



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

**“NECESIDADES DE LOS FAMILIARES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DEL HOSPITAL DE CABUEÑES”**

Tamara Del Río Rodríguez

20 de Mayo de 2015

Trabajo Fin de Máster



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

**“NECESIDADES DE LOS FAMILIARES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DEL HOSPITAL DE CABUEÑES”**

Trabajo Fin de Máster

Tamara Del Río Rodríguez

Carmen Ana Valdés Sánchez

1. <u>MARCO TEÓRICO</u>	7
1.1 INTRODUCCIÓN	7
1.2 ATENCIÓN SANITARIA AL PACIENTE EN CUIDADOS INTENSIVOS.....	8
1.2.1 El personal de enfermería en la UCI	10
1.3 NECESIDADES DEL PACIENTE Y LA FAMILIA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS	13
1.3.1 Necesidades del paciente	14
1.3.2 Necesidades de la familia	16
1.3.3 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE LAS NECESIDADES DE LA FAMILIA	19
1.4 JUSTIFICACIÓN	21
2. <u>OBJETIVOS</u>	23
2.1 OBJETIVO PRINCIPAL	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3. <u>MATERIAL Y MÉTODOS</u>	24
3.1 TIPO DE ESTUDIO	24
3.2 SUJETOS A ESTUDIO	24
3.3 CONTEXTO DEL ESTUDIO	25
3.4 MATERIAL	28
3.4.1 Instrumento de evaluación	28
3.4.2 Otro material	29
3.5 PROCEDIMIENTO	29
3.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS	30
3.7 LIMITACIONES DEL ESTUDIO	31

3.8 TEMPORALIZACIÓN	32
4. <u>TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS</u>	33
4.1 VARIABLES A ESTUDIO	33
4.2 PRUEBAS ESTADÍSTICAS UTILIZADAS	39
5. <u>BIBLIOGRAFÍA</u>	41
6. <u>ANEXOS</u>	47

1. MARCO TEÓRICO

1.1 INTRODUCCIÓN

El sistema nacional de salud (SNS) es el modelo sanitario que actualmente se utiliza en España. Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012), se define como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas, que engloba las funciones y prestaciones sanitarias entre las que se encuentran los servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores, de promoción y de mantenimiento dirigidos a los ciudadanos que son financiados por los presupuestos generales del Estado.

Este modelo es creado para hacer efectivo uno de los derechos del ser humano, el Derecho a la Protección de la Salud, establecido en el artículo número 43 de la Constitución Española (Ley de Cohesión y Calidad, 2003).

El SNS engloba su asistencia en dos niveles. Un primer nivel asistencial o atención primaria, representado por las zonas básicas de salud y los centros de salud, en el cual los profesionales multidisciplinares pueden prestar su asistencia *in situ* o desplazarse hasta el domicilio si es necesario y un segundo nivel asistencial o atención especializada, representado por hospitales y centros de especialidades, en los cuales la atención se puede prestar de manera ambulatoria o en régimen de ingreso. Las actividades que se prestan son tanto de prevención de enfermedades,

promoción de la salud como de rehabilitación (Ministerio de Sanidad, Servicio Social e Igualdad, 2012).

El sistema sanitario Español se rige por los principios de universalidad, carácter público y gratuidad. La equidad, calidad y la participación son objetivos comunes que constituyen el núcleo básico del Sistema Nacional de Salud y proporciona unos derechos comunes a todos los ciudadanos (Ley de Cohesión y Calidad, 2003).

1.2 ATENCIÓN SANITARIA AL PACIENTE EN CUIDADOS INTENSIVOS

Las unidades de cuidados intensivos (UCIs) son espacios cerrados y servicios específicos de elevada complejidad ubicados dentro de un hospital, con características físicas y técnicas concretas que están destinados a la atención de pacientes en condiciones críticas de salud (Zaforteza, Gastaldo, Sánchez-Cuenca, de Pedro y Lastra, 2004). El tipo de pacientes que es tratado en estas unidades de trabajo, requiere de una asistencia multidisciplinar y continua, contando con el manejo de tecnologías complicadas por parte de una serie de profesionales sanitarios específicamente capacitados y entrenados para ello (Gómez-Carretero, Monsalve, Soriano y de Andrés, 2007).

Tal como indica el Ministerio de Sanidad y Política Social (2010), en el documento de estándares y recomendaciones para los cuidados en una unidad de cuidados intensivos, el tipo de pacientes que han de ser tratados en una UCI son aquellos que, siendo susceptibles de recuperación, precisan apoyo respiratorio

completo o básico junto con el soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como también, todos los pacientes complejos que requieran una ayuda debido a un fallo multiorgánico frente al que se encuentran expuestos.

El ingreso en sí, en cualquier área del hospital, es un hecho que produce trastornos en los seres humanos tanto físicos como psicológicos ya que la situación a la que se enfrentan y el lugar en el que se encuentran encamados, comúnmente, es un sitio desconocido para ellos y por lo general impactante. Estos trastornos pueden influir en la evolución de la enfermedad, facilitando o interrumpiendo su curación, por ello es muy importante intentar establecer la mayor normalidad posible ante esta crisis (Blanca, Blanco, Luque y Ramírez, 2008; Llamas-Sánchez et al., 2009; López et al., 2011; Santana et al., 2007; Ullman et al., 2014).

La mayoría de los cuidados que se prestan en una UCI se centran en el plano físico, puesto que el perfil de un paciente que ingresa en un servicio de tales características es normalmente crítico e inestable, por lo que precisan que la atención se centre en el cuidado del paciente (Santana et al., 2007) dejando así, a un lado, aquellos trastornos que afecten al plano tanto psicológico como social. De este modo, es importante destacar que una parte esencial del entorno del paciente a la que no se le suele prestar cuidados es la familia, a pesar de que en la actualidad se considera ésta como un elemento rigurosamente importante dentro del desarrollo del ser humano (Pérez, Najarro, Dulce, Gallardo y Fernández, 2010).

Dicho esto, las necesidades de ambos, paciente y familia, no quedarían cubiertas al completo provocando frustración y diversos efectos que entorpecerían

alcanzar un nivel adecuado de salud (Beltrán-Salazar, 2008; Beltrán-Salazar, 2009).

Según las últimas recomendaciones de calidad y seguridad asistencial en la unidad de cuidados intensivos, aportadas por el Ministerio de Sanidad y Política Social (2010), la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI), que recoge la estadística de centros sanitarios de Atención Especializada, identificaba en España, 4.975 camas de Medicina Intensiva en hospitales de agudos, lo que representa el 4,3% de las mismas en funcionamiento en ese tipo de hospitales. De ese total, el 77% (3.809 camas) se correspondían con las que estaban ubicadas dentro de la UCI, distribuyéndose el resto entre unidades de cuidados coronarios (10%), de cuidados intensivos neonatales (11%) y de quemados (2%). En las 3.809 camas de UCI se atendieron 210.984 pacientes con una estancia media de 4,6 días (índice de ocupación: 69%).

En base a estos datos, se puede observar el elevado porcentaje de asistencia recibidas en UCI, más del 70%, y por tanto sería interesante así como necesario llevar a cabo una buena planificación que cubra los aspectos biopsicosociales del ser humano y así poder alcanzar un nivel de cuidados óptimo.

