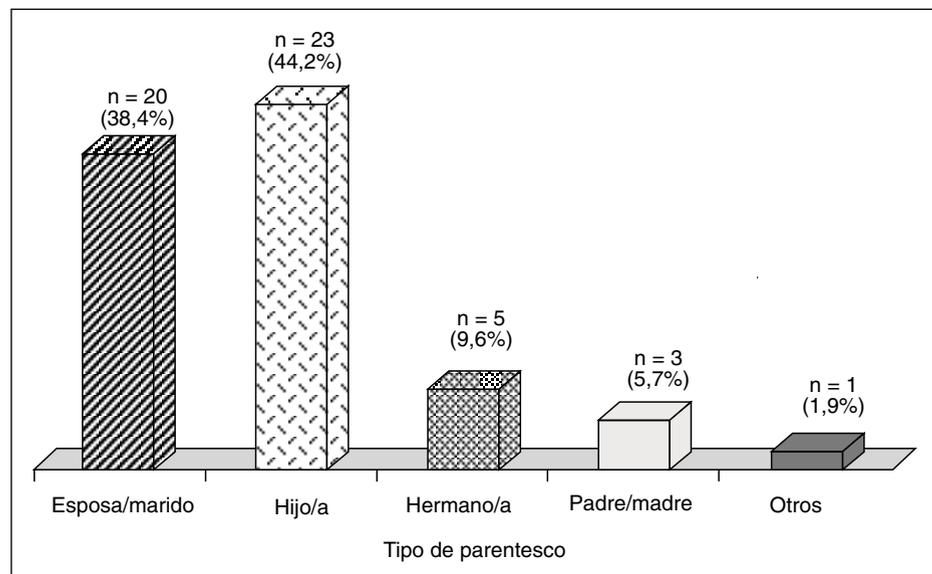


Figura 1. Parentesco de las personas entrevistadas.

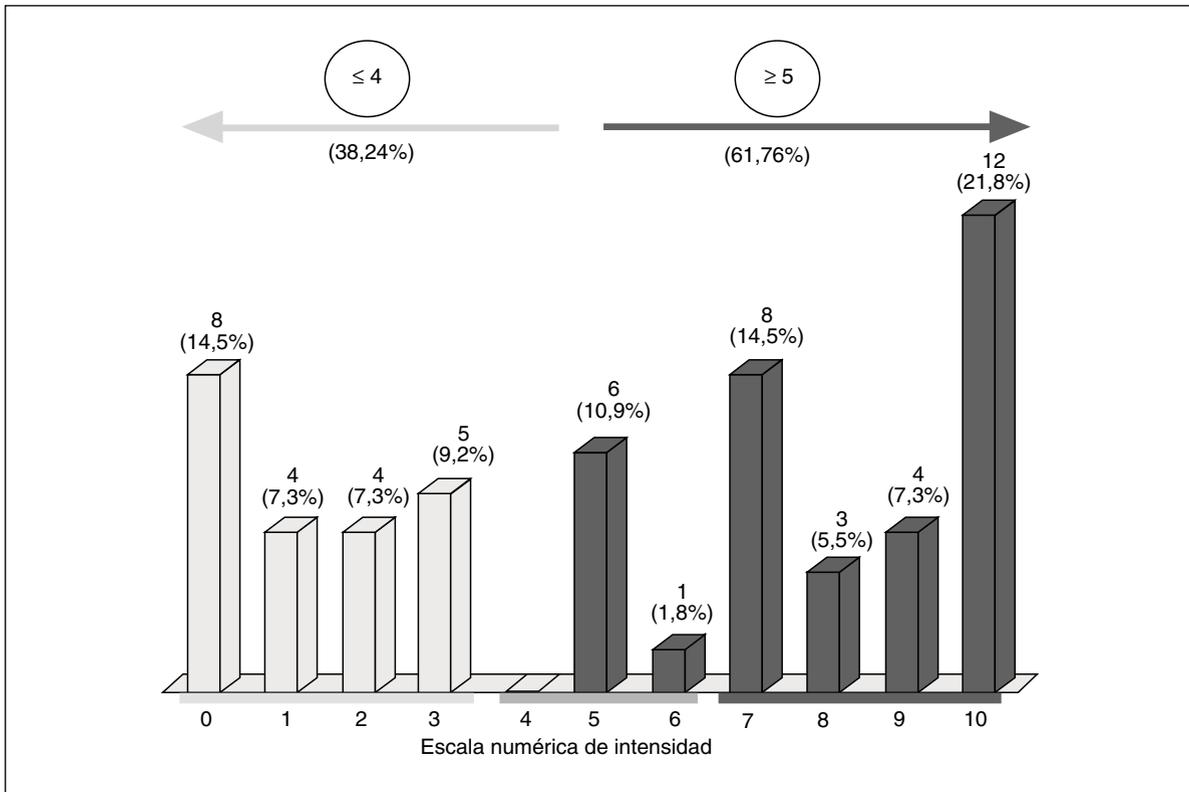


Figura 2. Condiciones medioambientales: puidos.

