

# Efecto de un protocolo de acogida familiar en una unidad de cuidados

Marco Antonio López Chacón<sup>a</sup>, Montserrat Piñol Pérez-Rejón<sup>b</sup>, Esperanza Merino Cabrera<sup>b</sup>, Gemma Taurà Rodríguez<sup>b</sup>, Linda Cynthia Quispe Hoxas<sup>b</sup>, David Manzanedo Sánchez<sup>b</sup> y Miguel Angel Hidalgo Blanco<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Master en Atención Integral al Enfermo Crítico y Emergencias por la Universidad de Barcelona, Barcelona, España

<sup>b</sup> Diplomado Universitario en Enfermería, Servicio de Medicina Intensiva, SCIAS-Hospital de Barcelona, Barcelona, España

## Resumen

**Objetivo:** Evaluar el impacto de un protocolo de acogida destinado a familiares de pacientes en nuestra unidad de cuidados intensivos (UCI) sobre el nivel de satisfacción familiar, al alta del paciente.

**Métodos:** Estudio prospectivo cuasi-experimental. Sujetos del estudio: cuidadores principales y pacientes ingresados >24 h en la UCI. Durante dos meses, el grupo control (n=50) recibió la información y la orientación usuales del personal médico y de enfermería. Durante los dos meses siguientes, al grupo intervención (n=65) se le aplicó un protocolo de acogida estructurado y multidisciplinar, proveído en las primeras 24 h tras el ingreso. A ambos grupos (n=115) se les ofreció la Encuesta de Satisfacción Familiar en la UCI (FS-ICU©) en castellano.

**Resultados:** El índice de respuesta del grupo control fue del 90%, frente al 70,7% del grupo intervención. Un total de 87 encuestas se consideraron válidas (>70% de ítems contestados). Observamos que el nivel de satisfacción general (FS-Total), y los niveles de satisfacción con los cuidados (FS-Cuidados) y con la toma de decisiones (FS-TD), en nuestra UCI, parecen muy altos. La mayoría de las puntuaciones de los distintos ítems de la encuesta en ambos grupos (83,3% frente al 79,1%) superaron el 75% en la escala 0-100%. La comparación de niveles de satisfacción entre grupos no muestra diferencias estadísticamente significativas.

**Conclusiones:** Este estudio no demostró que esta intervención haya contribuido a una mejora significativa de la calidad percibida por los familiares en nuestra UCI, medidos con la encuesta FS-ICU© en castellano. Sin embargo, destaca cuestiones metodológicas para considerar en futuros estudios sobre este tema.

**Palabras clave:** Cuidados críticos, Cuidados intensivos, Evaluación de necesidades, Familia, Indicadores de calidad de la atención de salud, Satisfacción de los consumidores, Calidad de la atención de salud, Acceso y evaluación

## Introducción

La hospitalización en una unidad de cuidados intensivos (UCI) es frecuentemente vista por el paciente y su familia como una situación de crisis<sup>1-4</sup>. La rápida y abrupta instauración de una enfermedad crítica y su subsiguiente ingreso en la UCI inhibe la preparación psicológica de la familia y requiere adaptarse a una situación que conlleva cambios significativos en sus roles<sup>5,6</sup>. En este período inicial, en el cual son especialmente vulnerables, es esencial que tanto el paciente como la familia reciban ayuda efectiva<sup>5,7,8</sup>. Algunas de las necesidades que los familiares experimentan no quedan cubiertas, puesto que en nuestro país apenas existen cuidados sistemáticos dirigidos a ellos<sup>9</sup>. Son los propios profesionales los que a menudo reconocen que las actividades que realizan con la familia en el momento del ingreso son escasas<sup>7,10</sup>. Desde el punto de vista de los familiares, éstos perciben que el rol del personal sanitario se centra exclusivamente en el paciente, y parece que no siempre reciben la atención que necesitan<sup>1,11,12</sup>. En 1976, Nancy C. Molter diseñó el primer inventario de necesidades de familiares de pacientes críticos<sup>1</sup>. En 1983, Nancy C. Molter y Jane S. Leske crearon el Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI)<sup>2</sup>, y en 1991 se validó y se demostraron sus propiedades psicométricas para su uso en investigación y en la práctica clínica<sup>13</sup>. Desde su creación, el CCFNI ha sido ampliamente utilizado como instrumento

# sobre la encuesta de satisfacción intensivos

para la valoración de las necesidades de los familiares del paciente crítico<sup>3,4,7,11,14-22</sup>.

Los estudios de investigación sobre necesidades de la familia en la UCI tienen un carácter descriptivo, y el cambio hacia un cuidado sistemático de los familiares del paciente crítico es un proceso complejo que aún no es una realidad, aunque la literatura científica muestra aspectos positivos hacia este cambio<sup>9,23</sup>. Existen estudios caracterizados por el diseño de estrategias, planes de cuidados y guías de práctica clínica dirigidos a la familia en la UCI<sup>5,8,24-32</sup>. En 2008, Zaforteza<sup>9</sup> recomendaba que el foco de atención de la investigación en cuestiones de familiares del paciente crítico pasase de ser descriptiva a experimental, a establecer programas de cuidados a los familiares y a evaluar su efectividad, y que los resultados de investigación se tradujeran en recomendaciones para el cambio.

La necesidad de información ha sido descrita como fundamental en la familia del paciente crítico<sup>1,2,7,8,30</sup>. Entre los Indicadores de Calidad en el Enfermo Crítico<sup>33</sup> propuestos por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, dos reflejan la importancia de la información a los familiares (n.º 87 y 98). El indicador n.º 87 es: Información de enfermería a los familiares. Profesionales de enfermería y médicos son identificados por los familiares como los profesionales sanitarios en los que la familia busca información honesta y fiable<sup>34</sup>. En 1996, Zazpe<sup>35</sup> analizó el proceso de comunicación en el contexto de la UCI

y realizó una serie de recomendaciones, entre las cuales resalta la importancia de que los profesionales de enfermería conozcan la información clínica y proporcionen a la familia información y orientación, tanto oral como escrita, en el entorno de la UCI. Los familiares que son informados adecuadamente ven la admisión en la UCI de un ser querido como un acontecimiento menos doloroso<sup>36</sup>. Diferentes estudios aconsejan la creación de sistemas de ayuda y protocolos relacionados con la información ofrecida al paciente y a su familia<sup>8,31,35,37-41</sup>.

Otro indicador de calidad en el enfermo crítico es el uso de una encuesta de calidad percibida al alta del Servicio de Medicina Intensiva (SMI) (indicador n.º 105)<sup>33</sup>. En los últimos años, la satisfacción familiar en el ámbito de la UCI ocupa un lugar importante dentro de la literatura científica que se ocupa del entorno del paciente crítico<sup>31,42-49</sup>. Las encuestas de satisfacción son uno de los métodos más utilizados para conocer la calidad percibida por los enfermos y familiares, así como para establecer medidas que permitan mejorar los resultados<sup>64</sup>. Existen encuestas validadas para su uso clínico y de investigación<sup>43,44,50,51</sup>. En nuestro país existen estudios que de manera descriptiva han analizado la satisfacción de los familiares de pacientes críticos<sup>31,52-54</sup>, pero no se ha evaluado el impacto que pueden tener estrategias destinadas a los familiares sobre la calidad percibida en la UCI. Por

tal motivo, este estudio se plantea con el objetivo principal de evaluar el impacto de un protocolo de acogida destinado a los familiares de pacientes de la UCI, sobre el nivel de satisfacción familiar general al alta. Como objetivos específicos nos planteamos analizar el impacto de esta estrategia sobre:

- El nivel de satisfacción familiar con los cuidados.
- El nivel de satisfacción familiar con el proceso de toma de decisiones.

