

**Universidad de Oviedo**

**Centro Internacional de Postgrado**

**Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos**

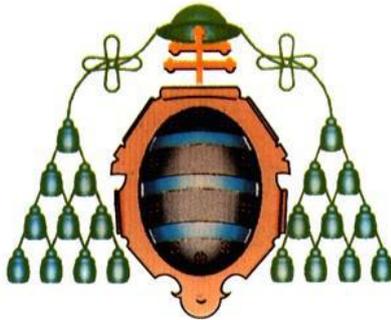
**“Necesidades de las familias de pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos. Visión de los profesionales de enfermería y la propia familia”**

**“Needs of families of patients admitted to the Intensive Care Unit .  
Vision nurses and one's family”**

**Nerea Vega Rodríguez**

**10 de junio de 2016**

**Trabajo Fin De Máster**



**Universidad de Oviedo**

**Centro Internacional de Postgrado**

**Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos**

**“Necesidades de las familias de pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos. Visión de los profesionales de enfermería y la propia familia”**

**“Needs of families of patients admitted to the Intensive Care Unit .  
Vision nurses and one's family”**

**Trabajo Fin De Máster**

**Nerea Vega Rodríguez**

**Ricardo F. Baldonado Cernuda**

## ÍNDICE

<b>1.1 INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>5</b>
1.1 INTRODUCCIÓN.....	5
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	6
<b>2. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA.....</b>	<b>9</b>
2.1 METODOLOGIA DE LA REVISIÓN .....	9
2.2 CARACTERÍSTICAS Y NECESIDADES DEL PACIENTE INGRESADO EN UVI. .	9
2.3 LA FAMILIA DEL PACIENTE CRÍTICO.....	10
2.4 PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN UVI.....	13
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>17</b>
<b>4. MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>18</b>
4.1 ÁMBITO DE ESTUDIO .....	18
4.2 DISEÑO.....	18
4.3 SUJETOS A ESTUDIO .....	18
4.4 TAMAÑO MUESTRAL .....	19
4.5 TIEMPO DE ESTUDIO.....	19
4.6 INSTRUMENTO DE MEDIDA .....	19
4.7 VARIABLES A ESTUDIO.....	20
4.8 CONTEXTO DEL ESTUDIO .....	24
4.9 PROCEDIMIENTO.....	26
4.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	27
4.11 LIMITACIONES.....	28
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>29</b>
<b>6. DISCUSIÓN.....</b>	<b>41</b>
<b>7. CONCLUSIONES.....</b>	<b>46</b>
<b>8. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>47</b>
<b>9. ANEXOS.....</b>	<b>51</b>

## **1.INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.**

### **1.1 INTRODUCCIÓN**

El ingreso en un hospital para la realización de una intervención quirúrgica puede producir cierto grado de estrés o ansiedad en los pacientes, pero además, aquellos que requieren ser ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) tras la intervención, pueden presentar diversas alteraciones psicológicas como consecuencia de la adaptación a la nueva situación, en la cual los pacientes se encuentran en un ambiente extraño o desconocido, que les priva de sus interacciones y sensaciones habituales, mientras les asaltan constantemente estímulos sensoriales extraños<sup>1,2</sup>. Por este motivo, se considera que el ambiente propio de la UCI afecta psicológicamente a los pacientes de un modo negativo<sup>3</sup>. Además, tienen que abandonar, al menos temporalmente, los roles que previamente desempeñaban (familia, trabajo, etc.)<sup>3,6</sup> y adoptar un rol pasivo y dependiente hacia el equipo médico del hospital, las máquinas y equipamiento que les rodean. Como consecuencia, puede ser difícil lograr y mantener la identidad y la integración social de estas personas que no se encuentran en un ambiente familiar, y que, a menudo, escuchan conversaciones sobre ellos pero que no les incluyen<sup>4</sup>.

La estancia en la unidad de cuidados Intensivos, supone un estrés para el paciente y sus familiares, que está originado no solo por la gravedad del paciente, sino también por las dificultades en la comunicación que existen entre este y la familia

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) en general, son lugares donde la tecnología y la eficacia práctica predominan sobre las relaciones personales y la calidad humana. Debido a la inestabilidad del paciente el profesional se centra más en la observación, medicación y monitorización estrecha del mismo, de forma que, aunque considera que es necesario tener en cuenta los requerimientos de la familia la realidad es que pasan a segundo plano<sup>4</sup>.