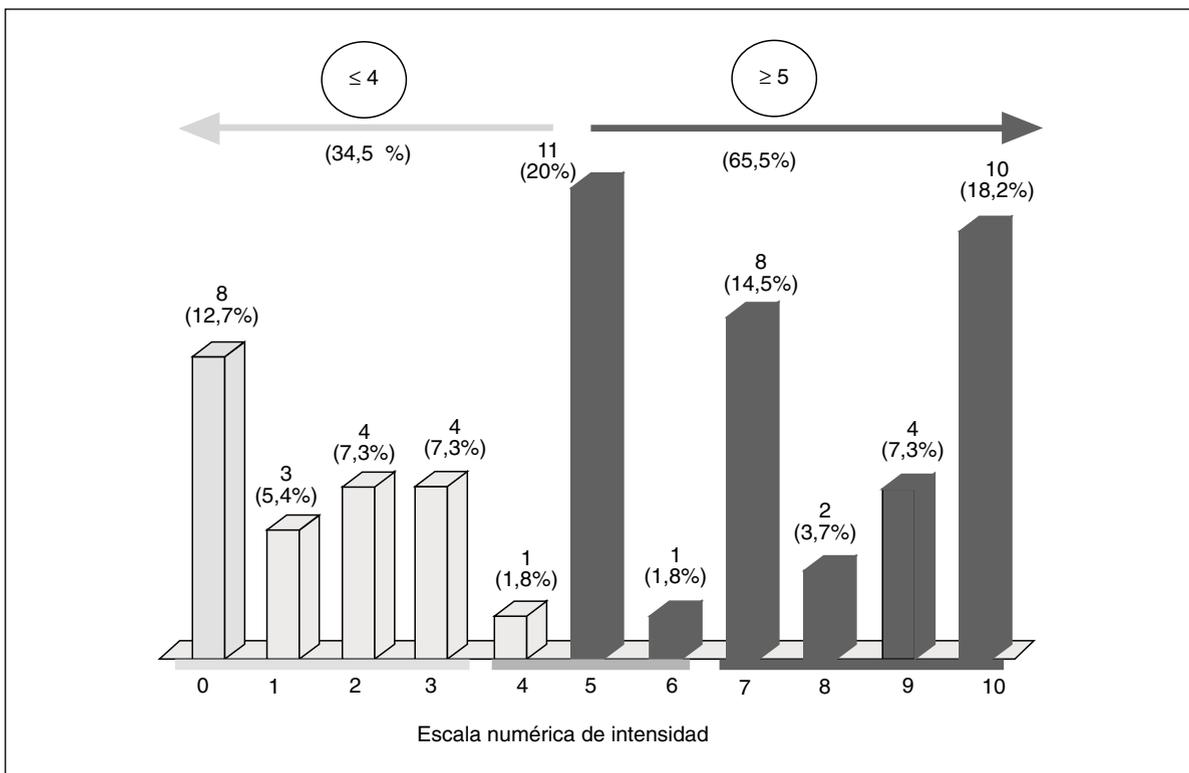


Figura 3. Condiciones medioambientales: Luminación.