1.2.1 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA UCI

Las unidades de cuidados intensivos, están presentes en la mayoría de los hospitales de España, contando con personal especializado perteneciente a diferentes categorías profesionales.

En cuanto a la necesidad de enfermería se refiere, se deben tener en cuenta una serie de factores para poder abordar con eficacia los cuidados pertinentes. Entre ellos, se debe valorar la carga de trabajo, normalmente elevada y las competencias para satisfacer las necesidades del paciente, así como las funciones de la enfermera de la UCI, las categorías profesionales y perfil de competencias del equipo multiprofesional, la contribución del personal auxiliar de enfermería, la presencia de la responsable de enfermería de la UCI y otras actividades distintas a la atención directa al paciente y patrones de organización de la UCI (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Varios estudios han señalado que el personal sanitario en general sufre de cifras elevadas de estrés a lo largo de su carrera laboral, destacando en especial a aquellos profesionales que trabajan en servicios especiales, como lo son las UCIs (Solano, Hernández, Vizcaya y Reig, 2002). Esto puede deberse a que cada día deben afrontar el cuidado de pacientes en un estado crítico de salud y delicado, en un ámbito de trabajo difícil y cargado de estímulos ambientales situado en unidades de hospitalización específicas cuyas características especiales hacen de esto una tarea complicada (Zaforteza et al., 2004).

La jornada laboral realizada por el personal de enfermería en una UCI, normalmente está planteada en turnos de trabajo rotatorios de mañanas, tardes y noches. Esto puede significar una alteración en los patrones de la salud como por ejemplo el patrón del sueño, la dieta etc., lo que puede conllevar a un aumento del estrés, cansancio laboral y demás trastornos que pueden afectar al rendimiento laboral así como a la comunicación con el paciente y los familiares (Navarro, 2012).

Además, es de importancia mencionar, que en la mayoría de las ocasiones, el personal sanitario, se enfrenta a una sobrecarga de trabajo, lo que muchas veces dificulta, incluso impide, que pueda ser posible prestar unos cuidados de calidad y de manera integral a los pacientes (Blanca et al., 2008).

Se ha comprobado que para mejorar la calidad sanitaria asistencial, es necesario establecer una relación entre los profesionales sanitarios, el paciente y su familia. Autores como Hernández y Guardado (2004) o Moreno-Fergusson y Alvarado-García (2009), destacan la importancia de investigadoras en la historia de la enfermería como Callista Roy o Watson las cuales, ya explicaban en sus modelos la importancia de las interacciones entre las personas y su entorno así como la importancia de los estímulos a los que se expone el individuo. Para poder llevar a cabo estas relaciones personales con efectividad es fundamental disponer de habilidades especiales, como la empatía (Beltrán-Salazar, 2008).

Se puede definir la empatía como una habilidad cognitiva que consiste en que una persona pueda llegar a comprender las emociones de otra. Es importante así como necesaria para poder llegar a establecer una buena comunicación interpersonal, por lo tanto, se hace imprescindible a la hora de saber transmitir una información eficaz a pacientes y familiares (Beltrán-Salazar, 2008; Moghaddasian, Lak-Dizaji y Mahmoudi, 2013).

Existen estudios que han indicado la importancia de hacer hincapié sobre la empatía para poder realizar los planes de cuidados que el personal de enfermería ofrece a las familias, puesto que son muchas las ocasiones en que los profesionales sanitarios carecen de esta cualidad (Blanca et al., 2008). Conocer la experiencia

por la que están pasando los pacientes ingresados en estas unidades, ayuda a mejorar tanto la toma de decisiones como el aplicar un buen plan de cuidados (Beltrán-Salazar, 2008).

1.3 NECESIDADES DEL PACIENTE Y LA FAMILIA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Se puede definir necesidad humana como una sensación de carencia de algo unida al importante deseo de satisfacerla. Las necesidades humanas se manifiestan a través de conductas, las cuales son la expresión de dichas necesidades (Elizalde, Martí y Martínez, 2006).

Según explican Hernández y Guardado (2004) dentro del paradigma humanista enfermero, es fundamental la aportación de Virginia Henderson que en el año 1955 introdujo el término de necesidad humana para explicar el concepto de cuidado, definiendo la necesidad como todo aquello que es esencial al ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar.

Otra aportación fundamental recogida por diversos autores como Elizalde et al. (2006), Pardavila y Vivar (2012) Taormina y Gao (2013), ha sido la realizada por el psicólogo estadounidense Abraham Maslow en el año 1953, con su teoría de la motivación en la que estudió las necesidades humanas, estableciendo una clasificación de cinco necesidades en forma estratificada de pirámide, de mayor a menor prioridad para los seres humanos. Éstas son fisiológicas, de seguridad, afiliación o pertenencia, estima y autorrealización. Un punto clave para alcanzarla

es la motivación, cada ser humano es un mundo y cada uno busca satisfacer sus necesidades, desde las más básicas hasta las de carácter superior aunque el objetivo final sería poder llegar a cubrir las necesidades de autorrealización.

1.3.1 NECESIDADES DEL PACIENTE

El tipo de pacientes que ingresa en una UCI puede presentar diversidad de patologías, teniendo en común todas ellas que son de elevada gravedad. Aunque, en ocasiones puntuales, en una UCI también pueden ser tratados aquellos pacientes de menor gravedad (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010). Como ya hemos comentado anteriormente, los pacientes ingresados en esta unidad requieren de una asistencia integral, ocupándose el personal sanitario tanto del plano físico como psicológico, como si se tratase de un modelo holístico (Alfonso et al., 2007).

Un fallo en la práctica de la medicina actual es que los profesionales tienden a centrarse en proporcionar cuidados al enfermo y poco al entorno que les rodea, dejando así esta parte del cuidado descubierta y no completando por tanto las expectativas de los familiares y el objetivo de brindar un cuidado integral de la salud (Santana et al., 2007).

El entorno ecológico también tomaba un papel estrictamente importante sobre la influencia de la conducta humana, según indica la teoría de los sistemas ecológicos de Urie Bronfenbrenner, estableciéndose una interacción recíproca

entre el paciente y todo aquello que le rodea (Torrico, Santín, Andrés, Menéndez y López, 2002).

Tal como se puede observar en la bibliografía consultada, los pacientes presentan una serie de necesidades que deben estar cubiertas para dar una buena atención sanitaria integral, entre las que se destacan la necesidad de información, de comunicación, de personalización, de seguridad, de confianza y las necesidades espirituales-religiosas. Así como la necesidad de sentir el apoyo de su familia (Blanca et al., 2008).

La insatisfacción de las necesidades puede provocar trastornos en el paciente impidiendo así una mejoría en su estado de salud (Beltrán-Salazar, 2009). Para la satisfacción de las mismas, los pacientes en estado crítico necesitan de un cuidado de enfermería riguroso, permanente, ético y empático, brindado por enfermeros comprensivos, tolerantes y bien entrenados en el uso de sus conocimientos (Beltrán-Salazar, 2008).

El perfil de pacientes que ingresan en un servicio de críticos, comúnmente sufren trastornos de estrés debido a la situación a la que se están exponiendo. Entre los diferentes estresores se pueden encontrar algunos como el ruido, la deprivación sensorial, variaciones en los estímulos ambientales, sensación de aislamiento, restricción en los movimientos y el dolor (Gómez-Carretero, Monsalve, Soriano y de Andrés, 2006).