El ingreso del paciente en la UCI somete a la familia a una situación complicada, al separarse físicamente de su medio habitual y del apoyo afectivo, sufren y están angustiados.

El personal sanitario sobre todo el de enfermería, es un apoyo importante para la familia, ya que se ocupa de todos los cuidados del paciente y está a pie de cama las 24 horas del día, por tanto es la persona idónea para los familiares a la hora de aclarar dudas, aconsejarles en la actitud que deben prestar al enfermo, explicar la situación, implicarlos en el cuidado del paciente

## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

La abundante bibliografía nos demuestra que la familia tiene un papel fundamental en la recuperación de los enfermos hospitalizados.

Además del hecho de que el ingreso de un paciente en UCI altera el funcionamiento normal del círculo familiar, se ha demostrado que los familiares experimentan niveles muy elevados de ansiedad y depresión mientras los pacientes están en la UCI<sup>6,7</sup>.

Por esto, es necesario plantearse las necesidades de las familias para mejorar su bienestar, de esta forma su actitud ayudará en la recuperación del enfermo. El personal asistencial tiene que conocer dichas necesidades y suplir el déficit en la medida posible.

Es importante conocer la situación general y analizarla, para así poder reflexionar y cambiar las conductas para que la satisfacción del paciente y su familia sea lo más plena posible

Tal y como se afirma en el estudio de Santana et al.<sup>5</sup>, se afirma que al dar una solución las necesidades familiares, mejora el estado de las familias así como del paciente ingresado:

En la experiencia personal en la UCI durante mis prácticas he observado que en las unidades de cuidados intensivos predomina la tecnología y la eficacia práctica sobre las relaciones personales y la calidad humana. Y no debemos olvidar que no solo existe un plano físico en el que hay que centrar los cuidados, sino también un plano emocional y otro no menos importante social<sup>8</sup>.

El personal de enfermería tiene un papel relevante para aclarar dudas, aconsejar a los miembros de la familia respecto a la actitud que deben adoptar ante un enfermo y animarles a superar los miedos, para poder prestar una estrecha colaboración en los cuidados de este. Para el paciente la participación de la familia en estas actividades supone, en la mayoría de las ocasiones, un alivio de su angustia, sentimientos de impotencia frustración y ansiedad<sup>9</sup>.

En los últimos años se han logrado avances muy importantes en los cuidados médicos y enfermeros de los pacientes ingresados en las UCIs, la satisfacción de ellos se mide muchas veces desde las perspectiva de la familia debido a que, con frecuencia, son pacientes muy enfermos con posibilidad de comunicarse. Por ello para mejorar la calidad de los cuidados en la UCI es necesario medir el grado de satisfacción de los familiares, de modo que esta información que ellos nos brindan pueda redundar en iniciativas para dicha mejora

A pesar de que existen numerosos estudios que se centren en la valoración de las enfermedades de los familiares en los pacientes ingresados en la UCI, son muchos menos los que comparan con la perspectiva de los profesionales de enfermería<sup>2,5,10</sup>, en nuestra comunidad autónoma no existe ninguna investigación que lo haga. Además de 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. Considero importante incidir en este estudio con el objetivo de mejorar la calidad asistencial.

## **2. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA**

### **2.1 METODOLOGIA DE LA REVISIÓN**

La revisión bibliográfica se realizó a través de las bases de datos Medline, pubmed y Cochrane, introduciendo como términos clave los siguientes: “Unidad de Cuidados Intensivos”, “necesidades” , “paciente crítico”, “grado de satisfacción familiar”, “información”, “ ansiedad”, “ calidad de los cuidados. Keywords: “Intensive Care Unit”, “ needs”, critically-ill patient”, degree of satisfaction among relatives”, “information”, “anxiety”, “quality of care”.

No se estableció delimitación temporal en la búsqueda.

Para la realización de este trabajo, se seleccionaron las referencias bibliográficas relacionadas con las vivencias y experiencias de los familiares de los pacientes que requieren ingreso en las unidades de cuidados críticos, así como las relacionadas con el personal que trabaja en las UCIs y el perfil del paciente que ingresa en estas unidades.

### **2.2 CARACTERÍSTICAS Y NECESIDADES DEL PACIENTE INGRESADO EN UVI.**

El perfil del paciente que ingresa en las unidades de cuidados intensivos es variado ya que pueden presentar diversidad de patologías, teniendo en común que son de elevada gravedad. Normalmente sufren trastornos de estrés debido a la situación a la que se están exponiendo. Entre los estresores según Gómez-Carretero se pueden encontrar algunos como el ruido, la privación sensorial, variaciones en los estímulos ambientales, sensación de aislamiento, restricción en los movimientos y el dolor<sup>6</sup>.