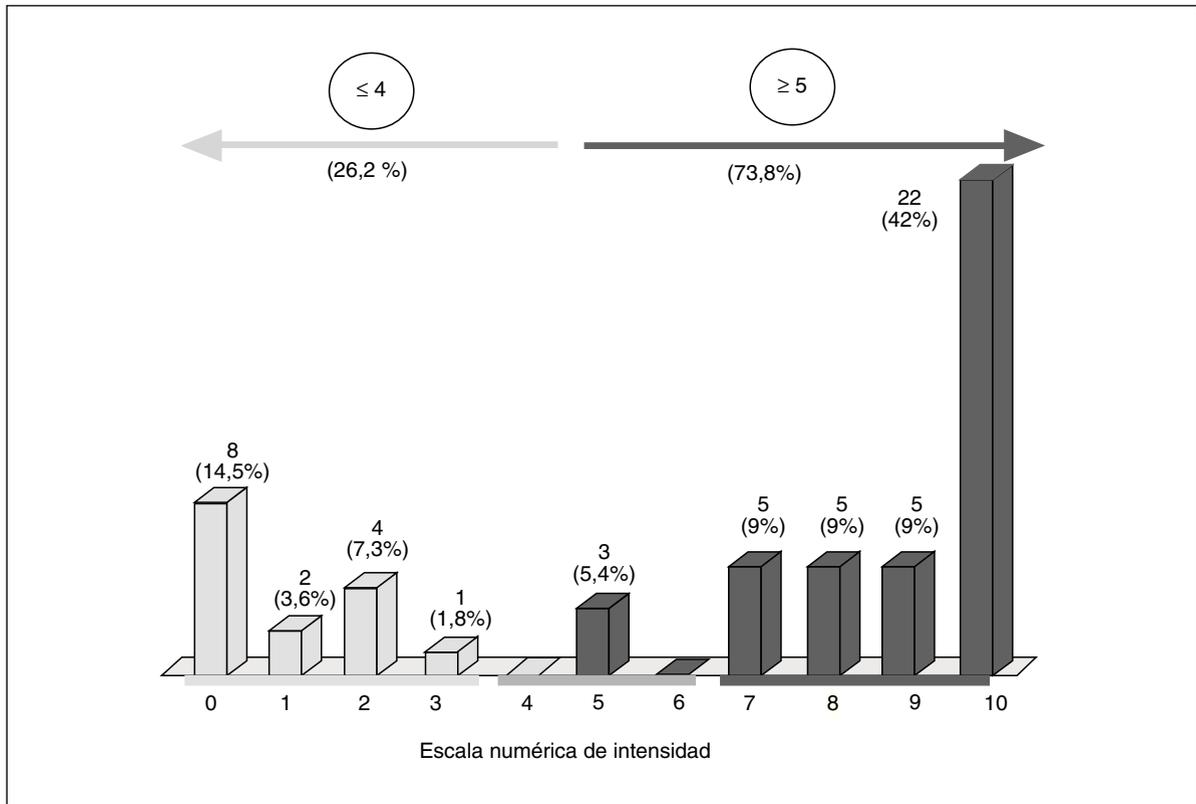


Figura 4. Condiciones medioambientales: Comodidad.

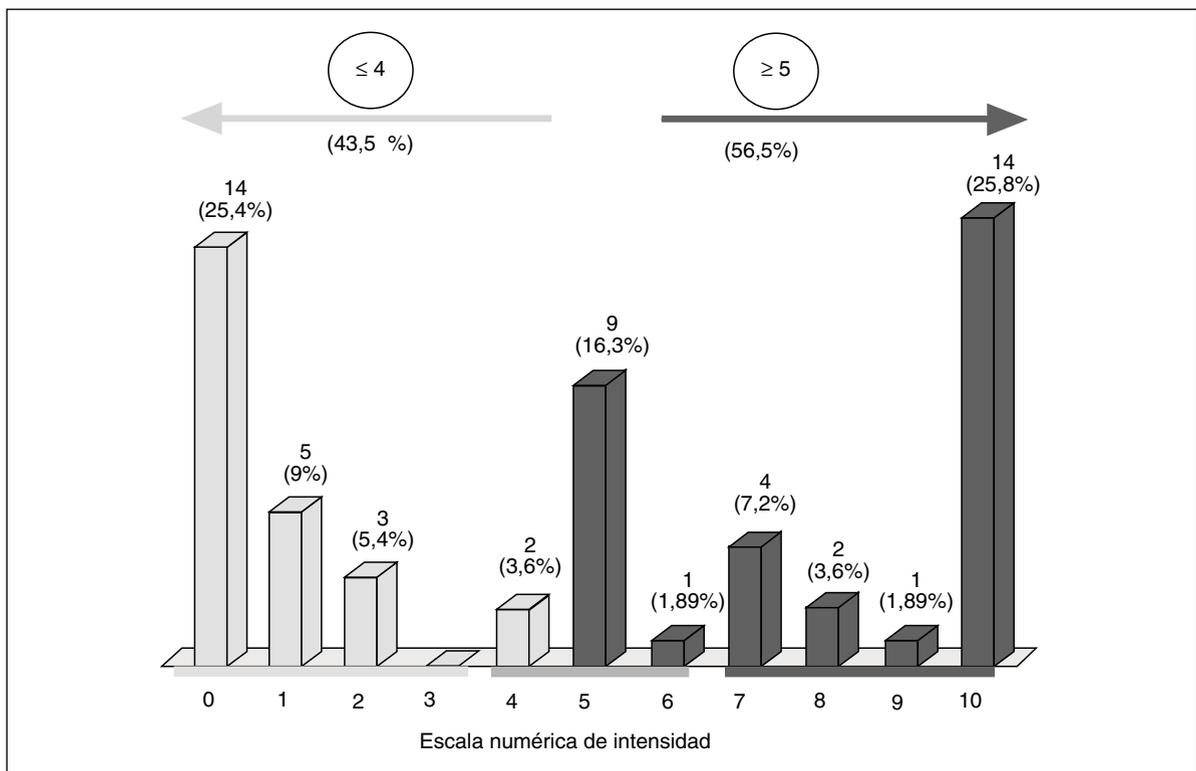


Figura 5. Condiciones medioambientales: Intimidad.

conocía al médico que atendía a su familiar. El 94% comentó haber sido informado de la situación clínica de su familiar en el momento del ingreso, y casi el 90% la comprendió. Respecto a la información diariamente recibida, el 89% la consideró clara aunque con poca puntualidad en el 90% de los casos.

También se preguntó a los encuestados si consideraban adecuado el horario actual para la información diaria: el 81% opinó afirmativamente. Asimismo, en el 78,1% de los casos se cumplió el protocolo de recepción al ingreso con la entrega de la hoja informativa de la UCI.

Cuando se efectuaron traslados intrahospitalarios para realizar pruebas diagnósticas (tomografía computarizada, arteriografía, resonancia magnética, etc.), se informó en el 67,3% de los casos, a pesar de que normalmente son pruebas que conllevan cierto grado de urgencia. Estos resultados están en relación con la hora de realización de la prueba (turno de mañana, tarde o noche).

Se realizó una pregunta abierta para que los encuestados comentasen si habían cambiado su opinión acerca de la información médica. Los familiares reflejaron, en ocasiones, falta de humanidad en la información ya que, a veces, ésta era brusca y se transmitía con poco "tacto". También señalaron la posibilidad de comunicar qué estaba ocurriendo en el interior de la unidad cuando el horario de información no se cumplía de manera puntual, por la ansiedad que genera, en la sala de espera, el retraso de la información sobre su familiar.