## Material y método

### Ámbito

Este estudio tuvo lugar en la UCI polivalente, de 8 boxes de capacidad, del SMI del Hospital de Barcelona-SCIAS, hospital general, privado y universitario, con una capacidad de 300 camas. La UCI cuenta con una sala de espera externa, cercana a la entrada de acceso, con mobiliario para el acomodo de los visitantes, teléfono de contacto, taquillas y aseo. El horario de visitas establecido es ininterrumpido, desde las 10.30 hasta las 22.00 del día. Se permite la visita de dos personas a la vez. Habitualmente la información clínica se facilita en una sala tranquila con capacidad para dos familiares.

### Período de estudio

El estudio se llevó a cabo en el período comprendido entre noviembre de 2008 y marzo de 2009.

### Diseño

Estudio prospectivo cuasi-experimental. La causa por la que no se realizó una aleatorización de la muestra fue evitar un conflicto bioético, pues entendemos que la coincidencia de familiares a los que no se ofrece la misma información tras el ingreso de su familiar en la UCI, oral y escrita, podría ser causa de un problema de discriminación o de injusticia.

### Sujetos de estudio

La población de este estudio fueron todos los pacientes ingresados en la UCI y los familiares identificados como cuidador principal de éstos. Se definió como cuidador principal del paciente a la persona mayor de edad que, con lazos sanguíneos o no, se identificó como

- Cuyo paciente tuvo una estancia en la UCI superior a 24 h.
- Identificados como cuidador principal del paciente.
- Que aceptaron participar en el estudio (consentimiento verbal informado).
- Mayores de edad.
- Capaces de leer y entender los cuestionarios en castellano, y que los rellenaron.
- Que visitaron al paciente al menos una vez durante las primeras 24 h de su estancia.

Por consiguiente, se excluyeron del estudio los familiares que no cumplían los requisitos de inclusión y los familiares de pacientes que reingresaron en la UCI tras haber sido dados de alta. Se

**Los estudios de investigación sobre necesidades de la familia en la UCI tienen un carácter descriptivo, y el cambio hacia un cuidado sistemático de los familiares del paciente crítico es un proceso complejo que aún no es una realidad, aunque la literatura científica muestra aspectos positivos hacia este cambio**

representante legal de éste, a la que el médico informaba y que fue incluida en el proceso de toma de decisiones e inscrita como tal en la hoja de registro de enfermería.

En el grupo control la muestra estuvo formada por los pacientes ingresados en este período y su cuidador principal, a los que, al alta del paciente y de acuerdo con los criterios de inclusión del estudio, se les entregó la encuesta de satisfacción.

En el período experimental la muestra estuvo formada por los pacientes ingresados y su cuidador principal, a los que se les aplicó el protocolo de acogida; al alta, y de acuerdo con los criterios de inclusión del estudio, se les entregó la encuesta de satisfacción. Durante este período, el protocolo se aplicó a todos los cuidadores principales para no incurrir en un problema bioético de discriminación o de injusticia.

### Criterios de inclusión/exclusión

Elegimos una estancia superior a 24 h de acuerdo a nuestra estancia media y para así asegurar que el cuidador principal había tenido una exposición adecuada al ámbito de la UCI. En el estudio se incluyeron los familiares:

consideró alta del paciente el traslado a planta hospitalaria, a unidad de cuidados intermedios, a otro hospital o institución sanitaria, al domicilio, y el fallecimiento.

### Variables metodológicas

#### Variables independientes

##### • Variables sociodemográficas:

- Variables sociodemográficas de los cuidadores principales (familiares): género, edad, parentesco, experiencia de un ingreso anterior de un familiar en la UCI, convivencia con el paciente, frecuencia de contacto con el paciente, lugar de residencia.
- Variables sociodemográficas de los pacientes: género, edad, motivo de ingreso en la UCI, días de estancia en la UCI, destino de alta.

##### • Variable intervención:

El protocolo de acogida para familiares de pacientes de la UCI se basa en el CCFNI<sup>2,13</sup>, inventario de 45 necesidades de familiares de pacientes de la UCI. Las necesidades se agrupan en cinco subgrupos: Información, Comodidad del medio, Soporte emocional, Seguridad y Proximidad. Las intervenciones del protocolo de

acogida siguen la secuencia temporal de un ingreso en la UCI y están guiadas por estas cinco subescalas del CCFNI, aportando información e identificando fuentes de ayuda. Las intervenciones del protocolo están dirigidas a fomentar una óptima integración y orientación en el medio de los familiares de pacientes de la UCI, fomentar la comprensión y la asimilación de la información recibida tanto del personal médico como del de enfermería, y promover un entorno donde el paciente y su familia se sientan seguros y confortables. Las intervenciones que forman el protocolo son:

##### • Información y orientación de enfermería en la primera visita familiar:

Se trata de 30 puntos a informar, distribuidos en 5 apartados: Información general, Información del box de la UCI, Información de la sala de espera, Información médica y Otros servicios.

##### • Entrega de una nueva hoja informativa de la UCI.

##### • Coordinación de la primera información médica.

Primera información médica al familiar del paciente tras el ingreso.

##### • Presencia de enfermería en la información médica diaria.

Presencia del profesional de enfermería responsable del paciente en la información clínica diaria al familiar del paciente.

Una vez que el paciente es ingresado y recibe los cuidados necesarios, se entrega al cuidador principal la nueva hoja informativa de la UCI y se coordina la primera información clínica al familiar. Son actuaciones que se llevan a cabo en la primera visita del cuidador principal, así como el primer apartado de información y orientación en la primera visita familiar: información general. El resto de apartados de esta intervención se lleva a cabo en las 24 h siguientes al ingreso del paciente. Existe una hoja check-list que ayuda al profesional de enfermería a conocer y a seguir la secuencia de las actuaciones, así como a marcar y a registrar las actuaciones realizadas.

### Variables dependientes

##### • Nivel de satisfacción general (FS-Total):

Satisfacción general del cuidador principal del paciente, medido con la versión en castellano de la encuesta FS-ICU(24)<sup>®</sup>.

##### • Nivel de satisfacción con los cuidados (FS-Cuidados):

Satisfacción con los cuidados recibidos del cuidador principal

del paciente, medido con la versión en castellano de la encuesta FS-ICU(24)<sup>®</sup>.

● Nivel de satisfacción con toma de decisiones (FS-TD): Satisfacción con el proceso de toma de decisiones del cuidador principal del paciente, medido con la versión en castellano de la encuesta FS-ICU(24)<sup>®</sup>.

### Instrumentos de medida

El instrumento utilizado para la medida de la satisfacción familiar en la UCI fue el cuestionario Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit: FS-ICU(24)<sup>®</sup>, versión de 24 ítems del 11 de agosto de 2006. Es una encuesta de calidad al alta para la UCI, desarrollada por Daren K. Heyland y Joan E. Tranmer<sup>43</sup> en el año 2001, disponible en internet<sup>55</sup>. El cuestionario original constaba de 34 ítems y lo denominaron FS-ICU(34)<sup>®</sup>. Posteriormente, en el año 2006 fue modificado y acortado<sup>51</sup>, obteniendo un cuestionario de 24 ítems, el FS-ICU(24)<sup>®</sup>.

De los ítems de la encuesta, las primeras 23 preguntas tienen opción de respuesta continua (escala Likert-5), y la última es una pregunta con opción de respuesta discontinua. La encuesta FS-ICU(24)<sup>®</sup>, desarrollada en inglés, ha sido traducida a varios idiomas y utilizada en diferentes contextos culturales.

Consta de dos partes. La primera parte se centra en la satisfacción con el cuidado en conjunto y consta de 14 ítems. La segunda parte valora la satisfacción con la toma de decisiones y consta de 10 ítems. De acuerdo con su estructura, se obtiene un nivel general o FS-Total y dos subniveles: FS-Cuidados y FS-TD. Para ser considerada válida, deben haberse cumplimentado como mínimo el 70% de los ítems. Toma unos 10-15 min en ser completada y fue diseñada para ser autocompletada.