Y no sólo el estrés se hace notar en el momento en el que el paciente permanece ingresado, no hay que restarle importancia tras ser dado de alta, puesto

que, como indican distintos artículos específicos del tema, es probable que continúe mostrándose presente (Gómez-Carretero et al., 2007).

Debido a las características específicas de estos servicios, se genera un aumento de estos trastornos, produciéndose una gran cantidad de estrés tanto en el personal que brinda los cuidados, como en los pacientes y también en los familiares (Azoulay, Chaize y Kentish-Barnes, 2014; Fernandes, Machado, Fernandes y Salazar 2013; Pardavila y Vivar, 2012; Santana et al., 200).

Además del estrés, los pacientes son susceptibles de presentar gran variedad de síntomas, entre ellos cabe destacar la ansiedad, en gran medida si el paciente se enfrenta a ser intervenido quirúrgicamente. También puede aparecer el sentimiento de desesperación, destacando la falta de seguridad como necesidad primordial (Gómez-Carretero et al., 2007).

1.3.2 NECESIDADES DE LA FAMILIA

Según la teoría general de sistemas, se puede afirmar que la familia es un sistema abierto que funciona como unidad y en el que todos sus miembros están íntimamente relacionados, de modo que cualquier efecto adverso que afecte a uno de sus miembros repercute de forma negativa sobre el resto, lo que dará lugar a una situación de crisis y desestabilización (Díaz y Díaz, 2004).

El ingreso en un hospital es ya de por sí un estímulo estresante para el paciente, pero también para su familia, provocando una situación que conlleva

cambio de roles, desplazamiento del hogar y miedo a lo desconocido. Más aún si se trata de un ingreso en una unidad de cuidados intensivos donde el paciente presenta una serie de patologías más severas y traumáticas que requieren de cuidados más exhaustivos (Díaz y Díaz, 2004; Fernandes et al., 2013; Visser, Deliens y Houttekier, 2014;).

Diversos estudios muestran que este hecho puede producir desajustes y trastornos tales como miedo, ansiedad, depresión, preocupación, delirium y estrés, tanto en los pacientes como en los familiares de los mismos (Pardavila y Vivar, 2012; Martín-Rodríguez y Pérez-San Gregorio, 2006). Por ello es importante la actuación del personal sanitario, siendo de interés destacar la labor de enfermería, quien mantiene una relación continua con el paciente prestándole unos cuidados complejos (Gómez, Ballester y Gil, 2011).

Debido a que los problemas de salud no se centran solamente en el individuo, sino que pueden afectar al grupo familiar, es importante también dedicar un cuidado hacia el entorno, dentro del cual se encuentra la familia (Hidalgo, Vélez, y Pueyo 2007; Pérez et al., 2010).

Los familiares solamente pueden visitar al paciente y recibir información sobre su evolución en el horario estipulado por el hospital en el que se encuentren ubicados. Deben adaptarse a las normas pertinentes en cada ocasión, enfrentándose a una situación nueva que supone una modificación en el ritmo de vida habitual (Martín-Rodríguez y Pérez-San Gregorio, 2006).

En la práctica, no ha sido hasta los años 70 cuando se ha empezado a dar importancia no sólo a los pacientes sino también a los familiares de los mismos en una UCI, comenzando a tener en cuenta sus necesidades (Santana et al., 2007).

El estudio de Molter en 1979, enfermera pionera que se preocupó de valorar a las familias, es el primero de los estudios que se han llevado a cabo para identificar las necesidades de los familiares de los pacientes. Realizó la primera versión del Critical Care Familiars Needs Inventory (CCFNI) que constaba de una lista de cuarenta y cinco necesidades que debían ser identificadas y expresadas por las familias del enfermo crítico (Gómez et al., 2011; Santana et al., 2007; Hidalgo et al., 2007). Molter valoraba cinco aspectos como son la información, comodidad o confort, apoyo por parte de los profesionales que les atienden, proximidad al paciente y seguridad de que el familiar está siendo bien atendido (Fabrellas, Vélez y Pueyo, 2007). Posteriormente, otros estudios han utilizado diferentes cuestionarios con el fin de identificar las necesidades de los familiares, prestando especial atención a las relacionadas con la esperanza, la información, la seguridad y la necesidad de sentirse más cercanos al paciente, estableciendo un mayor contacto con él durante el periodo de crisis (Gómez-Carretero et al, 2006; Gómez et al., 2011; Padilla, 2014; Pardavila, y Vivar, 2012; Pérez et al., 2010).

Las familias suelen exigir una información bastante continua y eficaz acerca de todo lo que ocurre alrededor de su ser querido, no sólo de la enfermedad como tal. Para ello es esencial que exista una buena comunicación entre profesional-paciente-familia (Beltrán-Salazar, 2008). Es importante destacar que la familia

muchas veces es la encargada de la toma de decisiones, ya que el perfil de estos pacientes puede que no sea el óptimo para ello (Azoulay et al., 2014).

Se ha comprobado que una buena información y comunicación con la familia es de gran importancia a la hora de establecer un buen plan de cuidados y así hallar los resultados esperados, más aún si el ingreso del paciente es en una unidad de cuidados críticos (Pérez et al., 2010; Visser et al., 2014).

Tanto pacientes como familiares necesitan sentir una seguridad en esta situación de crisis. No obstante, en la práctica diaria, continúa existiendo un déficit en el cubrimiento de las necesidades que tienen las familias (Padilla, 2014; Llamas et al., 2009).

Tal y como muestra el estudio de necesidades de los familiares de pacientes de cuidados intensivos: percepción de los familiares y del profesional, se puede observar que muchos de los familiares de pacientes ingresados en una UCI sufren síntomas de ansiedad y depresión, lo que puede afectar en la toma de decisiones (Santana et al., 2007).

1.4 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE LAS NECESIDADES DE LA FAMILIA

Es importante tener en cuenta a la familia a la hora de realizar unos buenos cuidados de enfermería, ya que ésta, al formar parte del entorno pasa a convertirse

en un punto clave en el que fijar el objetivo para ayudar a una mejora en la evolución de la enfermedad del paciente (Gómez-Carretero et al., 2006).

Son varios los estudios que hablan acerca de las teóricas que mencionan la importancia del entorno como base para alcanzar unos cuidados óptimos de salud, entre ellas cabe destacar a Florence Nightingale considerada como la madre de la enfermería moderna, que en 1855 realiza el primer modelo conceptual en enfermería en el que precisamente, el entorno es uno de los puntos clave (Alfonso et al., 2007; Pérez et al., 2010).

Estudios como el de López et al. (2011) indican que los familiares sienten que el cuidado por parte del personal de enfermería va dirigido exclusivamente al paciente, dejando al descubierto las necesidades de éstos. Las necesidades son percibidas de modo diferente por el personal de enfermería y por los familiares, por ello, podría ser conveniente realizar una evaluación de las mismas y así poder establecer unas bases para llegar a ofrecer unos cuidados óptimos (Santana et al., 2007).

El personal de enfermería tiene un papel relevante en la atención a los familiares, por la continua permanencia junto a los pacientes. Son el elemento fundamental en la relación terapéutica paciente-enfermera-familia. Además, el contacto con los familiares supone un factor de estrés emocional para las enfermeras, entre otros motivos por su escasa formación en habilidades psicosociales, especialmente importantes a la hora de comunicar malas noticias (Pardavila y Vivar, 2012; Pérez et al., 2010).