Igualmente se intentó conocer cómo era la relación con los profesionales de enfermería. Sólo el 40% de los encuestados conocía el nombre del profesional de enfermería que atendía a su familiar (a

pesar de que es el mismo profesional durante todo el ingreso). El 87% no sabía a quién se hubiera dirigido en caso de haber existido algún problema (supervisora, jefe de sección, etc.). Pero a pesar de que sólo un pequeño porcentaje de familiares conocía el nombre del profesional de enfermería, consideraban que la relación con el personal de enfermería había sido fluida en el 70% de los casos. Respecto a si los familiares se habían sentido informados acerca del proceso de cuidados habituales que se realizaba al paciente por parte del personal de enfermería (higiene, integridad de la piel, nutrición que recibía, grado de comunicación que podían establecer con el enfermo, el estado de ánimo del paciente y la posibilidad de disponer de ayuda espiritual), se detallan los resultados en la figura 6.

Analizado el módulo de estudio del tiempo de visita, el 57,4% consideró que era adecuado, pero había una notable diferencia relacionada con la enfermedad y el índice de gravedad del paciente. Los familiares de pacientes conscientes demandaban más tiempo de horario de visita, mientras que los familiares de los pacientes intubados y bajo sedoanalgesia consideraban el tiempo de visita adecuado, probablemente porque no sabían cómo comportarse con su familiar en esas condiciones. El 68,5% consideró el horario de visitas adecuado, aunque demandaba una franja horaria más amplia para poder adaptarse mejor a sus horarios laborales, obligaciones familiares, etc.

En cuanto al número de familiares en cada pase de visita, el 61,1% lo consideró adecuado para poder preservar la tranquilidad y el bienestar del paciente. No obstante, se detectó un elevado porcentaje de respuestas que indicaban la necesidad de

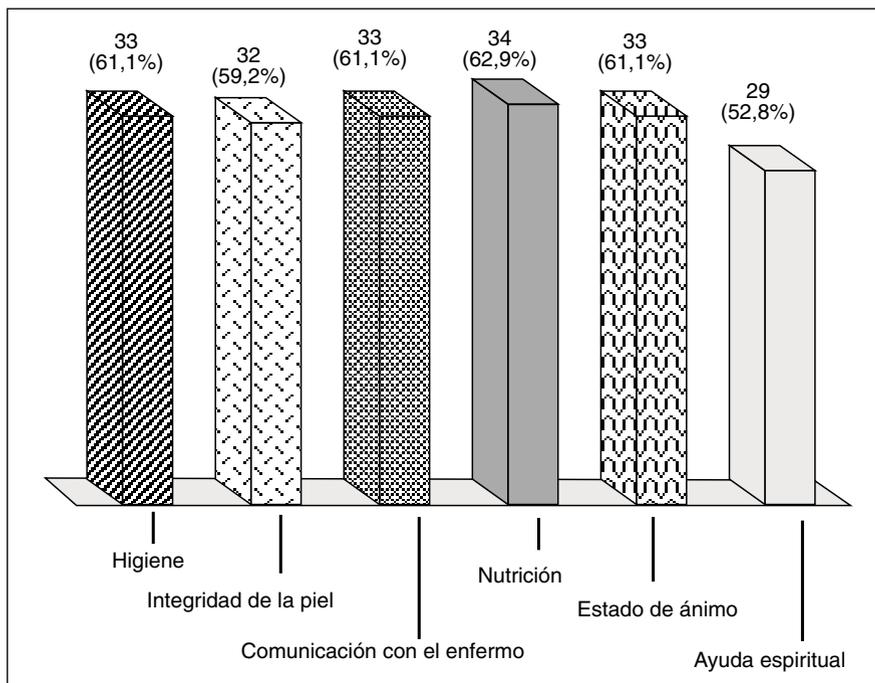


Figura 6. Información sobre el proceso de cuidados.

ampliar el tiempo de permanencia con su familiar (52,2%).

DISCUSIÓN

A las familias se les está ofreciendo cada día mayor participación en los cuidados del paciente crítico en las UCI, lo que permite disminuir la ansiedad y favorece el grado de satisfacción tanto de la familia como del paciente¹¹⁻¹³.

Permitir que los miembros del núcleo familiar ayuden en los cuidados del paciente ingresado en una UCI implica mayor esfuerzo por parte del personal sanitario responsable del enfermo. Sin embargo, los beneficios que puede proporcionar superan a los problemas que se desencadenan debido a la necesidad de un primer aprendizaje^{6,7}. Una UCI no es un espacio cerrado en donde la frialdad del deber bien cumplido es suficiente para proporcionar todo el apoyo que necesita un paciente crítico¹⁴⁻¹⁶.

A pesar de que la preocupación fundamental de los familiares de los pacientes ingresados en una UCI es el estado de salud de éstos, es importante proporcionar un ambiente acogedor, cálido, con las medidas medioambientales y psicológicas adecuadas que ayuden a superar la mayor parte de las dificultades^{17,18}.