Para la realización de este estudio, el cuestionario FS-ICU(24)<sup>®</sup> se tradujo al castellano. Esta versión fue revisada por el grupo Critical Care Connections y el Comité de Ética de SCIAS-Hospital de Barcelona, dando ambos su consentimiento para su uso en este estudio, y está disponible en <http://www.criticalcareconnections.com/docs/ISS/FSICU24Spanish.pdf>.

### Recogida de datos

Para la recogida de datos se utilizó el programa Microsoft Access<sup>®</sup> para Windows. Un colaborador independiente al estudio fue quien, al alta del paciente,

entregó un sobre con la encuesta al cuidador principal y rellenó la hoja de datos del paciente. Cada sobre, encuesta y hoja de recogida de datos del paciente estaban codificados con un mismo número de identificación, para reagrupar las encuestas devueltas a la hoja de datos del paciente correspondiente. El sobre tenía información acerca de que la encuesta formaba parte de un estudio de investigación, era anónima y voluntaria, e instrucciones del modo en que había de ser devuelta.

En el período experimental existía una hoja check-list del protocolo, que rellenaba el profesional de enfermería que realizaba las intervenciones del protocolo. Cada hoja check-list estaba codificada con el mismo número de

El análisis de las variables de la encuesta de satisfacción (dependientes) se realizó según el método validado de puntuación y recodificación de variables de la encuesta FS-ICU(24)<sup>®51,55</sup>. La encuesta genera una puntuación total del instrumento (FS-Total) y dos subpuntuaciones: la primera parte (14 ítems) genera el FS-Cuidados, y la segunda parte (10 ítems) genera el FS-TD. Este método realiza la transformación, una vez calculadas las medias, de SF-Total, SF-Cuidados y SF-TD, y de todas las puntuaciones de los ítems del cuestionario a una escala de 0 a 100%, para así tomar valores más significativos, donde 0 es "lo menos satisfecho posible" y 100 es "lo más satisfecho posible".

***En nuestro país existen estudios que de manera descriptiva han analizado la satisfacción de los familiares de pacientes críticos<sup>31,52-54</sup>, pero no se ha evaluado el impacto que pueden tener estrategias destinadas a los familiares sobre la calidad percibida en la UCI.***

identificación, para la reagrupación de todos los registros con la encuesta, una vez devuelta.

En los casos en los que el paciente falleció, la encuesta se acompañaba de un sobre franqueado con la dirección de correo de nuestra UCI, para poder ser devuelta por correo.

### Análisis estadístico

El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa G-STAT<sup>®</sup> 2.0 para Windows. Los datos obtenidos fueron incluidos en bases de datos creadas al efecto, realizándose una verificación mediante exploración estadística, con métodos gráficos y analíticos, para detectar la posible existencia de observaciones aberrantes.

El siguiente paso fue el análisis descriptivo o univariante. Para las variables independientes, cualitativas y cuantitativas, se realizaron las tablas y representaciones gráficas adecuadas para cada tipo de variable. La prueba de Kolmogorov-Smirnov muestra que los datos de las variables independientes presentaron una distribución normal, lo que permitió aplicar la estadística paramétrica.

En cuanto al análisis bivalente o cruce de variables, las pruebas estadísticas realizadas para comparar las variables sociodemográficas de la muestra fueron la prueba de la t de Student-Fisher cuando las variables a comparar eran cuantitativas, y la prueba de Chi-cuadrado cuando aquellas eran cualitativas.

La prueba de Kolmogorov-Smirnov mostró que las variables de la encuesta no presentaron una distribución normal, por lo que las puntuaciones de dichas variables se compararon aplicando el test estadístico no paramétrico de Mann-Whitney. El nivel de significación establecido fue de 0,05 (p = 0,05).

## Resultados

### Comparabilidad de los períodos del estudio

Durante el período del estudio, 219 pacientes ingresaron en el SMI del hospital. Un total de 115 familiares de pacientes ingresados en la UCI formaron parte del estudio (52,5%). Se excluyeron 104 familiares de pacientes, según los criterios de inclusión/exclusión. Las variables de comparabilidad (Ingresos, Ocupación, Estancia media y Mortalidad) entre

**Tabla 1.** Variables sociodemográficas cuantitativas de pacientes y familiares

Variables	Grupo control: media $\pm$ DE	Grupo intervención: media $\pm$ DE	Valor de p
Edad (pacientes)	67,13 $\pm$ 12,14	69,67 $\pm$ 12,60	0,34
Días de ingreso	4,59 $\pm$ 3,59	4,11 $\pm$ 3,06	0,50
Edad (familiares)	57,81 $\pm$ 15,05	60,25 $\pm$ 12,98	0,42

DE: desviación estándar.

**Tabla 2.** Variables sociodemográficas cualitativas de los familiares

Variables	Grupo control (n=44) n (%)	Grupo intervención (n=43) n (%)	Valor de p
<b>Sexo</b>			
Mujer	32 (72,7%)	30 (70%)	0,76
Hombre	12 (27,3%)	13 (30%)	
<b>Parentesco</b>			
Primer grado	44 (100%)	39 (90,7%)	0,03
Segundo grado	–	4 (9,3%)	
<b>Experiencia previa en la UCI</b>			
Sí	22 (50%)	24 (56%)	0,58
No	22 (50%)	19 (44%)	
<b>Convive con el paciente</b>			
Sí	35 (79,5%)	27 (63%)	0,17
No	9 (20,5%)	15 (35%)	
No contesta	–	1 (2%)	
<b>Frecuencia de visitas</b>			
Más de una vez por semana	4 (50%)	11 (68,8%)	0,23
Una vez a la semana	3 (37,5%)	3 (18,8%)	
Una vez al mes	1 (12,5%)	1 (6,2%)	
Menos de una vez al año	–	1 (6,2%)	
No procede	36	27	
<b>Lugar de residencia</b>			
En la ciudad del hospital	19 (43,2%)	27 (63%)	0,06
Fuera de la ciudad del hospital	25 (56,8%)	16 (37%)	

**Tabla 3.** Variables sociodemográficas cualitativas de los pacientes

Variables	Grupo control (n=44) n (%)	Grupo intervención (n=43) n (%)	Valor de p
<b>Sexo</b>			
Mujer	16 (36,4%)	19 (44,2%)	0,45
Hombre	28 (63,6%)	24 (55,8%)	
<b>Destino de alta</b>			
Unidad hospitalaria	37 (84,1%)	28 (65,1%)	0,12
UCSI (coronaria)	6 (13,6%)	13 (30,2%)	
Fallecimiento	1 (2,3%)	2 (4,7%)	
<b>Motivo de ingreso</b>			
Cirugía programada	31 (70,4%)	29 (67,4%)	0,053
Cirugía no programada	1 (2,3%)	7 (16,3%)	
Ingreso médico	12 (27,3%)	7 (16,3%)	

los periodos control e intervención no mostraron diferencias significativas (p: valor no mostrado).

### Comparabilidad de los participantes del estudio

En el periodo control se entregaron 50 encuestas a cuidadores principales, de las cuales 45 fueron devueltas y 44 fueron válidas (n = 44; índice de respuesta: 90%). En el periodo intervención se entregaron 65 encuestas, de las cuales 46 fueron devueltas y 43 fueron válidas (n = 43; índice de respuesta: 70,7%). El índice de respuesta general fue del 79,1% (91 de 115). La comparación de estas variables entre los dos grupos del estudio no mostró diferencias estadísticamente significativas.

Las variables sociodemográficas, cuantitativas y cualitativas de la muestra y su comparación se muestran en las tablas 1 a 3. Tras la realización de las diferentes pruebas estadísticas para comprobar la comparabilidad de los grupos participantes en el estudio, podemos afirmar que las muestras estudiadas son comparables.

### Protocolo de acogida

En cuanto a las actuaciones del protocolo de acogida, obtuvimos los siguientes resultados: todos los familiares recibieron la nueva hoja informativa de la UCI (100%). En el 39,5% de los casos el cuidador principal recibió información médica por parte del profesional médico y de enfermería responsables del paciente en el momento de la primera visita tras el ingreso.