Además del estrés estos pacientes son susceptibles de presentar gran variedad de síntomas, entre ellos cabe destacar la ansiedad, así como el sentimiento de desesperación destacando la falta de seguridad como necesidad primordial<sup>6</sup>.

El paciente y la familia se encuentran en situación de desesperanza, soledad e impotencia, angustiados por el miedo al futuro y el dolor. Muchas veces estos sentimientos se ven desacerbados por el alto grado de complejidad técnica que los rodea y la falta de comunicación del personal sanitario<sup>11</sup>.

Los pacientes ingresados en las unidades de cuidados Intensivos suelen requerir terapias de soporte vital que en función de la evolución de los mismos precisan ser mantenidas o retiradas. En estos momentos, la mayoría de los pacientes son incapaces de comunicarse por lo que los miembros del equipo de la UCI deben analizar estas cuestiones con sus familiares, quienes frecuentemente se encuentran bajo un tremendo estrés, con síntomas de ansiedad y depresión, así como con problemas financieros o preocupaciones acerca de su propia salud<sup>12</sup>.

### **2.3 LA FAMILIA DEL PACIENTE CRÍTICO**

La hospitalización de un familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos, sucede generalmente, de manera aguda y repentina, teniendo la familia poco tiempo para adaptarse.

Cuando comenzaron a funcionar las primeras Unidades de Cuidados Intensivos, la familia era considerada como un componente poco relevante del entorno, actualmente es considerada una parte principal de ese entorno, ya que se ha demostrado que la familia contribuye a una buena evolución en el proceso de recuperación<sup>7</sup>.

Durante la estancia de un paciente en la UCI, sus familiares pueden experimentar: estrés ansiedad, desorganización, confusión, sentimientos de desamparo, preocupación, irritabilidad, etc., siendo las necesidades básicas manifestadas por los mismos el mantenimiento de la esperanza, la confianza, la existencia de unas instalaciones apropiadas , unos horarios de visita flexibles, etc., aunque la necesidad considerada como la más importante es la información, la cual debe ser adecuada honesta y al mismo tiempo carente de contradicciones por parte de los diferentes miembros del equipo<sup>17</sup>. Por eso a las familias se les está ofreciendo cada día mayor participación en los cuidados del paciente crítico, lo que permite disminuir la ansiedad y favorecerle el grado de satisfacción tanto de la familia como del paciente<sup>8</sup>.

Las necesidades de los familiares son conceptuadas como esenciales y exigidas por ellos, y cuando éstas son satisfechas alivian o disminuyen la aflicción y la angustia inmediata, mejorando su bienestar.

El primer estudio sobre las necesidades de la familia dentro del contexto de la UCI fue publicado por la enfermera norteamericana Nancy Molter<sup>13</sup>, en 1979, siendo el objetivo identificar las necesidades percibidas por los familiares de los pacientes. Para lo cual, la autora construyó un cuestionario con 45 ítems de necesidades que debían ser identificadas y expresadas por las familias del enfermo crítico. Nancy Molter valoraba cinco aspectos que eran la información, comodidad o confort, apoyo por parte de los profesionales que les atienden, proximidad al paciente y seguridad de que el familiar esta siendo bien atendido, siendo dada una puntuación de acuerdo con el grado de importancia, coincidiendo con la bibliografía consultada, una de las necesidades sentidas como mas importantes eran las de información sobre todo en las primeras 72 horas del ingreso.

Los pacientes y familiares tienen recogido el derecho a la información pertinente a su salud.

En el capítulo II. Artículo 4 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica<sup>14</sup>. Se reconoce el derecho a la información asistencial:

1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y naturaleza de cada intervención sus riesgos y consecuencias.
2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia voluntad.
3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o e apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle. (ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

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 si el paciente se encuentra en una unidad de cuidados Intensivos<sup>8,15</sup>.

La abundante bibliografía nos demuestra que la familia tiene un papel fundamental en la recuperación de los enfermos hospitalizados. Además del hecho de que el ingreso de un paciente en UCI altera el funcionamiento normal del círculo familiar, se ha demostrado que los familiares experimentan niveles muy elevados de ansiedad y depresión mientras los pacientes están en la UCI<sup>7,16</sup>. 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<sup>17</sup>. Reducir las preocupaciones, los niveles de estrés y de los familiares contribuyen en una mejora de los resultados del paciente.