En nuestro estudio se detectó la necesidad de realizar mejoras en las salas de espera e información porque les parecían frías, pequeñas y poco acogedoras. Además, se objetivó la necesidad de actualizar el mobiliario ya que está bastante deteriorado. Estos resultados reflejan la realidad de la mayoría de los grandes hospitales españoles de la sanidad pública con más de 20 años de antigüedad. La renovación del mobiliario debería suponer, entre otras, una de las prioridades del presupuesto de la sanidad pública.

La limpieza y el orden cumplen las expectativas de los familiares, pero no la intimidad del paciente y su familia debido a la infraestructura arquitectónica de nuestra UCI, con habitaciones abiertas sin medios para individualizarlas. Aunque observamos que lo único que realmente tiene importancia para los familiares es que su familiar se recupere de su enfermedad.

Uno de los aspectos que debería mejorarse es la puntualidad en el horario de información médica ya que, a veces, se relega a un segundo plano la puntualidad frente a la prioridad de realizar determinadas técnicas, lo que puede generar ansiedad y angustia los familiares. También debe mejorarse el grado de cumplimiento del protocolo de recepción al ingreso, en muchas ocasiones olvidado por parte de todos los miembros del equipo sanitario ante la gravedad de la situación clínica del paciente. En estos momentos iniciales del ingreso, en los cuales las familias están bloqueadas por la situación, recibir la información fundamental por escrito respecto a las normas de la UCI, sistemática, etc., les proporciona mayor seguridad.

La relación y la información respecto al personal de enfermería se valoraron positivamente en todos los aspectos, agradeciendo notablemente la accesibilidad y la comprensión en momentos tan difíciles^{19,20}. Sin embargo, la escasa información que se proporciona a los pacientes y la familia por parte del personal de enfermería se debe a que “algunos profesionales de enfermería están convencidos de que la labor de informar es una tarea exclusiva de los médicos”. Este hecho hace pensar que todavía la mentalidad de enfermería está muy lejos de considerar a la familia como sujeto de cuidados en las UCI, a pesar que desde 1855 F. Nightingale consideraba que todo lo que constituye el entorno del paciente es un elemento nuclear en la disciplina de enfermería y, por tanto, la familia se considera parte de este entorno inmediato y necesario⁴⁻⁶. Es necesario asumir y superar el miedo que supone enfrentarse al entorno familiar del enfermo y compaginar el trabajo profesional diario con la familia. El profesional de enfermería está suficientemente preparado para afrontar el esfuerzo extraordinario que supone esta nueva mentalidad al incorporar el entorno familiar en los cuidados del paciente crítico.

Nuestro sistema sanitario, a pesar del enfoque biomédico, ha evolucionado hacia un aumento de la participación de la familia en el proceso salud-enfermedad. Sin embargo, como vemos en este estudio y en otros publicados por otros autores, los modelos de organización de visitas para las UCI no incorporan esta filosofía en la práctica de enfermería^{7,8,15,16}.

A pesar de que existen publicaciones que demuestran que una de las principales necesidades manifestadas por los familiares es la adecuación de los horarios de visitas de forma individualizada a su organización familiar^{21,22}, en muchas UCI se mantienen sistemas de visitas rígidos y no se permite a la familia ser agente de cuidados sino un mero visitador^{23,24}.

Creemos que el horario de visita debería ajustarse a las características y necesidades de cada paciente y adaptarlo de manera personalizada^{25,26}.

El reto es conocer qué está pasando en la realidad de nuestras UCI para poder avanzar en los aspectos más humanos de la atención sanitaria. En las áreas de cuidados intensivos las situaciones críticas y trascendentes para la vida de nuestros pacientes proporciona momentos de estrés e insatisfacción personal que pueden repercutir en los cuidados de nuestros enfermos y su familia. La reflexión sobre estos temas tan trascendentes supone intentar recuperar la humanidad, en el contexto de la última tecnología de que disponen la mayoría de las UCI, y reconsiderar la importancia que tienen los cuidados del enfermo y del entorno familiar.

Esta experiencia debe servir como punto de reflexión para modificar nuestra mentalidad y actitud respecto a la interrelación y las funciones que deberían asumir tanto la familia como la enfermería y los médicos respecto al paciente crítico, que es el obje-

tivo principal. Asimismo, el sistema de visitas debería hacerse más personalizado, según las necesidades de cada paciente y los requerimientos del núcleo familiar.