El 93% de los familiares del grupo experimental recibieron en más de un 70% (>21 ítems de 30) la información y orientación, en las primeras 24 h tras el ingreso del paciente, por parte del personal de enfermería. Sólo en el caso de un familiar (2,3%) la información médica diaria, durante todos los días de estancia del paciente, se realizó con la presencia del profesional de enfermería responsable del paciente.

### Encuesta de satisfacción

Los resultados muestran que el nivel SF-Total y los subniveles SF-Cuidados y SF-TD de los cuidadores principales en nuestra UCI parecen muy altos, pero no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (tabla 4).

La mayoría de las puntuaciones de los 24 ítems de la encuesta superaron el 75% en la escala de 0-100% (fig. 1) en ambos grupos del estudio, pero en ninguno de ellos el cruce de variables mostró diferencias significativas entre ambos grupos (tablas 5 y 6). Los ítems 9 y 10 valoran la satisfacción familiar con los cuidados de enfermería y la comunicación con los profesionales de enfermería, respectivamente. Las puntuaciones obtenidas fueron elevadas en ambos grupos (>75%) y mostraron cierta tendencia hacia la mejora pero no se observaron diferencias estadísticamente significativas, como se puede observar en las tablas 5 y 6.

Los familiares del grupo control mostraron los mayores niveles de satisfacción respecto al tiempo que tuvieron para plantear preocupaciones y preguntas cuando se tomaron decisiones (ítem 24), la habilidad y competencia del personal médico (ítem 11), el manejo de la disnea (ítem 3) y la preocupación y el cuidado del paciente por parte del personal de la UCI (ítem 1). En el grupo experimental los resultados obtenidos son similares; los mayores niveles de satisfacción de los familiares observados fueron respecto al tiempo disponible

**Tabla 4.** Comparación de las variables SF-Total, SF-Cuidados y SF-TD

Variables	Grupo control (n=44): media $\pm$ DE	Grupo experimental (n=43): media $\pm$ DE	Valor de p
SF-Total*	80,2 $\pm$ 15,3	79,9 $\pm$ 13,7	0,78
SF-Cuidados*	82,0 $\pm$ 14,6	82,1 $\pm$ 14,5	0,98
SF-Toma de decisiones*	77,7 $\pm$ 17,4	76,7 $\pm$ 14,2	0,54

\* Valores de la media en porcentaje (%), de acuerdo con el sistema de puntuación de la encuesta FS-ICU® (rango, 0-100%).  
DE: desviación estándar.

en la toma de decisiones (ítem 24), la preocupación y el cuidado del paciente por el personal de UCI (ítem 1), la habilidad y competencia del personal médico (ítem 11) y del personal de enfermería (ítem 9).

Los ítems con menor puntuación se repiten en ambos grupos. Se obtuvieron en el ambiente en la sala de espera (ítem 13), la inclusión en el proceso de toma de decisiones (ítem 21), el sentimiento de control sobre el cuidado de su familiar (ítem 23) y el apoyo en la toma de decisiones (ítem 22). Estos resultados se muestran en las tablas 5 y 6.

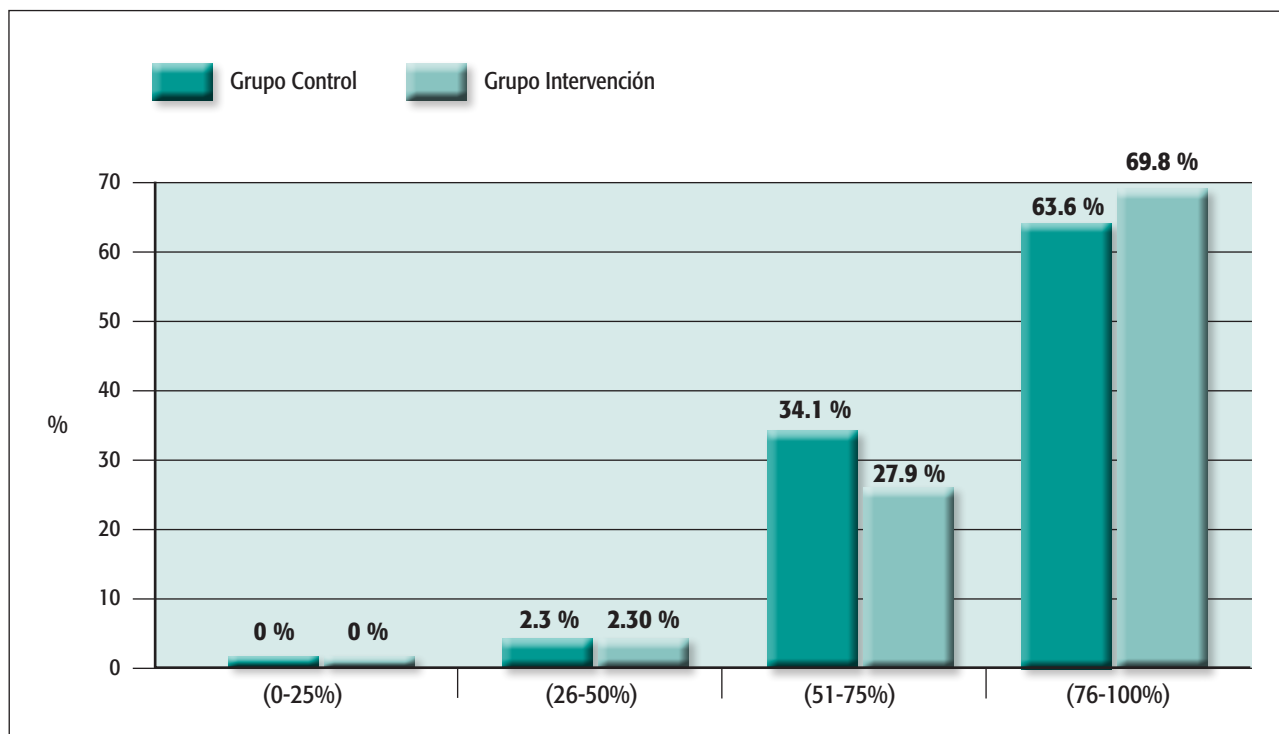
## Discusión

Deben destacarse varias limitaciones metodológicas que conciernen a este estudio. En primer lugar, debemos tener

en cuenta el tamaño de nuestra muestra y las características del instrumento de medida utilizado a la hora de ofrecer conclusiones e inferencias. Además, la muestra de este estudio podría no ser representativa actualmente dentro del sistema de salud en nuestro país, en cuanto a que se tomó de una población usuaria de un hospital privado.

Segundo, se considera que la no aleatorización de la muestra puede haber influido en los resultados observados, pero como hemos visto, este diseño se eligió con el objetivo de salvar un problema de índole bioética.

Como tercera limitación, nos resultó imposible encontrar en nuestro país un instrumento validado para la medida de la satisfacción de la familia en el entorno de los cuidados intensivos o críticos. Por



**Figura 1.** Distribución de las puntuaciones del grupo control y del de intervención en la encuesta, escala de 0 a 100%.