Tal y como se puede observar en el estudio de Santana et al. (2007), se afirma que al dar una solución a las necesidades familiares, mejora el estado de las familias así como el del paciente ingresado.

Una parte fundamental que gira en torno a las necesidades son las visitas a los pacientes por parte de sus familiares y allegados. Éstas juegan un papel de gran importancia durante la evolución de la enfermedad, influyendo en el cubrimiento de las necesidades de los mismos (Velasco, Prieto, Castillo, Merino y Perea-Milla; 2005).

Se puede observar que un régimen de visitas abierto en la UCI por parte de los familiares, reduce el nivel de ansiedad y preocupación de los mismos, produciendo también un sentimiento por parte de enfermería de una mejora a la hora de transmitir la información a los familiares y por tanto, estrechando la relación enfermera-paciente-familia tan necesaria a la hora de establecer un plan de cuidados correcto y así poder llegar a cubrir el objetivo del cuidado integral (Rodríguez et al., 2003). No obstante, se ha señalado que la implicación del personal de enfermería en la información hacia los familiares de los pacientes ingresados en la UCI no es suficiente (Pérez et al., 2010).

1.5 JUSTIFICACIÓN

Por todo lo anteriormente expuesto, consideramos que el paciente es un ser bio-psico-social y por tanto, es necesario brindar cuidados de enfermería que cubran todos los aspectos del ser humano de manera holística e integral (Alfonso

et al., 2007). No debemos olvidar que no sólo existe un plano físico en el que hay que centrar los cuidados, sino también un plano emocional y otro no menos importante, social, como hemos mencionado con anterioridad (Pérez et al., 2010).

Siendo una cuestión básica en los cuidados cubrir las necesidades del paciente (Gómez et al., 2011; Hidalgo et al., 2007; Santana et al., 2007) sin olvidarnos de las necesidades de la familia, las cuales no han sido consideradas hasta los 70 y que de no ser cubiertas podrían repercutir en su salud y provocar la aparición de un estado de crisis (Díaz y Díaz, 2004; Gómez-Carretero et al., 2006; Padilla, 2014; Pardavila, y Vivar, 2012; Pérez et.al, 2010; Santana et al., 2007).

A pesar de que existen estudios que se centren en la valoración de las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en la UCI (Alfonso et al., 2007; Blanca et al., 2008; Díaz y Díaz, 2004; Fortunatti, 2014; Gómez-Carretero et al., 2006; Gómez et al., 2011; Hidalgo et al., 2007; Llamas-Sánchez et al., 2009), todas estas investigaciones y otras muchas (Llamas et al., 2009; Padilla 2014; Ruíz, 2002; Rodríguez et al, 2003; Santana et al., 2007; Velasco et al., 2005; Zaforteza et al., 2004) resaltan que son insuficientes las investigaciones realizadas sobre este tema ya que cada vez es más notable la importancia de este tema con el fin de realizar un cuidado óptimo e integral tanto al paciente como a su familia (Alfonso et al., 2007; Gutiérrez et al., 2007; Hidalgo et al., 2007; Najarro, Dulce, Gallardo y Fernández, 2010;).

Por ello, consideramos importante incidir en el estudio de las necesidades en los familiares de los pacientes ingresados en la UCI, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial.

2- OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO PRINCIPAL:

- Evaluar las necesidades que tienen los familiares de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Cabueñes.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer qué necesidades son prioritarias para los familiares de los pacientes ingresados en la UCI
- Valorar el grado de conformidad de los familiares de los pacientes ingresados en esta Unidad respecto del entorno asistencial y la información recibida
- Comprobar si las variables sociodemográficas influyen en las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en la UCI.

3- MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Se tratará de un estudio observacional, descriptivo y transversal.

3.2 SUJETOS A ESTUDIO

Los sujetos a estudio serán los familiares o cuidadores principales de los pacientes que ingresen en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Cabueñes durante un año, entre los meses de mayo de 2016 a mayo de 2017. Teniendo en cuenta que según fuentes del registro del Hospital de Cabueñes, la media de ingreso mensual en el área de Cuidados Intensivos es de 30 pacientes al mes, el total de la población será de 360. Se realiza la estimación de la población mínima con un intervalo de confianza del 95%, un margen de error del 3% y unas pérdidas del 13%, basándonos en estudios como el de Gómez, Ballester y Gil (2011), obteniéndose n =149 familiares.

Criterios de inclusión

- Familiares que visiten al paciente con una periodicidad mínima de 3 días a la semana.
- Familiares de pacientes que estén ingresados en la unidad más de 72 horas

- Acceder a participar voluntariamente en el estudio
- Ser mayor de edad
- No padecer déficits cognitivos

Criterios de exclusión:

- No ser profesional sanitario ni el paciente ni el familiar encuestado.
- Familiares, de pacientes que hayan expresado su deseo de que su familia no sea informada de su estado.
- No hablar castellano.
- Padecer discapacidad sensorial grave visual o auditiva.

3.3 CONTEXTO DEL ESTUDIO

El Hospital de Cabueñes pertenece a la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias, situado en la localidad de Gijón, concretamente en el área sanitaria número V.

La unidad de cuidados intensivos del hospital de Cabueñes se encuentra en la quinta planta del hospital y consta de 2 unidades, cada una de ellas compuesta por siete camas, siendo una unidad polivalente en la que se atienden diversas patologías.

También cuentan con una unidad de coronarias que está situada en la primera planta, la cual consta de 4 camas.

El hospital de Cabueñes es el hospital de referencia para recibir casos de ictus, código corazón y pacientes con patología respiratoria que precisen de respirador del área sanitaria número VI, donde se encuentra el hospital de Arriondas debido a que en éste, no disponen de los materiales necesarios para tratar a este tipo de pacientes. También serán tratados en el área V aquellos pacientes que por su gravedad, independientemente de la patología, precisen de tecnologías o técnicas inexistentes en el hospital de Arriondas.

Además de ser el hospital de referencia del área VI, también serán tratados aquellos pacientes derivados de las áreas sanitarias III, VII y VII que se corresponden con las zonas de Avilés, Mieres y Langreo respectivamente si en estos hospitales el índice de cupo es completo. Pueden ser atendidos incluso pacientes retornados del área de Oviedo.

Los pacientes que precisen cirugía de tórax siempre serán derivados para su atención al Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) situado en la localidad de Oviedo, perteneciente al área IV, así como aquellos que precisen algún tipo de técnica concreta de la que no se disponga en Gijón.

El reparto de profesionales sanitarios en el turno será siempre de un médico para cada dos pacientes, excepto cuando hay médicos de guardia que serán dos más los residentes. Hay 3 enfermeras por cada unidad, una para cada dos pacientes, con excepción de una de ellas que podrá llevar a 3. En el caso de las auxiliares de enfermería, cada unidad estará formada por dos, lo que quiere decir una auxiliar para cada cuatro pacientes y de lunes a viernes contarán con otra auxiliar que se encargará del material (limpieza, reposición etc.).

Los turnos de trabajo del personal de enfermería serán siempre fijos y rotatorios, constando de dos mañanas, dos tardes, dos noches y cuatro días de descanso.