Por esto, es necesario plantearse las necesidades de las familias para mejorar su bienestar, de esta forma su actitud ayudará en la recuperación del enfermo. El personal asistencial tiene que conocer dichas necesidades y suplir el déficit en la medida posible.

## **2.4 PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN UVI.**

La nueva visión que hoy en día se tiene del paciente como demandante de los Servicios sanitarios y a la vez el hecho de considerar que forma parte de un entorno socio-familiar determinado con demandas específicas y diferenciadas en cada caso, obliga a los profesionales a proporcionar cuidados de calidad, tanto al paciente como a la familia y allegados desde una perspectiva bio-psico-social.

La enfermera que ejerce en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) debe poseer un perfil enmarcado en una filosofía integradora que incluya conocimientos afectivos, emocionales, científicos y tecnológicos. Es imprescindible que esta filosofía integradora armonice con la presencia física de esta enfermera, donde esta presencia sea significativa tanto para el paciente como para sus familiares, este modo de estar presente significa “ver, tocar, hacer, escuchar” a este paciente, que debe ser

concebido como un ser holístico, donde el fin último del cuidado que le proporciona la enfermera sea la felicidad no sólo para él y sus familiares sino también para la colectividad; o en última instancia ayudar a este enfermo a tener una muerte digna cuando ésta sea irremediable.

El documento de estándares y recomendaciones para los cuidados en una unidad de cuidados intensivos del Ministerio de Sanidad y Política Social<sup>18</sup> (2010), indica que 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.

Las UCIs son unidades de 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. El personal sanitario en general sufre de elevadas cifras de estrés a lo largo de su carrera laboral, destacando al personal que trabaja en servicios especiales como son las UCIs<sup>19</sup>.

La mayoría de los cuidados que se realizan en la UCI se centran en el plano físico, puesto que el perfil del paciente que ingresa es normalmente crítico e inestable, por lo que precisa que la atención esté centrada en el cuidado del paciente<sup>5</sup>, dejando de lado las necesidades que afectan al plano psicológico y social.

El personal de enfermería tiene un papel relevante en la atención a los familiares, ya que están continuamente en contacto con el paciente, siendo 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 sociales, sobre todo a la hora de tratar de comunicar malas noticias.<sup>8,20.</sup>

La comunicación con los familiares de los pacientes críticos debería ser evaluada con regularidad con la intención de mejorarla en lo posible, ya que es muy importante para ellos tener contacto y saber sobre el estado de salud del paciente lo que disminuye los síntomas de estrés citados anteriormente.

En cuanto a la información que es una de las necesidades más valoradas por los familiares de los pacientes ingresados en UCI, una de las estrategias que se han demostrado efectivas es la entrega a los familiares de un folleto informativo a la llegada en el momento del ingreso, que reduce el porcentaje de éstos que tuvieron una mala comprensión de la información de un 40 a un 11%, lo que se asociaba con una mayor satisfacción<sup>4</sup>. En el Hospital Universitario Central de Asturias se realiza este protocolo.

Otra de las principales preocupaciones de los familiares son las visitas, estas juegan un papel un papel importante durante la evolución de la enfermedad, influyendo en el cubrimiento de las necesidades de los mismos

Existen publicaciones que demuestran que una de las principales manifestación de los familiares es la adecuación de visitas de forma individualizada a su organización familiar, se puede observar que un régimen de visitas abierto en estas unidades por parte de los familiares, también 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 para cubrir el cuidado integral del paciente<sup>21</sup>. Aunque, 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<sup>22</sup>.

El uso de indicadores de calidad que valoren la satisfacción de los pacientes y familiares es una herramienta básica en la mejora de la calidad asistencial y tal como expone el Dr. Lluís Cabré, presidente de la SEMICYUCC<sup>23</sup>, “estos indicadores no deben ser interpretados como herramientas de control de nuestro trabajo, sino como un sistema de autoevaluación que nos permita analizar y cuantificar como hacemos nuestra asistencia y los aspectos a mejorar.

Permitir que los miembros del núcleo familiar ayuden en los cuidados del paciente ingresado en la UCI implica mayor esfuerzo por parte del personal sanitario responsable del enfermo. Sin embargo, los beneficios que puede proporcionar superan los problemas que se desencadenan debido a la necesidad de un primer aprendizaje. La UCI no es un espacio cerrado en donde la frialdad del deber bien cumplido es suficiente para proporcionar todo el apoyo que necesita un paciente crítico<sup>8,24</sup>.