**Tabla 5.** Puntuaciones medias de los ítems (1-14) de la encuesta y comparación entre grupos. Parte 1: Satisfacción familiar con los cuidados

	Grupo control		Grupo experimental		
Ítems de la encuesta	n	Media (%)* ± DE	n	Media (%)* ± DE	Valor de p
Cuidado del paciente					
1. Preocupación y cuidado	44	86,9 ±15,7	43	89,5±17,4	0,27
2. Manejo del dolor	40	84,3±18,5	41	81,7±20,9	0,58
3. Manejo de la disnea	23	88,0±18,2	29	81,0±20,7	0,18
4. Manejo de la agitación	30	81,6±20,6	26	79,8±25,5	0,96
Cuidado del familiar					
5. Consideración con necesidades	43	83,7±20,3	43	86,6±19,1	0,47
6. Apoyo emocional	41	84,7±22,2	42	85,1±19,9	0,87
7. Coordinación cuidados	44	85,2±16,4	43	82,5±19,3	0,60
8. Preocupación y cuidados	43	85,4±19,8	43	83,7±20,3	0,66
Personal de enfermería					
9. Habilidad y competencia	44	84,6±18,0	43	87,7±13,7	0,56
10. Frecuencia de comunicación	43	80,8±23,6	41	83,5±16,4	0,97
Personal médico					
11. Habilidad y competencia	44	88,6±17,4	43	87,7±12,6	0,39
Ambiente de la UCI					
12. Ambiente en la UCI	44	78,4±24,4	43	77,3±19,5	0,52
Ambiente de la sala de espera					
13. Ambiente en la sala de espera	39	60,2±24,1	40	58,7±22,3	0,94
Satisfacción general					
14. Satisfacción con cuidados	44	80,1 ±19,8	43	80,8±17,9	0,95

\* Valores de la media en porcentaje (%), de acuerdo con el sistema de puntuación de la encuesta FS-ICU® (rango, 0-100%).  
DE: desviación estándar.

**Tabla 6.** Puntuaciones medias de los ítems (15-24) de la encuesta y comparación entre grupos. Parte 2: Satisfacción familiar con la toma de decisiones

	Grupo control		Grupo experimental		
Ítems de la encuesta	n	Media (%)* ± DE	n	Media (%)* ± DE	Valor de p
Necesidad de información					
15. Frecuencia de información clínica	43	74,4±28,0	42	73,2±23,6	0,60
16. Facilidad de obtener información	44	78,4±24,4	43	76,7±20,6	0,55
17. Comprensión de la información	44	81,8±23,7	43	79,6±18,3	0,28
18. Honestidad de la información	43	84,8±19,0	43	81,3±18,1	0,29
19. Exhaustividad de la información	43	79,0±24,3	42	78,5±19,5	0,62
20. Consistencia de la información	41	79,2±22,9	41	78,6±18,1	0,63
Proceso de toma de decisiones					
21. Inclusión en la toma de decisiones	42	67,8±26,6	41	64,0±21,6	0,50
22. Apoyo en la toma de decisiones	39	75,6±19,4	38	69,7±21,8	0,25
23. Control sobre el cuidado	42	67,8±23,6	40	67,5±28,4	0,93
24. Tiempo suficiente de información	36	91,6±28,0	38	97,3±16,2	0,28

\* Valores de la media en porcentaje (%), de acuerdo con el sistema de puntuación de la encuesta FS-ICU® (rango, 0-100%).  
DE: desviación estándar.

ello se escogió y se tradujo la encuesta FS-ICU(24)®, herramienta sugerida en sólidos estudios como válida y fiable para la valoración de la satisfacción familiar en la UCI<sup>44,45,49,51,56-58</sup>. Las intervenciones para la mejora de la satisfacción de los familiares en la UCI han sido analizadas únicamente por escasos estudios anglosajones<sup>56,59,60</sup>. En nuestro país se desconoce si estas estrategias han contribuido a implementar la satisfacción familiar en la UCI.

Otra dificultad a destacar es la complejidad encontrada para el desarrollo y la aplicación de una intervención multidisciplinar. Por un lado, encontramos dificultades para la realización de las actuaciones diseñadas para una ejecución conjunta de profesionales médicos y de enfermería; por otro, observamos un alto porcentaje de seguimiento de las actuaciones llevadas a cabo exclusivamente por profesionales de enfermería. Esto nos conduce a pensar que el aspecto que más se modificó, respecto a cómo se actuaba antes de este estudio, fue la manera en que los profesionales de enfermería informaron e interaccionaron con los cuidadores principales de nuestros pacientes. El desarrollo y la ejecución de una intervención multifacética es relativamente complejo, y resulta difícil determinar qué componentes podrían ser de mayor utilidad que otros.

A pesar de estas limitaciones, el objetivo de este estudio era conocer el impacto de un protocolo de acogida para familiares de pacientes en nuestra UCI, sobre el nivel de satisfacción familiar al alta. Para ello se utilizó por primera vez la versión en castellano de la encuesta FS-ICU(24)®. Aunque satisfacción y necesidades son conceptos relacionados, la satisfacción familiar con el cuidado al paciente crítico es un importante constructo que depende de varios factores y que no se mide con las herramientas para la valoración de sus necesidades<sup>43</sup>. Por esto, la herramienta elegida en este estudio posee múltiples ítems que tratan de analizar estos diferentes factores, y en conjunto ofrece un nivel de satisfacción general. Respecto a la intervención evaluada, basada en las necesidades del CCFNI<sup>2,13</sup>, trata de no limitarse a una valoración de estas necesidades, sino que apuesta por ese cambio hacia un abordaje experimental de los cuidados dirigidos a familiares del paciente en la UCI<sup>9</sup>.

Aunque no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de satisfacción de los cuidadores principales de ambos grupos del estudio, en general las puntuaciones parecen muy altas. Estos resultados son similares a los de otros autores que, con distinta metodología, al utilizar la encuesta FS-ICU<sup>®</sup> obtuvieron puntuaciones de la mayoría de los ítems por encima del 75%<sup>43,44,49,51,56,58</sup>.

En nuestro caso pensamos que no es fácil mejorar la satisfacción de este grupo de personas, partiendo desde un punto de partida muy elevado como nos ofrecen los resultados. Según varios autores, la comunicación entre el personal médico y la familia es posiblemente el factor más importante en la satisfacción familiar en la UCI<sup>44,49,61</sup>, y encuentran que para mejorar la satisfacción general en la UCI los esfuerzos deben dirigirse hacia la mejora de la comunicación médica con los familiares y la mejora de la interacción de profesionales sanitarios con los pacientes y sus familias<sup>12,43,44,49</sup>, objetivos ambos de la intervención evaluada en este estudio.

Las puntuaciones más altas coinciden en ambos grupos del estudio, y se observó una alta satisfacción con el tiempo, la comprensión y la honestidad de la información, la atención y el cuidado del paciente, y la habilidad y la competencia de profesionales sanitarios. Creemos que la existencia de una sala de espera cercana al paciente, la provisión de información médica en una sala tranquila y la flexibilidad, la presencia de dos familiares durante la visita, la flexibilidad en el horario de visitas, son factores que han podido contribuir a la alta satisfacción observada. Los cuidados de enfermería contribuyen de manera importante en la satisfacción general de los cuidados, y nuestros resultados en este aspecto son consistentes con los de estudios anteriores<sup>43,44,49,51</sup>.

En ambos grupos, de nuevo, las puntuaciones más bajas coinciden, y en factores ambientales y en el proceso de toma de decisiones se observaron resultados consistentes con los de estudios anteriores<sup>43,44,51</sup>. En cuanto a la toma de decisiones, la evidencia nos muestra que la comunicación y la toma de decisiones son aspectos importantes de la experiencia de los miembros de la familia en la UCI<sup>43,45,57,58,61,62</sup>.

Creemos que las bajas puntuaciones obtenidas en la inclusión en la toma de decisiones pueden estar relacionadas, en parte, con una estancia media corta de los pacientes y la baja mortalidad en ambos períodos del estudio (2,3 y 4,7%, respectivamente)<sup>56-58,62</sup>. Respecto a los factores medioambientales, obtuvimos resultados similares a los de otros estudios, en los que la satisfacción con la sala de espera y el ambiente en la UCI figuran entre los ítems peor puntuados<sup>44,49,52,53</sup>. Sin embargo, los esfuerzos para mejorar el ambiente en la sala de espera no deben liderar las estrategias de mejora de la calidad, pues los resultados del análisis regresivo sugieren que los principales determinantes de la satisfacción general están más relacionados con cómo los profesionales sanitarios tratan y se comunican con pacientes y familiares, y con los cuidados que el paciente recibe<sup>44</sup>.