Se contará con dos turnos de visita, por las mañanas el horario establecido será de 13:00 a 14:00 y por las tardes de 18:00 a 20:30. En el horario de mañanas, las visitas serán acompañadas por el médico quien les expondrá la situación del paciente y resolverá las dudas que sean necesarias. Después de finalizar el horario de visita matutina, los médicos se reunirán de 14:00 a 14:30 para realizar una sesión clínica sobre sus pacientes. A las 14:30 llegará el médico de guardia.

Se permiten dos visitantes por cada paciente, pudiendo éstos rotar con otros visitantes siempre y cuando dentro de la UCI estén dos únicamente. Para entrar a visitar al paciente, tendrán que realizar un lavado de manos y utilizar un desinfectante, así como colocarse una bata desechable que se depositará a la salida de la UCI en un cubo. En el caso de que algún visitante quiera tocar al paciente, será obligatorio el uso de guantes y si se trata de pacientes que tengan algún tipo de aislamiento respiratorio, de contacto o ambos, se utilizarán las medidas pertinentes siempre explicadas previamente por el personal sanitario, generalmente enfermería.

El personal médico realizará su cambio de turno entre las 8 y las 8:30 y el personal de enfermería de 7:45 a 8:15 aproximadamente, durante el cual se comentará la situación de los pacientes al siguiente profesional sanitario que les atenderá.

El pase de visita médica no tiene horario exacto, pasarán a lo largo del día y lo harán acompañados de la enfermera del paciente y en alguna ocasión de la supervisora de enfermería o jefa del servicio.

El número de pacientes atendidos a lo largo del año 2014 ha sido un total de 277, existiendo variabilidad según los meses que rondan más o menos alrededor de 30 ingresos, número exacto en diciembre de 2014. La cifra de ingresos en los meses de verano suele ser algo inferior.

3.4 MATERIAL

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN:

El cuestionario que utilizaremos para evaluar las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en UCI será “la encuesta de satisfacción para familiares en Unidades de Cuidados Intensivos” diseñada, publicada y validada por Pérez Cárdenas M (2004) y adaptada por Santana et al. (2007).

Esta versión del cuestionario, está compuesto por 29 ítems en los que se evalúan diferentes ámbitos: necesidad de información (ítems 1, 3, 10-17, 20-23), de accesibilidad del personal (18, 19), ayuda de los diferentes profesionales sanitarios (24), comodidad física y entorno asistencial (ítems 2, 4-9), satisfacción con la organización de las visitas (25-30). Cada uno de los ítems de la escala se valorará de forma independiente.

OTRO MATERIAL:

Además, se dispondrá de material accesorio cuyos gastos correrán a costa del investigador principal. Se utilizarán folios, bolígrafos, carpetas, sobres y un buzón donde depositar el cuestionario y el consentimiento informado. También se precisará de ordenadores, acceso a internet y el programa SPSS para el análisis estadístico de las variables a estudio.

3.5. PROCEDIMIENTO

Para la realización de este estudio se precisará el permiso y el informe favorable del Comité Ético de Investigación del Principado de Asturias y se informará al Gerente del Hospital de Cabueñes.

La recogida de datos se desarrollará en la UCI de éste hospital una vez que los permisos sean aprobados durante los meses de mayo de 2016 a mayo de 2017. Se informará a la supervisora de la unidad para comenzar la realización del estudio y se solicitará la colaboración del personal de enfermería informándoles acerca de los objetivos perseguidos en el mismo.

Para llevarlo a cabo, se utilizará un cuestionario para evaluar las características sociodemográficas y las necesidades de los familiares. Se acudirá personalmente a la unidad de lunes a viernes durante los meses de mayo de 2016 a mayo de 2017, en horario de pase de visita tanto por las mañanas como por las tardes para la entrega del cuestionario y del consentimiento informado a los

familiares que cumplan los criterios de inclusión, explicándoles en qué consiste el estudio.

El cuestionario y el consentimiento informado se entregarán en un único sobre cerrado. Éste se depositará en un buzón colocado en el control de enfermería de la UCI tras su finalización.

Se les explicará a los familiares que los cuestionarios podrán ser sacados de la unidad y cubiertos en otro momento, pudiendo entregarse en el buzón correspondiente en futuras visitas durante la estancia del paciente en la UCI. También se indicará que la participación en el estudio será completamente voluntaria.

Se insistirá acerca de que los cuestionarios rellenos son estrictamente confidenciales y serán utilizados únicamente con fines para la investigación con el objetivo de mejorar el servicio asistencial.

Una vez recogidos los datos, se analizarán en el programa estadístico SPSS y se extraerán las conclusiones oportunas.

3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación se ha desarrollado de acuerdo con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, según la cual han de respetarse los derechos del sujeto a salvaguardar su integridad, han de adoptarse las precauciones necesarias para respetar su intimidad, y ha de prevalecer su interés

sobre el de la ciencia y la sociedad. El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se ha hecho conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y el Real Decreto 1720/2007 de 21 de Diciembre.

3.7 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una de las limitaciones que podemos encontrarnos en nuestro estudio viene derivada por el sesgo de selección. Esto es debido a que la participación es completamente voluntaria, y el grado de interés o motivación que pueda tener un individuo puede diferir en relación con otros sujetos.

También podemos encontrarnos sesgos de información que son debidos al modo en que se obtuvieron los datos, ya que la información que nos aporta el familiar encuestado, puede estar influenciada por su estado emocional y por tanto las encuestas pueden no estar cubiertas con sinceridad.

3.8 TEMPORALIZACIÓN

El trabajo de investigación se llevará a cabo entre los meses de Enero del 2016 y Diciembre del 2017. A continuación se muestran las actividades que se realizarán por orden cronológico:

	ENE - FEB 2016	MAR - ABR 2016	MAY 2016 - MAY 17	JUN - SEPT 2017	OCT - DIC 2017
Búsqueda bibliográfica					
Objetivo y diseño					
Recogida de datos					
Tratamiento de los datos					
Resultado y conclusiones					

4- TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

4.1. VARIABLES A ESTUDIO

A continuación se explican las variables que se evaluarán en este estudio.

Encuesta de satisfacción para familiares en Unidades de Cuidados Intensivos

Edad: Se refiere a la edad del familiar, acompañante o cuidador principal en el momento del estudio medida en años completos. Tipo de variable: cuantitativa discreta.

Sexo: Se refiere al género al que pertenece el familiar, acompañante o cuidador principal. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica. Categorías: hombre/mujer.

Situación laboral: Se refiere al tipo de contrato profesional. Tipo de variable: cualitativa nominal politómica. Medida en 4 categorías: trabaja /ama de casa/ está parado/ otros.

Parentesco con el paciente: Se refiere al tipo de relación establecida entre el paciente y el familiar, acompañante o cuidador principal. Tipo de variable: cualitativa ordinal politómica. Medida en 3 categorías: primer grado, segundo grado, otra relación.

Convivencia actual con el paciente: Se refiere al hecho de que el familiar, acompañante o cuidador principal comparta vivienda en la actualidad con el paciente. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Sí/ No

Estudios: hace referencia a la existencia de estudios por parte del familiar, acompañante o cuidador principal entrevistado. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Sí/No.