### **3. OBJETIVOS**

#### **Objetivo principal:**

Comparar el grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en la UCI cardiaca y polivalente del HUCA con la percepción del profesional enfermero, sobre el entorno asistencial y la información recibida.

#### **Objetivo secundario:**

Conocer las características socio demográficas de la población a estudio.

## **4. MATERIAL Y MÉTODOS.**

### **4.1 ÁMBITO DE ESTUDIO**

El estudio se realizó en las seis unidades de Cuidados Intensivos del hospital referente de Asturias (cuatro polivalentes y dos cardíacas).

### **4.2 DISEÑO.**

Estudio descriptivo y transversal.

### **4.3 SUJETOS A ESTUDIO**

Los sujetos a estudio fueron los familiares de pacientes adultos ingresados en las diferentes Unidades de cuidados Intensivos del Hospital universitario Central de Asturias y los profesionales de enfermería que trabajaron en la UCI durante el periodo del estudio.

- Criterios de Inclusión:
  - a) Aceptar voluntariamente participar en el estudio.
  - b) Rellenar el 100% de los Ítems de la encuesta.
  - c) Familiares de pacientes que estén ingresados en la unidad más de 24 horas.
  - d) Personal de enfermería con un mínimo de experiencia laboral de al menos 1 año.
- Criterios de Exclusión:
  - a) No hablar castellano.
  - b) Encuestas que no tengan el 100% de los ítems contestados.
  - c) En el caso del personal de enfermería tener menos de un año de antigüedad en la unidad.

#### **4.4 TAMAÑO MUESTRAL**

Teniendo en cuenta que según fuentes del registro del HUCA el total de la población que ingresan al año en las unidades de cuidados intensivos son 1259. Para conseguir una precisión del 10% en la estimación de una proporción mediante intervalo de confianza asintótico Normal con corrección para poblaciones finitas al 95% bilateral, asumiendo que la proporción esperada es del 50% y que el tamaño total de la población es 1259, será necesario incluir 96 unidades experimentales en el estudio.

La distribución de la plantilla de enfermería se divide en un total de 40 enfermeras en la UCI cardiaca y 80 en la UCI polivalente por lo que la muestra representativa es n= 120 enfermeros. Para conseguir una precisión del 10% en la estimación de una proporción mediante intervalo de confianza asintótico Normal con corrección para poblaciones finitas al 95% bilateral, asumiendo que la proporción esperada es del 50% y que el tamaño total de la población es 120, será necesario incluir 54 unidades experimentales en el estudio.

#### **4.5 TIEMPO DE ESTUDIO.**

El estudio se llevo a cabo durante los meses febrero- abril de 2016.

#### **4.6 INSTRUMENTO DE MEDIDA**

Para la obtención de resultados se utilizó una encuesta diseñada, publicada y validada por Pérez Cárdenas M, et al.<sup>25</sup> y adaptada por Santana et al.<sup>5</sup> (anexo 1), formada por preguntas cerradas y una duración aproximada de 10 minutos, con un total de 29 ítems. Se utilizó la misma encuesta modificada por Santana et al.<sup>5</sup> para los profesionales (anexo 2).

Al cuestionario se le añadieron una carta de presentación (anexo 3) donde se indicaban los datos del investigador, se explicaba el objetivo de la realización del trabajo, se le agradecía su colaboración, se aseguraba la confidencialidad y anonimato del mismo.

El cuestionario está estructurado en 4 apartados:

La primera parte consta de datos socio demográficos.

- Un primer bloque de preguntas que valora las condiciones medioambientales de la unidad: limpieza, iluminación, sala de espera, intimidad, etc. (ítems 1-9).

- El segundo apartado valora la relación con el personal médico: información (Ítems 10-17).

- El tercer bloque evalúa la relación con el personal de enfermería: información sobre cuidados y normas de la unidad (ítems 18-24).

Y el último apartado valora el grado de satisfacción relacionado con las visitas: organización, horarios y tiempos (ítems 25-29).

Cada uno de los ítems se valorará de forma individual.

#### **4.7 VARIABLES A ESTUDIO**

- **Edad:** Variable cuantitativa discreta. Edad del familiar medida en años completos.
- **Sexo:** variable cualitativa, nominal, dicotómica. Categorías: hombre/mujer. Género al que pertenece el encuestado.
- **Parentesco:** Variable cualitativa, ordinal, politómica. Medida en cinco categorías: Pareja, hijos, hermanos, padres, otros. Relación establecida entre paciente y familiar.