Para finalizar, la mayoría de los estudios experimentales que evalúan intervenciones centradas en los familiares del paciente crítico ofrecen resultados importantes relacionados con la mejora de síntomas de ansiedad y depresión<sup>24,25,41,94</sup>. Curtis et al.<sup>56</sup> evalúan una estrategia para mejorar la calidad de los cuidados paliativos en la UCI. Entre otros resultados, ofrecen una cierta tendencia hacia la mejora de la satisfacción familiar, medida con la encuesta FS-ICU(24)<sup>®</sup>. La encuesta FS-ICU fue creada y validada como herramienta para valorar intervenciones para la mejora de la calidad de los cuidados en la UCI, aunque las escasas medidas existentes no han demostrado la sensibilidad de esta herramienta para detectar cambios en la valoración de la satisfacción familiar<sup>43,44,51,56</sup>. Teniendo en cuenta el tamaño de nuestra muestra, resulta imposible determinar si esta herramienta ha sido capaz de detectar cambios en la satisfacción.

## Conclusiones

- No encontramos una mejora significativa del nivel de satisfacción general FS-Total, ni de los niveles FS-Cuidados y FS-TD, medidos con la versión en castellano de la encuesta FS-ICU(24)<sup>®</sup>.
- Aunque este estudio no mostró evidencia de que esta estrategia haya contribuido a una mejora de la calidad percibida por los familiares en la UCI, creemos que la comprensión de cómo la satisfacción

familiar depende de las necesidades de información y comunicación es un paso importante para la creación de estrategias destinadas a la mejora de la calidad en el entorno de los cuidados intensivos y críticos en nuestro país.


## Recomendaciones

- Se recomienda la realización de futuros estudios con una muestra más significativa y con carácter multicéntrico, incluyendo tanto instituciones públicas como privadas, para evaluar si ésta u otras intervenciones contribuyen a la implementación de la satisfacción familiar en el entorno de los cuidados intensivos y críticos.
- Sugerimos el uso de la versión en castellano de la encuesta FS-ICU(24)<sup>®</sup> en futuros estudios para evaluar el efecto de estrategias para la mejora de la satisfacción familiar en la UCI.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Queremos agradecer la colaboración de todos los compañeros de la UCI del SCIAS-Hospital de Barcelona, por su trabajo e interés; sin ellos, este estudio no podría haberse llevado a cabo. Igualmente damos las gracias a los doctores Lluís Cabré, Genís Carrasco, Jordi Morillas y Javier Ruiz, que han compartido su experiencia y nos han enseñado tanto. 

## Bibliografía

1. Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *Heart Lung*. 1979;8:332-9.
2. Leske JS. Needs of relatives of critical care patients: A follow up. *Heart Lung*. 1986;15:189-93.
3. Quinn S, Redmond K, Begley C. The needs of relatives visiting adult critical care units as perceived by relatives and nurses. Part I and part II. *Intensive Crit Care Nurs*. 1996;12:168-72 y 239-45.
4. Bijttebier P, Vanoost S, Delva D, Ferdinande P, Frans E. Needs of relatives of Critical care Patients: Perceptions of relatives, physicians and nurses. *Intensive Care Med*. 2001;27:160-5.
5. Chávez CW, Faber L. Effect of an education-orientation program on family members who visit their significant other in the intensive care unit. *Heart Lung*. 1987;16:92-9.
6. Leske JS. Needs of adult family members after critical illness: Prescriptions for interventions. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 1992;4:587-96.
7. Daley L. The perceived immediate needs of families with relatives in the intensive care setting. *Heart Lung*. 1984;13:231-7.