Nuestros resultados y las conclusiones que se han extrapolado son el reflejo de una realidad que debemos asumir y que es la preocupación de la inmensa mayoría de las UCI en cualquier lugar del planeta^{7-9,18}. Un paciente crítico supone afrontar la muerte con todas las consecuencias e implicaciones que desencadena en el entorno familiar. Debemos de realizar la autorreflexión sistemática para no olvidar que el enfermo crítico es un ser humano y no una enfermedad para salvar exclusivamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Lemaire F, Hubert P, Canoni P, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision – making capacity. *Crit Care Med* 2001;29:1893-7.
2. Fores G. Al otro lado de la puerta. *REMI* 2002; 2: S1.
3. Velasco JM. A ambos lados de la puerta. *REMI* 2002;2:S2.
4. Bernat Bernat, R, López Ruiz J, Fonseca Roselló J. Vivencias de los familiares del enfermo ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos. Un estudio cualitativo. *Enfermería Clínica* 1999; 10:19-32.
5. Díaz JF, Castañón R, Carrión F, Rodríguez JJ, Ramón M. Cuidados a familiares de pacientes críticos. *Enfermería Científica* 1997;184-185:26-30.
6. Robb YA. Family nursing in intensive care part two: the needs of family with a member in intensive care. *Intensive Critical Care Nursing* 1998;14:203-7.
7. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Arich C, Brivet F, Brun F, et al. Family participation in care to the critically ill: opinions of families and staff. *Intensive Care Med* 2003;29:1498-504.
8. Azoulay E, Chevret S, Leleu G, Pochard F, Barboten M, Adrie C, et al. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Crit Care Med* 2000;28:3044-9.
9. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Lemaire F, Mokhtari M, LeGall FR, et al. Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163:135-9.
10. Studdert DM, Mello MM, Burns JP, Puopolo AL, Galper BZ, Truog RD, et al. Conflict in the care of patients with prolonged stay in the ICU: types, sources, and predictors. *Intensive Care Med* 2003;29:1489-97.
11. Wasser T, Pasquale MA, Matchett SC, Bryan Y, Pasquale M. Establishing reliability and validity of the critical care family satisfaction survey. *Crit Care Med* 2001;29:192-6.
12. Cook D. Patient autonomy versus parentalism. *Crit Care Med* 2001;29:N24-5.
13. Meier DE, Morrison RS. Autonomy reconsidered. *N Engl J Med* 2002;346:1087-9.
14. Quinio P, Savry C, Deghelt A, Guilloux M, Catineau J, De Tinténiac A. A multicenter survey of visiting policies in French intensive care units. *Intensive Care Med* 2002;28:1389-94.
15. Heyland DK, Rocker GM, Dodek PM, Kutsogiannis DJ, Konopad D, Cook DJ, et al. Family satisfaction with care in the intensive care unit: results of a multiple center study. *Crit Care Med* 2002;30:1413-8.
16. Polderman KH, Girbes AR, Van Zanten AR. Family Satisfaction with Intensive Care Unit Care. Influenced by workload, Staffing and patient selection. *Crit Care Med* 2003;31: 1597-8.
17. Burgos Naranjo RM, Cano Peregrina MA, García Córdoba C, Llage López A, López Pelegrí M. Visitas de familiares a pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Coronarios: opinión de todos los implicados. *Enfermería en Cardiología. Revista Científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología* 2002;20:28-35.
18. Heyland DK, Tranmer JE, Kingston General Hospital ICU Research Working Group. Measuring family satisfaction with care in the intensive care unit: the development of a questionnaire and preliminary results. *J Crit Care* 2001;16:142-9.
19. Olaechea Astigarraga PM. Normas de visita de familiares en UCI. ¿Debemos disminuir las restricciones? [artículo 549]. *REMI* 2003;3.
20. Velasco Bueno JM. Visitas de familiares en UCI: ¿Cambio de normas o de cultura? [editorial n.º 26]. *REMI* 2003;3.
21. Simpsom T, Wilson D, Mucken N, Martin S, West E, Guinn N. Implementation and evaluation of a liberalized visiting policy. *Am J Crit Care* 1996;5:420-26.
22. Arricivita Verdasco A, Cabrera J, Arias M, Robayna MC, Díaz L. Características de la organización de las visitas en las Unidades de Cuidados Críticos de la Comunidad Autónoma de Canarias. *Enfermería en Cardiología* 2002;25:38-42.
23. Biley FC, Millar BJ, Wilson AM. Issues in Intensive care visiting. *Intensive Crit Care Nurs* 1993;9:75-81.
24. Simon SK, Phillips K, Badalamenti S, Ohler J, Krumberger J. Current practices regarding visitation policies in critical care units. *Am J Crit Care* 1997;6:210-7.
25. Molter NC. Families are not visitors in the critical care unit. *Dimens Crit Care Nurs* 1994;13:2-3.
26. Chow SM. Challenging restricted visiting policies in critical care. *Off J Can Assoc Crit Care Nurse* 1999;10:24-7.

Anexo I. Hoja de información para los familiares en una UCI



ÁREA DE MEDICINA INTENSIVA POLIVALENTE. NOTA INFORMATIVA.

1 de 1

Su familiar ha sido ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos. Durante su estancia estará permanentemente atendido por un equipo asistencial altamente cualificado. Debido a su situación necesita de unos cuidados que nos obligan a restringir los horarios de visita y de información. Para ayudarnos les sugerimos:

1. – Al ingreso necesita prestación urgente de los primeros cuidados, rogamos sean pacientes y esperen fuera de la unidad hasta que una persona del equipo le informe.
2. – Es importante que nos proporcionen toda la información posible acerca del paciente: informes clínicos, tratamientos. Así mismo, pueden facilitarnos los elementos necesarios para su comodidad tales como audífonos, peine, colonia.
3. – Después del ingreso reclame la ropa o cualquier objeto de valor que le paciente llevase consigo.
4. – Deben comprometerse en todo momento a seguir las instrucciones que les indique el personal de la unidad y evitar manipular bajo ningún concepto cualquiera de los elementos que rodean al enfermo, por el elevado riesgo que supone.
5. – Durante la visita puede ocurrir que sea necesario abandonar la habitación para la atención urgente de algún paciente.
6. – En atención a los demás pacientes procuren limitar las visitas a los familiares más directos y evitar comentarios que puedan intranquilizar al paciente.
7. – Aconsejamos pasen la noche en sus domicilios con lo que evitarán la angustia y agotamiento y nos facilitarán una mejor localización si fuera necesario, para ello es imprescindible disponer de uno o varios números telefónicos de contacto.