- **Estudios:** Variable cualitativa, ordinal politómica. Dividida en tres categorías: Básicos, medios y universitarios. Referida al nivel de estudios.
- **Facilidad para localizar la UCI:** Variable cualitativa, nominal, dicotómica. Facilidad para localizar la Unidad de cuidados intensivos.
- **Sala de espera:** Variable cualitativa, ordinal, politómica. Medida en cuatro categorías: muy adecuada, adecuada, poco adecuada. Grado de confortabilidad que sienten los familiares acerca de la sala de espera.
- **Información pie de cama:** Variable cualitativa, ordinal, politómica. Medida en tres categorías: muy acogedora, poco acogedora, nada acogedora. Calidad de información percibida a pie de cama.
- **Limpieza UCI:** Variable cualitativa, ordinal, politómica. Medida en 5 categorías: muy buena, buena, normal, mala o muy mala. Percepción del grado de limpieza que hay en la UCI.
- **Limpieza Box:** Variable cualitativa ordinal politómica. Medida en 3 categorías aceptable, poco aceptable o insuficiente. Percepción de la limpieza que se establece en el box en el que se encuentra el paciente.
- **Orden Box:** Variable cualitativa ordinal politómica. Medida en 3 categorías aceptable, poco aceptable o insuficiente. Percepción del grado de orden que hay en el box donde se encuentra ingresado el paciente.
- **Medios:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías si/no. Percepción de la suficiencia de los medios utilizados en la UCI (sábanas, almohadas, mantas...).
- **Mobiliario:** Variable cualitativa ordinal politómica. Medida en 3 categorías muy actualizado, poco actualizado, nada actual. Percepción de la actualidad del mobiliario.
- **Ruidos:** Variable cuantitativa discreta. Medida en una escala de respuesta numérica del 1 a 10 siendo 0 = nada confortable y 10 = muy confortable. Valora la opinión del familiar acerca de los ruidos que hay en la unidad.

- **Iluminación:** Variable cuantitativa discreta. Medida en una escala de respuesta numérica del 1 a 10 siendo 0 = nada confortable y 10 = muy confortable. Valora la opinión del familiar acerca de la iluminación del box.
- **Comodidad:** Variable cuantitativa discreta. Medida en una escala de respuesta numérica del 1 a 10 siendo 0 = nada confortable y 10 = muy confortable. Valora la opinión del familiar acerca de la comodidad de la cama donde se encuentra su familiar.
- **Intimidad:** Variable cuantitativa discreta. Medida en una escala de respuesta numérica del 1 a 10 siendo 0 = nada confortable y 10 = muy confortable. Valora la opinión del familiar acerca de la intimidad del paciente.
- **Identificación del personal médico:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías si/no. Presentación por parte del personal médico hacia el familiar
- **Información al ingreso:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías si/no. Información al familiar al ingreso en la unidad.
- **Comprensión:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías si/no. Comprensión de la información dada al ingreso del paciente en la unidad.
- **Información diaria:** variable cualitativa ordinal politómica. Medida en tres categorías: clara, poco clara o nada clara. Percepción del modo en el que el familiar recibe la información diaria.
- **Información previa a exploración dentro de la unidad:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías si/no. Refiere si el familiar ha sido informado previamente de las exploraciones realizadas al paciente dentro de la UCI.
- **Información previa a exploración fuera de UCI:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías si/no. Refiere si al familiar le informan de las exploraciones realizadas al paciente fuera de la unidad.
- **Hora de información:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías si/no. Conformidad por parte del familiar con el horario de información.

- **Puntualidad de la hora de información:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías si/no. Valora si el familiar ha recibido la información en el horario correcto.
- **Identificación personal enfermería:** Variable cualitativa ordinal politómica. Medida en tres categorías casi siempre, algunas veces o casi nunca. Presentación por parte del personal de enfermería.
- **Relación con el personal de enfermería:** Variable cualitativa ordinal politómica. Medida en tres categorías: fluida, poco fluida o inexistente. Tipo de relación entre el personal de enfermería de la unidad y el familiar
- **Información enfermería:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías si/no. Mide la si el personal de enfermería da la información al ingreso a los familiares.
- **Información de los cuidados:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías si/no. Información al familiar de los cuidados básicos de enfermería dirigidos al paciente.
- **Higiene:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías si/no. Información al familiar sobre los cuidados de higiene que se realizan al paciente.
- **Comunicación:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías si/no. Información al familiar referentes a aspectos de la comunicación al paciente
- **Nutrición:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías si/no. Información al familiar del tipo de nutrición administrada al paciente.
- **Estado de ánimo:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías si/no. Información al familiar de los diferentes estados de ánimos que atraviesa el paciente.
- **Ayuda espiritual:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías si/no. Información acerca de la ayuda espiritual que precisa el paciente.