Nivel de estudios: referida a los estudios de mayor nivel que haya cursado el familiar, acompañante o cuidador principal entrevistado. Tipo de variable: cualitativa ordinal politómica. Medida en 4 categorías: primarios, secundarios, universitarios, otros.

Facilidad para localizar la UCI: facilidad o no que ha encontrado el familiar para localizar la UCI al ingreso del paciente. Tipo de variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Sí/No.

Confortabilidad: Grado de confort que sienten los familiares acerca de la sala de espera. Tipo de variable cualitativa ordinal politómica. Medida en 4 categorías: muy adecuada, adecuada, poco adecuada y nada adecuada.

Necesidad de información: Sensación de información percibida por el familiar, acompañante o cuidador principal. Variable cualitativa ordinal politómica. Medida en 3 categorías: Muy acogedora, poco acogedora y nada acogedora.

Limpieza de la UCI: Percepción por parte del familiar, acompañante o cuidador principal del grado de limpieza que se establece en la UCI. Tipo de variable: cualitativa ordinal politómica. Medida en 5 categorías: muy buena, buena, normal, mala y muy mala.

Limpieza del Box: Percepción del familiar, acompañante o cuidador principal del grado de limpieza que se establece en el box en el que se encuentra ingresado el

paciente. Tipo de variable: cualitativa ordinal politómica. Medida en 3 categorías: aceptable, poco aceptable, insuficiente.

Orden del Box: Percepción del familiar, acompañante o cuidador principal el grado de orden que se establece en el box en el que se encuentra ingresado el paciente.

Tipo de variable: cualitativa ordinal politómica. Medida en 3 categorías: aceptable, poco aceptable, desordenado.

Medios: Percepción por parte del familiar, cuidador o acompañante principal de la suficiencia de los medios utilizados en la UCI. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Sí/No.

Mobiliario: Percepción por parte del familiar, cuidador o acompañante principal de la actualidad del mobiliario. Tipo de variable: cualitativa ordinal politómica. Categorías: actualizado, poco actualizado, nada actual.

Ruidos: Valora la opinión del familiar, acompañante o cuidador principal acerca de los ruidos en la unidad siguiendo una escala de respuesta numérica de 0 a 10 siendo 0= nada confortable y 10= muy confortable. Tipo de variable: cuantitativa discreta.

Iluminación: Valora la opinión del familiar, acompañante o cuidador principal acerca de la iluminación en la unidad siguiendo una escala de respuesta numérica de 0 a 10 siendo 0= nada confortable y 10= muy confortable. Tipo de variable: cuantitativa discreta.

Comodidad: Valora la opinión del familiar, acompañante o cuidador principal acerca de la comodidad en la unidad siguiendo una escala de respuesta numérica

de 0 a 10 siendo 0= nada confortable y 10= muy confortable. Tipo de variable: cuantitativa discreta.

Intimidad: Valora la opinión del familiar, acompañante o cuidador principal acerca de la intimidad en la unidad siguiendo una escala de respuesta numérica de 0 a 10 siendo 0= nada confortable y 10= muy confortable. Tipo de variable: cuantitativa discreta.

Identificación del personal médico: Identificación por parte del personal médico hacia el familiar, acompañante o cuidador principal. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Sí/ No.

Información al ingreso: Información al familiar, acompañante o cuidador principal al ingreso del paciente en la UCI. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Sí/No.

Comprensión: Comprensión de la información por parte del familiar, acompañante o cuidador principal al ingreso del paciente en la UCI. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Sí/No.

Información diaria: Se refiere al modo en que el familiar, acompañante o cuidador principal recibe la información diaria. Tipo de variable: cualitativa ordinal politómica. Medida en 3 categorías: clara, poco clara, nada clara.

Información previa a exploración dentro de la UCI: Se refiere a si el familiar acompañante o cuidador principal recibe información previa a una exploración del paciente dentro de la UCI. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Sí/No.

Información previa a exploración fuera de la UCI: Se refiere a si el familiar acompañante o cuidador principal recibe información previa a una exploración del paciente fuera de la UCI. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Sí/No.

Hora de información: Conformidad por parte del familiar, acompañante o cuidador principal con el horario de información. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Sí/No.

Recepción de la información: Se refiere a si la información le ha sido dada en el horario correcto al familiar, acompañante o cuidador principal. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Sí/No.

Identificación de enfermería: Conocimiento por parte del familiar, acompañante o cuidador principal de la identificación del personal de enfermería que está atendiendo al paciente. Tipo de variable: cualitativa ordinal politómica. Medida en 3 categorías: Casi siempre, algunas veces, casi nunca.

Relación con el personal de enfermería: Tipo de relación entre el personal de enfermería y el familiar, acompañante o cuidador principal. Tipo de variable: cualitativa ordinal politómica. Medida en 3 categorías: Fluída, poco fluída, inexistente.

Información por parte de enfermería: Se refiere a si el familiar, acompañante o cuidador principal recibe información por parte del personal de enfermería al ingreso del paciente. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Sí/No.

Información de los cuidados: Información al familiar, acompañante o cuidador principal de los cuidados generales de enfermería al paciente en la UCI. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Sí/No.

Higiene: Información al familiar, acompañante o cuidador principal de los cuidados de higiene que se realizan al paciente en la UCI. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Sí/No.

Comunicación: Información al familiar, acompañante o cuidador principal referentes a la comunicación. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Sí/No.

Nutrición: Información al familiar, acompañante o cuidador principal de la nutrición que se administra al paciente y sus cuidados. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Sí/No.

Estado de ánimo: Información al familiar, acompañante o cuidador principal de los estados de ánimo por los que atraviesa el paciente. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Sí/No.

Ayuda espiritual: Información al familiar, acompañante o cuidador principal de la ayuda espiritual que precisa el paciente en la UCI. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Sí/No.

Tecnología: Información al familiar, acompañante o cuidador principal de la tecnología utilizada con el paciente ingresado en la UCI. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Sí/No.

Ayuda de enfermería: Recepción del familiar, acompañante o cuidador principal de ayuda de enfermería para establecer una comunicación con el paciente ingresado. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Sí/No.

Horario de visitas: Conformidad del familiar, acompañante o cuidador principal con el horario de visitas establecido. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Sí/No.

Tiempo de visita: Conformidad del familiar, acompañante o cuidador principal con la duración de las visitas en la UCI. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Sí/No.

Numero de familiares: Conformidad del familiar, acompañante o cuidador principal con el número de personas como visita permitidas por paciente en la UCI. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Sí/No.

Posición del familiar: Preferencia del familiar, acompañante o cuidador principal por permanecer sentado durante la duración de la visita en la UCI. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Sí/No.

4.2. PRUEBAS ESTADÍSTICAS UTILIZADAS (ANÁLISIS ESTADÍSTICO,....)

Se realizará la estadística descriptiva de las variables recogidas, utilizando la versión 19 del programa SPSS.

Para la descripción de la muestra, en las variables cualitativas se calcularán frecuencias y porcentajes, y en las variables cuantitativas medias, desviaciones típicas y rangos.