Dado que no puede garantizarse la confidencialidad **no se facilitará ningún tipo de información por vía telefónica.**

Cuando el estado del paciente lo permita, los familiares podrán pasar a visitarlo durante el siguiente horario de visitas, previa autorización del personal de la unidad, no olviden que este horario es orientativo.

MAÑANAS: 13:30 / 2 PERSONAS DURANTE 20 MINUTOS

TARDES: 19:00 / 4 PERSONAS: 2 PERSONAS DURANTE 10 MINUTOS

Todos los días antes de la visita **12:30 un médico del servicio les informará** de las incidencias y curso clínico del paciente.

Cuando el caso lo requiera el médico de guardia se pondrá en contacto con los familiares para comentarles los cambios habidos.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo II. Encuesta de satisfacción de los familiares en una UCI



SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA.
UCI POLIVALENTE

1 de 4

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE FAMILIARES EN CUIDADOS DE INTENSIVOS

APELLIDOS - NOMBRE _____ EDAD (años) _____

FECHA DE INGRESO EN UCI: ____/____/____ DIAS INGRESO ____
FECHA DE ALTA EN UCI: ____/____/____

MOTIVO DE INGRESO:

<input type="checkbox"/> 1. FMO	<input type="checkbox"/> 2. SHOCK SÉPTICO DE ORIGEN:	<input type="checkbox"/> 2.2: Respiratorio.
<input type="checkbox"/> 2.1: Neurológico.	<input type="checkbox"/> 2.3: Endocarditis.	<input type="checkbox"/> 2.4: Abdominal. Pancreatitis.
<input type="checkbox"/> 2.5: Abdominal: Vía biliar.	<input type="checkbox"/> 2.7: Abdominal: Isquemia mesentérica.	<input type="checkbox"/> 2.6: Abdominal: Peritonitis.
<input type="checkbox"/> 2.9: Bacteriemia.		<input type="checkbox"/> 2.8: Urológico.
<input type="checkbox"/> 3. SEPSIS		<input type="checkbox"/> 2.10: Otras: _____
<input type="checkbox"/> 4. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA		
<input type="checkbox"/> 4.1: BRONCOESPASMO	<input type="checkbox"/> 4.2: NEUMONÍA	
<input type="checkbox"/> 4.3: SDRA	<input type="checkbox"/> 4.4: TEP	
<input type="checkbox"/> 4.5: EAP	<input type="checkbox"/> 4.6: OTROS _____	
<input type="checkbox"/> 5. DISMINUCIÓN DEL NIVEL DE CONSCIENCIA:		
<input type="checkbox"/> 5.1: Hematoma.	<input type="checkbox"/> 5.2: Isquemia.	
<input type="checkbox"/> 5.3: HSA.	<input type="checkbox"/> 5.4: Meningitis - Encefalitis.	
<input type="checkbox"/> 5.5: LOE.	<input type="checkbox"/> 5.6: Intoxicación por drogas.	
<input type="checkbox"/> 5.7: Intoxicación por fármacos.	<input type="checkbox"/> 5.8: Otras: _____	
<input type="checkbox"/> 6. TRASPLANTE HEPÁTICO ORTOTÓPICO.		
<input type="checkbox"/> 7. OTROS: _____		

COMPLICACIONES DURANTE EL INGRESO:

1. _____	6. _____
2. _____	7. _____
3. _____	8. _____
4. _____	9. _____
5. _____	10. _____



SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA
UCI POLIVALENTE

2 de 4

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE FAMILIARES EN CUIDADOS DE INTENSIVOS

I. CONDICIONES MEDIOAMBIENTALES

1. ¿Le ha resultado fácil localizar la UCI el primer día? 1. SI 2. NO
 2. ¿Le parece que existe sala de espera en UCI? 1. SI 2. NO
 3. En caso afirmativo ¿Le parece adecuada la sala de espera? 1. Muy adecuada 2. Adecuada
 3. Poco adecuada 4. Nada adecuada
 4. La sala de información en UCI le ha resultado:
 1. Muy acogedora 2. Poco acogedora 3. Nada acogedora.
 5. ¿En qué aspectos se podría mejorar la sala de información?