- **Aparataje:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías si/no. Información dada al familiar al ingreso sobre la tecnología utilizada en el paciente ingresado.
- **Ayuda de enfermería:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías si/no. Ayuda por parte del personal para facilitar la comunicación con el paciente ingresado en la unidad.
- **Horario de visitas:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías si/no. Conformidad de la familia en cuanto al horario de visitas establecido en la unidad.
- **Tiempo de visitas:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías si/no. Grado de satisfacción de la duración de las visitas en la UCI.
- **Número de familiares:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías si/no. Grado de satisfacción con el número de familiares que pueden acudir a ver al paciente.
- **Sillas:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías si/no. Referencia de si el familiar prefiere estar sentado durante el horario de las visitas en la unidad.

Para el personal se utilizaron las mismas variables excepto las socio demográficas y de añadió:

- **Antigüedad:** Variable cuantitativa discreta. Antigüedad del profesional de enfermería medida en años enteros.

#### 4.8 CONTEXTO DEL ESTUDIO

El estudio se realizó en la UCI del Hospital Universitario Central de Asturias. La UCI Cardíaca se divide en dos numeradas UCI 1 Y UCI 2, Cada unidad tiene una capacidad de 7 boxes, ninguno de ellos con ventana.

La sala de espera se encuentra un poco alejada de la unidad y carece de ventanas, las visitas tienen horarios restringidos por las mañanas de 10:30 a 11 y por las tardes de 19:00 a 19:30, durante el tiempo de las visitas los familiares no tienen sillas donde sentarse. Para acceder a la unidad los familiares han de esperar en el pasillo que se encuentra paralelo a las dos UCIS.

De lunes a viernes los médicos informan después de la visita matutina alrededor de las 11, en unos despachos de información situados justo en la sala de espera y los fines de semana y festivos lo hacen a las 17:30 También pueden solicitar información telefónica sobre el estado del paciente.

El protocolo de recepción al ingreso lo entrega el personal de enfermería, consta de un folleto informativo donde se explican horario de visitas, y todas las normas de la unidad

La UCI polivalente por su parte consta de 4 UCIS numeradas del 3 al 6, cada unidad consta de 8 boxes que hacen un total de 32 de los cuales 3 situados en la unidad 6 tienen luz natural a través de ventanas. Estas 4 unidades tratan diversas patologías en las que se encaja a los pacientes dependiendo de su patología: en la UCI 3 Y 4 se encontrarían los pacientes quirúrgicos, la UCI 5 se encargaría de los pacientes neurológicos y la UCI 6 cuidados intermedios.

La sala de espera consta de ventanas y se encuentra más cerca de la unidad que en la UCI cardíaca por lo que las familias esperan en ellas hasta la hora de entrada

A diferencia de la UCI cardíaca en ésta tiene el periodo de visitas es continuo, con un horario de 12:30 A 21:00, siendo recomendado de 12:30-14:30 y 16:00-21:00, ya que los periodos intermedios son donde se realizan cuidados de enfermería tales como el aseo, puesta de medicación, técnicas de enfermería...etc., en los cuales se solicitaría la salida temporal de los familiares para realizarlas.

En cuanto a la información clínica se realiza diariamente entre las 12:30 y las 13:00 en el box donde está ubicado el paciente y los sábados y domingos a las 17:00 horas en el mismo lugar. También pueden solicitar información telefónica.

En cualquiera de las dos UCIs se permiten dos visitantes por cada paciente, pudiendo rotar con otros visitantes siempre y cuando dentro del box estén solamente dos. A la entrada se realiza el lavado de manos con el antiséptico. Y dependiendo de cada paciente en caso de aislamiento se utilizaran las medidas pertinentes según el tipo de aislamiento que tenga el paciente.

En cuanto al número de profesionales que trabajan en las unidades, se dividen en 40 enfermeras a turnos rotatorios o de mañana fijas en la UCI cardiaca y 80 en la UCI polivalente. En cada turno de trabajo cada enfermera tiene a dos pacientes a su cargo.