8. Hodovanec B, Reardon D, Reese W, Hedges B. Family crisis intervention program in the medical intensive care unit. *Heart Lung*. 1984;13:243-9.
9. Zaforteza C, Sánchez C, Lastra P. Análisis de la literatura sobre los familiares del paciente crítico: es necesario desarrollar investigación en cuidados efectivos. *Enferm Intensiva*. 2008;19:61-70.
10. Delgado P, Sola A, Mirabete I, Torrent R, Blasco M, Barrero R, et al. Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación-acción participativa. *Enferm Intensiva*. 2001;12:110-26.
11. Mendoca D, Warren NA. Perceived and unmet needs of critical care family members. *Crit Care Nurs Q*. 1998;21:58-67.
12. Kirchhoff KT, Song MK, Kehl K. Caring for the family of the critically ill patient. *Crit Care Clin*. 2004;20:453-66.
13. Leske JS. Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. *Heart Lung*. 1991;20:236-44.
14. Chartier L, Coutu-Wakulczyk G. Families in the ICU: Their needs and anxiety level. *Intensive Care Nurs*. 1989;5:11-8.
15. Forrester DA, Murphy PA, Price DM, Monaghan JF. Critical care family needs: Nurse-family member, confederate pairs. *Heart Lung*. 1990;19:655-61.
16. Rukholm E, Bailey P, Coutu-Wakulczyk G, Bailey WB. Needs and anxiety levels in relatives of intensive care unit patients. *J Adv Nurs*. 1991;16:920-8.
17. Kleinpell RM, Powers MJ. Needs of family members of intensive care unit patients. *Appl Nurs Res*. 1992;5:2-8.
18. Burr G. Contextualizing critical care family needs through triangulation: An Australian study. *Intensive Crit Care Nurs*. 1998;14:161-9.
19. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Lemaire F, Mokhtari M, Le Gall JR, et al. Meeting the needs of intensive care unit patient families. *Am J Respir Crit Care Med*. 2004;163:135-9.
20. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Arich C, Brivet F, Brun F, et al. Family participation in care to the critically ill: Opinions of family and staff. *Intensive Care Med*. 2003;29:1498-504.
21. Chiu YL, Chien WT, Lam LW. Effectiveness of a need-based education programme for families with a critically ill relative in an intensive care unit. *J Clin Nurs*. 2004;13:655-6.
22. Hidalgo I, Vélez Y, Pueyo E. ¿Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos? *Enferm Intensiva*. 2007;18:106-14.
23. Rodríguez MC, Rodríguez F, Roncero A, Morgado MI, Bannik JT, Flores LJ, et al. Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. *Enferm Intensiva*. 2003;14:96-108.
24. Mitchell ML, Courtney M. Reducing family members' anxiety and uncertainty in illness around transfer from intensive care: An intervention study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2004;20:223-31.
25. Chaboyer W, Thalib L, Alcorn K, Foster M. The effect of an ICU liaison nurse on patients and family's anxiety prior to transfer to the ward: An intervention study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2007;23:362-9.
26. Zaforteza C. Cambiar la atención a los familiares del paciente crítico: de cuidado arbitrario a cuidado sistemático. *Tempus Vitalis*. Revista Electrónica Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico [serie en Internet]. 2005 [consultado el 25 May 2008]. Disponible en: <http://www.tempusvitalis.com/descargas/articulos/2005vol5num2/2opinión52.pdf>
27. Meijis CA. Care of the family of the ICU patient. *Crit Care Nurse*. 1989;9:42-4.
28. Appleyard ME, Cavaghan SR, Gonzalez C, Ananian L, Tyrell R, Carroll DL. Nurse-coached intervention for the families of patients in critical care units. *Crit Care Nurse*. 2000;20:40-8.
29. Tracy MF, Ceronky C. Creating a collaborative environment to care for complex patients and families. *AACN Clin Issues*. 2001;12:383-400.
30. Henneman E, Cardin S. Family-centered critical care: A practical approach to making it happen. *Crit Care Nurse*. 2002;22:12-9.
31. Torrents Ros R, Oliva Torras E, Saucedo Fernández MJ, Surroca Sales LI, Jover Sancho C. Impacto de los familiares del paciente crítico ante una acogida protocolizada. *Enferm Intensiva*. 2003;14:49-60.
32. 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 Taskforce 2004-2005. *Crit Care Med*. 2007;35:605-21.
33. Indicadores de Calidad en el Enfermo Crítico. 1.ª ed. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), 2005.
34. Lange P. Family stress in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2001;29:2025-6.
35. Zazpe C. Información a los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 1996;7:147-51.
36. Vincent JL. Communication in the ICU. *Intensive Care Med*. 1997;23:1093-8.
37. Bernat MD, Tejedor R, Sanchis J. ¿Cómo valoran y comprenden los familiares la información proporcionada en una unidad de cuidados intensivos? *Enferm Intensiva*. 2000;11:3-9.
38. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Jourdain M, Bornstein C, Wernet A, et al. Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care units patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002;165:438-42.
39. Paul F, Hendry C, Cabrelli L. Meeting patient and relative's information needs upon transfer from an intensive care unit: The development and evaluation of an information booklet. *J Clin Nurs*. 2004;13:396-405.
40. Zaforteza C, Gastaldo D, de Pedro JE, Sánchez-Cuenca P, Lastra P. The process of giving information to families of critically ill patients: A field of tension. *Int J Nurs Stud*. 2005;42:135-45.
41. 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;356:469-78.
42. Malacrida R, Bettelini CM, Degrate A, Martinez M, Badia F, Piazza J, et al. Reasons for dissatisfaction: A survey of relatives of intensive care patients who died. *Crit Care Med*. 1998;26:1187-93.
43. Heyland DK, Tranmer JE. Measuring family satisfaction with care in the intensive care unit: The development of a questionnaire and preliminary results. The KGH ICU research Working Group. *J Crit Care*. 2001;16:142-9.
44. Heyland DK, Rocker GM, Dodek PM, Kutsogiannis DJ, Konopad E, Cook DJ, et al. Family satisfaction with care in the intensive care unit: Results of a multicenter study. *Crit Care Med*. 2002;30:1413-8.
45. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Adrie C, Annane D, Bleichner G, et al. Half the family members of intensive care units patients do not want to share in the decision making: A study in 78 French intensive care units. *Crit Care Med*. 2004;32:1832-8.
46. Dodek PM, Heyland DK, Rocker GM, Cook DJ. Translating family satisfaction data into quality improvement. *Crit Care Med*. 2004;32:1922-7.
47. Fox-Wasylyshyn SM, El-Masri MM, Williamson KM. Family perceptions of nurses' roles toward family members of critically ill patients: A descriptive study. *Heart Lung*. 2005;34:335-44.
48. Fumis RR, Nishimoto IN, Deheinzeln D. Families' interactions with physicians in the intensive care unit: The impact on family's satisfaction. *J Crit Care*. 2007;23:281-6.
49. Wall RJ, Randall JC, Cooke CR, Engelberg RA. Family satisfaction in the ICU. Differences between families of survivors and non-survivors. *Chest*. 2007;132:1425-33.
50. 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.
51. 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.
52. Pérez MD, Rodríguez M, Fernández A, Catalán M, Montejo JC. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*. 2004;28:237-49.
53. Santana L, Ramírez A, Sánchez M, Martín JC, Hernández E. Encuesta de satisfacción a los familiares de pacientes críticos. *Med Intensiva*. 2007;31:57-61.
54. Santana L, Sánchez M, Hernández E, García M, Eugenio P, Villanueva A. Necesidades de los familiares de pacientes de cuidados intensivos: percepción de los familiares y del profesional. *Med Intensiva*. 2007;31:273-80.
55. Family Satisfaction Downloads [actualizado 12 Dic 2006; consultado 30 Ene 2008]. Disponible en: [http://www.criticalcareconnections.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=16&Itemid=29](http://www.criticalcareconnections.com/index.php?option=com_content&task=view&id=16&Itemid=29).
56. Curtis JR, Treece PD, Nielsen EL, Downey L, Shannon SE, Braungardt T, et al. Integrating palliative and critical care: Evaluation of a quality-improvement intervention. *Am J Respir Crit Care Med*. 2008;178:269-75.
57. Gerstel E, Engelberg RA, Koepsell T, Curtis JR. Duration of withdrawal of life support in the intensive care unit and association with family satisfaction. *Am J Respir Crit Care Med*. 2008;178:798-804.
58. Heyland DK, Rocker GM, O'Callaghan CJ, Dodek PM, Cook DJ. Dying in the ICU. Perspectives of family members. *Chest*. 2003;124:392-7.
59. Henneman EA, McKenzie JB, Dewa CS. An evaluation of interventions for meeting the information needs of families of critically ill patients. *Am J Crit Care*. 1992;1:85-93.
60. Engelman RM. Mechanisms to reduce hospital length of stay. *Ann Thorac Surg*. 1996;61:S26-9.
61. Johnson D, Wilson M, Cavanaugh B, Candice B, Gudmundson D, Otto M. Measuring the ability to meet family needs in an intensive care unit. *Crit Care Med*. 1998;26:266-71.
62. Gries CJ, Curtis JR, Wall RJ, Engelberg RA. Family member satisfaction with end-of-life decision making in the ICU. *Chest*. 2008;133:704-12.
63. Chien WT, Chiu YL, Lam LW, Ip WY. Effects of a needs based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: A quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud*. 2006;43:39-50.

#### Correspondencia:

M. A. López Chacón  
Servicio de Medicina Intensiva, SCIAS-Hospital de Barcelona  
Avda. Diagonal 656-660. 08034 Barcelona. España  
**Correo electrónico:**  
[marcolopezchacon@hotmail.com](mailto:marcolopezchacon@hotmail.com)

### Anexo 1.

Traducción al español del cuestionario Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit: FS-ICU(24)<sup>®</sup>

N.º de identificación: \_\_\_\_\_

N.º \_\_\_\_\_ Box \_\_\_\_\_

## Satisfacción Familiar con los Cuidados en la Unidad de Cuidados Intensivos

### ¿Cómo lo estamos haciendo?

#### Sus opiniones acerca del reciente ingreso de su familiar en la unidad de cuidados intensivos (UCI)

Su familiar fue un paciente en esta UCI. Usted está registrado como el pariente más cercano o cuidador principal. Las siguientes preguntas dirigidas a USTED tratan sobre el *más reciente ingreso de su familiar en la UCI*. Entendemos que probablemente había muchos médicos, enfermeras y otros miembros del equipo involucrados en el cuidado de su familiar. Sabemos que pueden existir excepciones, pero a nosotros nos interesa *su valoración en general* de la calidad del cuidado administrado. Entendemos que fue probablemente un momento muy difícil para usted y los miembros de su familia. Agradecemos el tiempo que tome para ofrecernos su opinión. Por favor, dedique un momento para contarnos qué hicimos bien y qué podemos hacer para que nuestra UCI mejore. Por favor, tenga por seguro de que todas las respuestas son confidenciales. El personal médico y de enfermería que cuidó de su familiar no podrá identificar sus respuestas.

## DATOS DEMOGRÁFICOS

Por favor, complete la siguiente sección para ayudarnos a conocer un poco su relación con el paciente.

#### 1. Sexo:

☐ Hombre ☐ Mujer

#### 2. Edad:

tengo \_\_\_\_\_ años

#### 3. Soy su:

☐ Esposa ☐ Esposo ☐ Pareja  
☐ Madre ☐ Padre ☐ Hermana  
☐ Hija ☐ Hijo ☐ Hermano

☐ Otro (Por favor, especifique): \_\_\_\_\_

#### 4. Antes de este reciente ingreso, ¿ha vivido con anterioridad el ingreso de un familiar en una UCI?

☐ Sí ☐ No

#### 5. ¿Vive usted con el paciente?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es No, ¿con qué frecuencia ve usted al paciente?