Con el fin de estudiar la asociación entre las variables cuantitativas y cualitativas se usará en el caso variables dicotómicas la prueba T de Student y en el caso de variables politómicas la prueba ANOVA. Para estudiar el grado de correlación entre las variables cuantitativas se calculará el coeficiente de correlación de Pearson y para estudiar la asociación entre las variables cualitativas la prueba Chi-Cuadrado. Se establece como nivel de significación un valor de p menor a 0,05

5. BIBLIOGRAFÍA:

Alfonso Pérez, DP., Fernández Vázquez, M., García Navarro, S., Contreras Pereira, I., Cumbreiras Díaz, EM.y Martín Sánchez, B. (2007) Información Enfermera: Satisfacción de los familiares de pacientes en cuidados críticos. Huelva. *Biblioteca Las Casas-Fundación Index*, 3 (1). Consultado el 13 marzo de 2015. Recuperado de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0215.pdf>

Azoulay, E., Chaize, M. & Kentish-Barnes, N. (2014). Involvement of ICU families in decisions: fine-tuning the partnership. *Ann Intensive Care* 4 (37).

Beltrán-Salazar, O.A. (2008). La práctica de enfermería en cuidado intensivo. *Aquichán* 8 (1), 50-63.

Beltrán-Salazar, O.A. (2009). La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichán* 9 (1), 23-37.

Blanca Gutiérrez, J.J., Blanco Alvariño, A.M., Luque Pérez, M. y Ramírez Pérez, M.A. (2008). Experiencias, percepciones y necesidades en la uci: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería Global* 12, 1-14.

Díaz Sánchez, A. y Díaz Sánchez, N. (2004). Ampliando horizontes: Una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes críticos. *Nure* (10) 1-19.

Elizalde, A., Martí Vilar, M. y Martínez Salvá, F. (2006). Una revisión crítica del debate sobre las necesidades humanas desde el enfoque centrado en la persona. *Polis*, 15.

Fernandes da Cruz Silva, L., Machado, R.C, Fernandes da Cruz Silva, V.M. y Salazar Posso, M. (2013). Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de enfermería. *Enfermería Global* 12 (32), 88-103.

Gómez-Carretero. P, Monsalve. V, Soriano. JF. y de Andrés. J. (2006). El ingreso en la unidad de cuidados intensivos la repercusión en el familiar del paciente. *Boletín de Psicología* 87, 61-87.

Gómez-Carretero. P, Monsalve. V, Soriano. JF. y de Andrés. J. (2007). Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos Madrid, *Medicina Intensiva* 31 (6), 318-325.

Gómez Martínez S., Ballester Arnal R. y Gil Juliá B. (2011). El Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI) versión breve: adaptación y validación en población española. *Anales Sistema Sanitario de Navarra* 34 (3), 349-361.

Hernández Cortina, A. y Guardado de la Paz, C. (2004). La Enfermería como disciplina profesional holística. *Revista Cubana de Enfermería* 20 (2), 1-1.

Hidalgo Fabrellas, I., Vélez Pérez, Y. y Pueyo Ribas, E. (2007). Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva* 18 (3), 106-114.

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (2003, 28 de Mayo). *Ley de Cohesión y Calidad*. Consultado el 20 de febrero de 2015. Recuperado de

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715&tn=1&p=20140917&vd=#preambulo>

López Chacón, M.A., Piñol Pérez-Rejón, M., Merino Cabrera, E., Taurà Rodríguez, G., Quispe Hoxas, L.C., Manzanedo Sánchez, D...Hidalgo Blanco, M.A. (2011). Efecto de un protocolo de acogida sobre la encuesta de satisfacción familiar en una unidad de cuidados. *Edición Española Nursing* 29 (8), 52-65.

Llamas-Sánchez, F., Flores-Cordón, J., Acosta-Mosquera, M.E., González-Vázquez, J., Albar-Marín, M.J. y Macías-Rodríguez, C. (2009). Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos. *Enfermería Intensiva*, 20 (2).

Martín-Rodríguez, A. y Pérez-San Gregorio, M.A. (2006). Influencia en la unidad de cuidados intensivos en los familiares de pacientes con mala calidad de vida. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (1), 71-82.

Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). Unidad de Cuidados Intensivos estándares y recomendaciones. Madrid. Consultado el 10 de marzo de 2015. Recuperado de

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>

Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad (2012), Sistema Nacional de Salud. Madrid. Consultado el 10 de marzo de 2015. Recuperado de

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012_Espanol.pdf

Moghaddasian, S., Lak-Dizaji, S. & Mahmoudi, M. (2013). Nurses Empathy and Family Needs in the Intensive Care Units. *Journal of Caring Sciences* 2 (3), 197–201.

Moreno-Fergusson, M.E. y Alvarado-García, A.M. (2009). Aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. *Aquichán* 9 (1), 62-72.

Navarro Arnedo, J.M. (2012). Revisión de los estudios sobre los profesionales de enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos de España. *Enfermería Global* 11 (26), 267-289.

Padilla Fortunatti, C. F. (2014). Necesidades más importantes de los familiares del paciente crítico a la luz del instrumento. *Investigación y educación en enfermería* 32 (2), 306-316.

Pardavila Belio, M.I. y Vivar, C.G. (2012). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva* 23 (2).

Pérez Fernández, M.C., Najarro Infante, F.R., Dulce García, M.A., Gallardo Jiménez, N. y Fernández Fernández, A. (2010). Comunicación: Una necesidad para el Paciente-Familia. Una competencia de Enfermería. *Revista Páginasenferurg.com* 1 (3), 15-20.

Rodríguez Martínez, M^a.C., Rodríguez Morilla, F., Roncero Del Pino, A., Morgado Almenara, M^a.I., Theodor Bannik, J., Flores Caballero, L.J., Cortés

Macías, G., Aparcero Bernet, L. y Almeida González, C. (2003). Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. *Medicina Intensiva*, 14 (3).

Santana Cabrera, L., Ramírez Rodríguez, A., García Martul, M., Sánchez Palacios, M., Martín González, J.C. y Hernández Medina, E. (2007). Encuesta de satisfacción a los familiares de pacientes críticos. *Medicina Intensiva* 31 (2), 57-61.

Santana Cabrera, L., Sánchez Palacios, M., Hernández Medina, E., García Martul, M., Eugenio Ronaina, P. y Villanueva Ortiz, A. (2007). Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional. *Medicina Intensiva* 31 (6), 273-280.

Santana Freitas, K., Kimura, M. y Azevedo São Leão Ferreira, K. (2007). Necesidades de los familiares de pacientes en unidades de terapia intensiva: análisis comparativo entre hospital público y privado. *Revista Latinoamericana Enfermagem* 15 (1), 84-92.

Solano Ruiz, M^a.C., Hernández Vidal, P., Vizcaya Moreno, M^a.F. y Reig Ferrer, A. (2002). Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enfermería Intensiva* 13 (1), 9-16.

Taormina, R.J. & Gao, J.H. (2013). Maslow and the motivation hierarchy: measuring satisfaction of the needs. *The American Journal of psychology* 126 (2), 155-77.

Torrico Linares, E., Santín Vilariño, C., Andrés Villas, M., Menéndez Álvarez-Dardet, S. y López López, M^a.J. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicología. *Anales de psicología* 18 (1), 45-59.

Ullman, A., Aitken, L., Rattray, J., Kenardy, J., Le Brocque, R., MacGillivray, S...Hull, A. (2014). Diarios para la recuperación de enfermedades graves. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Velasco Bueno, J.M., Prieto de Paula, J.F, Castillo Morales, J., Merino Nogales, N. y Perea-Milla López, E. (2005). Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España. *Enfermería Intensiva*, 16 (2), 73-83.