 6. ¿Cómo le pareció la limpieza, en general, de la UCI? 1. Muy buena 2. Buena 3. Normal
 4. Mala 5. Muy mala.
 7. ¿Qué se podría modificar? _____

 8. ¿Qué impresión ha tenido del Box donde se ubicó su familiar respecto a la limpieza? 1. Aceptable
 2. Poco aceptable
 3. Insuficiente
 9. ¿Qué impresión ha tenido del Box donde se ubicó su familiar respecto al orden? 1. Aceptable
 2. Poco aceptable
 3. Desordenado
 10. ¿Le parecen suficientes los medios (sábanas, mantas, almohadas...) de que disponemos? 1. SI 2. NO
 11. Si la respuesta es NO ¿Por qué? _____

 12. ¿Le parece que el mobiliario está? 1. Actualizado
 2. Poco actualizado
 3. Nada actualizada (viejo, deteriorado)
 13. ¿Le parece que su familiar ha estado confortable respecto a:

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13.1. Ruidos:	<input type="checkbox"/>										
13.2. Iluminación:	<input type="checkbox"/>										
13.3. Comodidad: (cama)	<input type="checkbox"/>										
13.4. Intimidad:	<input type="checkbox"/>										
- durante su estancia en UCI (Señale en la escala del 0 al 10 el valor más adecuado)?



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE FAMILIARES EN CUIDADOS DE INTENSIVOS

II. RELACIÓN CON EL PERSONAL MÉDICO

14. ¿Conocían el nombre de los médicos que atendieron a su familiar durante la estancia en UCI? 1. SI 2. NO
15. A su ingreso ¿fueron informados de la situación clínica de su familiar? 1. SI 2. NO
16. ¿Comprendió la información que recibió en el momento del ingreso? 1. SI 2. NO
17. La información que diariamente usted ha recibido de su familiar ha sido: 1. Clara
 2. Poco clara
 3. Nada clara
18. Cuando a su familiar le han realizado alguna exploración fuera de la UCI, ¿ha sido informado previamente por el médico? 1. SI 2. NO
19. Cuando a su familiar le han realizado alguna exploración fuera de la UCI, ¿ha sido informado previamente por el médico? 1. SI 2. NO
20. ¿Le parece adecuada la hora de la información? 1. SI 2. NO
21. ¿Ha recibido puntualmente, a la hora establecida, la información de su familiar? 1. SI 2. NO
22. ¿Qué hubiera cambiado de la información? _____

III. RELACIÓN CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

23. ¿Conocían el nombre del personal de enfermería que atendieron a su familiar durante la estancia en UCI? 1. SI 2. NO
24. ¿Conocían a la supervisora de UCI? 1. SI 2. NO
25. La relación con el personal de enfermería fue: 1. Fluida 2. Poco fluida 3. Inexistente
26. Durante el ingreso, ¿recibió por parte del personal de enfermería la información suficiente respecto a horarios, normas de la unidad etc.?: 1. SI 2. NO
27. Durante el ingreso, ¿recibió por parte del personal de enfermería la información suficiente respecto a horarios, normas de la unidad etc.?: 1. SI 2. NO
28. Diariamente, ¿cómo definiría usted la relación existente con el personal de enfermería?

29. ¿Estaban informados de los cuidados de enfermería de su familiar diariamente? 1. SI 2. NO
30. Diariamente, ¿estaban informados de los cuidados de enfermería de su familiar respecto a:
- | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 30.1- Higiene del paciente? | <input type="checkbox"/> 1. SI | <input type="checkbox"/> 2. NO |
| 30.2- Cuidados de la piel? | <input type="checkbox"/> 1. SI | <input type="checkbox"/> 2. NO |
| 30.3- Nivel de comunicación con el paciente? | <input type="checkbox"/> 1. SI | <input type="checkbox"/> 2. NO |
| 30.4- Nutrición recibida? | <input type="checkbox"/> 1. SI | <input type="checkbox"/> 2. NO |
| 30.5- Estado de ánimo del paciente? | <input type="checkbox"/> 1. SI | <input type="checkbox"/> 2. NO |
| 30.6- Ayuda espiritual? | <input type="checkbox"/> 1. SI | <input type="checkbox"/> 2. NO |



SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA.
UCI POLIVALENTE

4 de 4

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE FAMILIARES EN CUIDADOS DE INTENSIVOS

31. Cuando Usted entró por primera vez en UCI, ¿Alguien le informó de los aparatos, alarmas, sistemas de monitorización, etc.?

1. SI 2. NO

32. ¿Recibió por parte de enfermería ayuda para facilitarle la comunicación con su familiar?

1. SI 2. NO

33. ¿Qué aspectos le parecen a Usted que pueden mejorarse respecto a la intercomunicación entre el personal sanitario y Ustedes?

IV. RELACIÓN CON LAS VISITAS

34. ¿El horario de visitas le parece adecuado?

1. SI 2. NO

35. ¿Le parece que debería de cambiarse la hora de visitas?

1. SI 2. NO

36. ¿Considera suficiente el tiempo estipulado para las visitas?

1. SI 2. NO

37. ¿Cuánto tiempo considera que sería el más adecuado para permanecer con su familiar en una UCI?

1. 30 minutos

2. Una hora

3. Dos horas

4. Indefinido

38. ¿Le parecería adecuado poder visitar a su familiar en horario abierto desde las 10h hasta las 23 horas?

1. SI 2. NO

39. ¿Le parece escaso el número de familiares que pueden visitar a su familiar actualmente?

1. SI 2. NO

40. ¿Preferiría sentarse para permanecer con su familiar en la hora de visita?

1. SI 2. NO

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN
SU OPINIÓN NOS SIRVE PARA MEJORAR NUESTRO TRABAJO