☐ Más de una vez por semana ☐ Una vez a la semana  
☐ Una vez al mes ☐ Una vez al año ☐ Menos de una vez al año

#### 6. ¿Dónde vive usted?

☐ En la ciudad donde se encuentra el hospital ☐ Fuera de la ciudad



## PARTE 1. SATISFACCIÓN CON LOS CUIDADOS

*Por favor, marque la opción que refleje mejor su punto de vista.  
Si la pregunta no es aplicable a la estancia de su familiar, marque la opción "no aplicable" (N/A).*

### ¿CÓMO TRATAMOS A SU FAMILIAR (EL PACIENTE)?

**1. Preocupación y cuidados del personal de UCI:** Cortesía, respeto y solidaridad recibida por su familiar.

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable

**Manejo de los síntomas:** ¿Cómo se valoraron y trataron los síntomas de su familiar por parte del personal de la UCI?

**2. Dolor**

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable

**3. Disnea** (falta de aliento)

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable

**4. Agitación**

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable

### ¿CÓMO FUE EL TRATO CON USTED?

**5. Consideración de sus necesidades:** ¿Cómo fue el interés mostrado por sus necesidades por el personal de la UCI?

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable

**6. Apoyo emocional:** ¿Cómo fue el apoyo emocional proporcionado por el personal de la UCI?

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable

**7. Coordinación de los cuidados:** Trabajo en equipo de todo el personal que cuidó a su familiar.

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable

**8. Preocupación y cuidado del personal de UCI:** Cortesía, respeto y compasión recibida por usted.

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable

### PERSONAL DE ENFERMERÍA

**9. Habilidad y competencia de los profesionales de enfermería de la UCI:** ¿Cómo cuidaron las enfermeras de su familiar?

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable

**10. Frecuencia en la comunicación:** ¿Cada cuánto habla con la enfermera sobre el estado de su familiar?

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable

## PERSONAL MÉDICO

### 11. Habilidad y competencia de los médicos de la UCI: ¿Cómo atendieron a su familiar?

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable

## UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

### 12. El ambiente en la UCI era:

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable

## SALA DE ESPERA

### 13. El ambiente en la sala de espera era:

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable

### 14. Algunas personas con problemas de salud quieren que se lo hagan todo, mientras que otras son de la opinión contraria. ¿Cuál es su satisfacción de acuerdo con el nivel o la cantidad de cuidados recibidos por su familiar en la UCI?

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable

## PARTE 2.

### SATISFACCIÓN DE LA FAMILIA CON LA TOMA DE DECISIONES EN EL CUIDADO DE PACIENTES CRÍTICOS

#### INSTRUCCIONES PARA EL FAMILIAR DEL PACIENTE EN LA UCI

*Esta parte del cuestionario está diseñada para medir cómo se siente USTED respecto a su implicación en las decisiones relacionadas con el cuidado de su familiar. En la UCI, su familiar puede haber recibido cuidados de diferentes personas. Nos gustaría que cuando conteste estas preguntas piense en el cuidado en conjunto recibido por su familiar. Gracias.*

**POR FAVOR, ELIJA LA OPCIÓN QUE MEJOR DESCRIBA SUS SENTIMIENTOS**

## NECESIDAD DE INFORMACIÓN

### 1. Frecuencia en la comunicación con los médicos de la UCI: ¿Cada cuánto habló el médico con usted sobre el estado de su familiar?

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable

### 2. Facilidad para conseguir información: Voluntad del personal de la UCI para contestar sus preguntas.

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable

### 3. Comprensión de la información: Explicaciones comprensibles proveídas por el personal de la UCI.

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable

### 4. Información honesta: Honestidad de la información proveída sobre el estado de su familiar.

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable



**5. Exhaustividad de la información:** ¿Cómo fue la información del personal de la UCI sobre lo que estaba ocurriendo a su familiar y qué acciones se estaban tomando?

1	2	3	4	5	6		
Excelente		Muy bien		Bien	Suficiente	Mal	No aplicable

**6. Consistencia de la información:** Consistencia de la información recibida sobre el estado de su familiar. ¿Era similar la información recibida por médicos, enfermeras, etc.?

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable

## PROCESO DE TOMA DE DECISIONES

*Durante la estancia de su familiar en la UCI se tomaron decisiones importantes respecto a los cuidados que él o ella recibió. Por favor, en las siguientes preguntas elija la respuesta que mejor refleje su punto de vista.*

**7. ¿Se sintió usted excluido en el proceso de toma de decisiones?**

- ☐ 1. Me sentí muy excluido/a.
- ☐ 2. Me sentí algo excluido/a.
- ☐ 3. No me sentí excluido/a ni incluido/a en el proceso de toma de decisiones.
- ☐ 4. Me sentí algo incluido/a.
- ☐ 5. Me sentí muy incluido/a.

**8. ¿Se sintió usted apoyado en el proceso de toma de decisiones?**

- ☐ 1. Me sentí totalmente abrumado/a.
- ☐ 2. Me sentí algo abrumado/a.
- ☐ 3. No me sentí abrumado/a ni apoyado/a.
- ☐ 4. Me sentí apoyado.
- ☐ 5. Me sentí muy apoyado.

**9. ¿Sintió usted que tuvo control sobre el cuidado de su familiar?**

- ☐ 1. Me sentí apartado/a del control y el sistema de salud tomó el control y dictó el cuidado de mi familiar.
- ☐ 2. Me sentí algo apartado/a del control y el sistema de salud tomó el control y dictó el cuidado de mi familiar.
- ☐ 3. No me sentí apartado/a y tampoco sentí tener el control.
- ☐ 4. Sentí que tenía algo de control sobre el cuidado proporcionado a mi familiar.
- ☐ 5. Sentí que tenía buen control sobre el cuidado proporcionado a mi familiar.

**10. Cuando se tomaban decisiones, ¿tuvo usted el tiempo adecuado para plantear sus preocupaciones y que sus preguntas fueran contestadas?**

- ☐ 1. Podría haber dedicado más tiempo.
- ☐ 2. Tuve el tiempo adecuado.

*Si su familiar falleció durante su estancia en la UCI, por favor rellene las siguientes preguntas (de la 11 a la 13). Si su familiar no falleció, por favor pase a la pregunta 14.*

**11. De las siguientes opciones ¿cuál refleja mejor su punto de vista?**

- ☐ 1. Siento que la vida de mi familiar fue prolongada innecesariamente.
- ☐ 2. Siento que la vida de mi familiar fue ligeramente prolongada innecesariamente.
- ☐ 3. Siento que la vida de mi familiar no fue ni alargada ni acortada innecesariamente.
- ☐ 4. Siento que la vida de mi familiar fue ligeramente acortada innecesariamente.
- ☐ 5. Siento que la vida de mi familiar fue acortada innecesariamente.

**12. Durante las últimas horas de vida de su familiar ¿cuál de las siguientes opciones describe mejor su punto de vista?**

- ☐ 1. Sentí que él/ella estaba sufriendo mucho.
- ☐ 2. Sentí que él/ella estaba sufriendo algo.
- ☐ 3. Sentí que él/ella estaba principalmente tranquilo/confortable.
- ☐ 4. Sentí que él/ella estaba muy tranquilo/confortable.
- ☐ 5. Sentí que él/ella estaba totalmente tranquilo/confortable.

**13. Durante las horas previas a la muerte de su familiar ¿cuál de las siguientes opciones describe mejor su punto de vista?**

- ☐ 1. Me sentí muy abandonado/a por el equipo sanitario.
- ☐ 2. Me sentí abandonado/a por el equipo sanitario.
- ☐ 3. No me sentí ni abandonado/a ni apoyado por el equipo sanitario.
- ☐ 4. Me sentí apoyado/a por el equipo sanitario.
- ☐ 5. Me sentí muy apoyado/a por el equipo sanitario.

**14. ¿Tiene alguna/s sugerencia/s sobre cómo mejorar el cuidado recibido en la UCI?**

---

---

---

---

**15. ¿Le gustaría comentar algo de lo que hicimos bien?**

---

---

---

---

**16. Por favor, añada aquí comentarios o sugerencias que usted sienta útiles para el personal de este hospital.**

---

---

---

---

*Nos gustaría agradecerle su participación y sus opiniones.*

*Por favor, entregue la encuesta completada a la persona designada en la UCI, o bien haga uso del sobre provisto y envíelo por correo a la dirección que aparece en él, con la mayor brevedad posible. Muchas gracias.*