Visser, M., Deliens, L. & Houttekier, D. (2014). Physician-related barriers to communication and patient- and family-centred decision-making towards the end of life in intensive care: a systematic review. *Critical Care* 18 (6).

Zaforteza, C., Gastaldo, D., Sánchez-Cuenca, P., de Pedro, J.E. y Lastra, P. (2004). Relación entre enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos y familiares: Indicios para el cambio. *Revista científica de enfermería Nure*. 67 (3), 39-50.

6. ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: Necesidades de los familiares en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Cabueñes

Investigador principal: Tamara Del Río Rodríguez

Organismo: Universidad de Oviedo

Lugar de realización: Hospital de Cabueñes

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre el estudio de investigación en el que se le invita a participar y que fue aprobado por el Comité Ético de Investigación y por la dirección de Enfermería del Hospital de Cabueñes.

Si decide participar en el mismo, debe leer antes este documento y hacer todas las preguntas que sean necesarias para comprender los detalles sobre el mismo.

La participación en este estudio es completamente voluntaria. Vd. Puede decidir no participar, o, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin obligación de dar explicaciones.

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIO

El objetivo principal de este estudio es evaluar las necesidades que tienen los familiares de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Cabueñes con el fin de mejorar la calidad asistencial. Para participar en el mismo sólo tendrá que cubrir un cuestionario muy breve.

Si decide participar en el mismo, debe leer antes atentamente este documento. La participación en este estudio es completamente voluntaria y consistirá en rellenar un cuestionario que se le adjuntará en un sobre cerrado junto con el consentimiento informado.

Los datos aportados serán meramente utilizados para fines de la investigación y se garantizará su confidencialidad en todo momento. El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre.

- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio y no recibirá pago por su participación.
- La información obtenida en este estudio, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Para más información, puede contactar con el investigador principal a través del siguiente correo electrónico: tamara_drr_88@hotmail.com. Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento informado que forma parte de este documento.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Nombre y Apellidos o DNI _____

Gijón a ____ de _____ de 201

Firma del participante

Gijón a ____ de _____ de 201

Firma del investigador

Tamara Del Río Rodríguez

ANEXO 2: Encuesta de satisfacción para familiares en Unidades de Cuidados Intensivos

El personal que trabaja en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), con la intención de conocer las necesidades de los familiares de aquellos pacientes que están ingresados en la unidad para poder mejorar el servicio, le facilitará una encuesta cuyos datos serán tratados confidencialmente y utilizados solamente para los fines de este estudio. Este cuestionario consta de 29 ítems que se valorarán **marcando una X** sobre el que se corresponda con la respuesta que considere oportuna.

¿Qué edad tiene usted?.....años	
Sexo: Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>
Situación laboral actual:	
Trabaja <input type="checkbox"/>	Ama de casa <input type="checkbox"/>
Está parado <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/> Si ha señalado otros, especifique cual _____
Su parentesco con el paciente es:	
- Primer grado (padre/madre, hijo/a, cónyuge, suegros, yerno/nuera) <input type="checkbox"/>	
- Segundo grado (abuelos, nietos, hermanos, cuñados) <input type="checkbox"/>	
- Otra relación <input type="checkbox"/> Si ha señalado otra relación, especifique cual _____	
¿Convive usted en la actualidad con el paciente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Tiene usted estudios? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Qué estudios tiene usted?:	
Primarios <input type="checkbox"/>	Secundarios <input type="checkbox"/>
Universitarios <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/> Si ha señalado otros, especifique _____

1. ¿Localizó fácilmente la UCI el primer día? SI NO
2. ¿Le parece adecuada la sala de espera?
MUY ADECUADA ADECUADA POCO ADECUADA NADA ADECUADA
3. La información dada en la UCI a pie de cama le ha resultado:
MUY ACOGEDORA POCO ACOGEDORA NADA ACOGEDORA
4. ¿Cómo le pareció la limpieza, en general, de la UCI?
MUY BUENA BUENA NORMAL MALA MUY MALA

5. ¿Qué impresión ha tenido del box donde se ubicó a su familiar respecto de la limpieza?

ACEPTABLE POCO ACEPTABLE INSUFICIENTE

6. ¿Qué impresión ha tenido del box donde se ubicó a su familiar respecto del orden?

ACEPTABLE POCO ACEPTABLE DESORDENADO

7. ¿Le parecen suficientes los medios (sábanas, almohadas, mantas...) de que disponemos?

SÍ NO

8. ¿Le parece que el mobiliario está...?

ACTUALIZADO POCO ACTUALIZADO NADA ACTUAL (viejo, deteriorado...)

9. ¿Le parece que su familiar ha estado confortable respecto a...? (Puntúe de 0 a 10, marcando con una **X** encima del número que considere, siendo 0 lo peor y 10 la máxima confortabilidad)

RUIDOS 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ILUMINACIÓN 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

COMODIDAD (cama) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

INTIMIDAD 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. ¿Conocían el nombre de los médicos que atendieron a su familiar durante su estancia en UCI?

SÍ NO

11. A su ingreso, ¿fueron informados de la situación clínica de su familiar? SÍ NO

12. ¿Comprendió la información que recibió en el momento del ingreso? SÍ NO

13. La información que diariamente usted ha recibido de su familiar ha sido:

CLARA POCO CLARA NADA CLARA

14. Cuando a su familiar le han realizado alguna exploración dentro de la UCI ¿ha sido informado previamente por el médico? SÍ NO

15. Cuando a su familiar le han realizado alguna exploración fuera de la UCI ¿ha sido informado previamente por el médico? SÍ NO

16. ¿Le parece adecuada la hora de la información? SÍ NO

17. ¿Ha recibido puntualmente, a la hora establecida, la información de su familiar? SÍ NO

18. ¿Conocían el nombre del personal de enfermería que atendió a su familiar durante la estancia en UCI?

CASI SIEMPRE ALGUNAS VECES CASI NUNCA

19. La relación con el personal de enfermería fue:

FLUÍDA POCO FLUÍDA INEXISTENTE

20. ¿Al ingreso recibió por parte del personal de enfermería la información suficiente respecto de horarios, normas de la unidad, etc.? SÍ NO

21. ¿Estaban informados de los cuidados de enfermería del familiar diariamente? SÍ NO

22. ¿Estaban informados de los cuidados de enfermería de su familiar respecto a?

HIGIENE: SÍ NO COMUNICACIÓN: SÍ NO NUTRICIÓN: SÍ NO

ESTADO DE ÁNIMO: SÍ NO AYUDA ESPIRITUAL: SÍ NO

23. Cuando entró por primera vez en la UCI ¿alguien le informó de los aparatos, alarmas, sistemas de monitorización, etc.? SÍ NO

24. ¿Recibió por parte de enfermería ayuda para facilitarle la comunicación con su familiar?
SÍ NO

25. ¿El horario de visitas le parece adecuado? SÍ NO

26. ¿Considera suficiente el tiempo de visita? SÍ NO

27. Si es NO ¿usted qué haría? INCREMENTARÍA DISMINUIRÍA INDEFINIDO

28. ¿Le parece escaso el número de familiares que pueden visitar a su familiar actualmente?
SÍ NO

29. ¿Preferiría sentarse para permanecer con su familiar en la hora de visita? SÍ NO