#### **4.9 PROCEDIMIENTO**

Para la realización del estudio se presento una memoria del proyecto (anexo 4) al comité ético, después de su aprobación (anexo 5), se mando la misma memoria a la dirección de enfermería dándonos paso para realizar la investigación.

Posteriormente informé a las supervisoras de las diferentes unidades de que constaba el estudio ofreciéndome colaboración.

Después de tener todos los permisos aprobados, se comenzó con la recogida de datos a través la entrega del cuestionario y el consentimiento informado, que se repartió de manera personal a los familiares de lunes a viernes coincidiendo básicamente con los horarios de visita y la recogida fue llevada a cabo personalmente también. Se utilizó la misma encuesta modificada para los profesionales utilizando una muestra aleatoria con el fin de que respondiese sobre la percepción que ellos creían

que tenía el familiar de forma genérica no en relación con un determinado paciente. Se insistió acerca del anonimato de las entrevistas explicando que serán utilizados para mejorar el servicio asistencial

En el cuestionario se recogieron variables socio demográficas del profesional, y del familiar entrevistado, y se les preguntó sobre las condiciones medioambientales, de la relación y calidad de la información con el profesional médico y de enfermería y de la organización de las visitas.

Estudio estadístico:

Para el análisis de datos se elaboró una base de datos con el programa SPSS 17.0,

Las variables cualitativas se calcularon frecuencias y porcentajes en cuanto a las cuantitativas los datos fueron representados como medias, desviación estándar, el valor estadístico aceptado fue  $p \leq 0.05$ . Se utilizaron pruebas como el Chi-cuadrado para comparar variables continuas y categóricas respectivamente, así como la  $t$  de Student en las variables dicotómicas para estudiar la asociación entre variables cuantitativas y cualitativas y la prueba de no paramétricos U de Mann-Whitney.

#### **4.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

- El estudio se sometió a evaluación y aprobación por el Comité Ético.
- Se seguirán los principios de respeto a las personas, beneficencia/no maleficencia, confidencialidad y anonimato.
- Se firmará el consentimiento Informado con todas las garantías que esto implica.

#### **4.11 LIMITACIONES**

La primera limitación que contemplo en nuestro estudio corresponde al sesgo de selección ya que la participación es voluntaria y el grado de interés de cada participante es diferente.

El sesgo de la información, ya que la información captada a través del cuestionario puede estar influida por la complacencia, estado emocional por lo que la sinceridad puede ser dudosa.



## 5. RESULTADOS

Se incluyó en el estudio a 100 familiares directos de pacientes y a 77 profesionales sanitarios durante un periodo de 3 meses.

Las características socio demográficas del personal de enfermería se pueden observar en la tabla 1.

**TABLA 1. Características socio demográficas de los profesionales.**

	<b>PERSONAL (n= 77)</b>	
<b>EDAD (<math>\bar{x} \pm \sigma</math>)</b>	38,6 $\pm$ 7,44	
<b>TIEMPO TRABAJADO UCI (<math>\bar{x} \pm \sigma</math>)</b>	9,03 $\pm$ 6,35	
<b>UCI EN LA QUE TRABAJAN</b>	CARDIACA	25 (32,5%)
	POLIVALENTE	52 (67,5%)

**TABLA 2. Características socio demográficas de los familiares.**

	<b>FAMILIARES (n= 100)</b>	
<b>EDAD (<math>\bar{x} \pm \sigma</math>)</b>	46,36 $\pm$ 12,91	
<b>SEXO</b>	Hombre	37
	Mujer	63
<b>PARENTESCO</b>	Pareja	25
	Hijos	40
	Hermanos	19
	Padres	4
	Otros	12
<b>ESTUDIOS</b>	Básicos	41
	Medios	37
	Universitarios	22
<b>UCI EN LA QUE ESTUVO SU FAMILIAR INGRESADO</b>	Cardiaca	40
	Polivalente	60

**Tabla 3. Bloque 1: Comparación de la opinión de familiares versus enfermeras sobre Condiciones medioambientales UCI cardiaca.**

ITEM	PERSONAL (n= 25)	FAMILIAR (n=40)	P*
Localización UCI Sí No	3 (12%) 22 (88%)	22 (55%) 18 (45%)	<b>&lt;0.001</b>
Sala Espera Muy adecuada Adecuada Poco adecuada Nada adecuada	2 (8%) 18 (72%) 5 (20%) 0	17 (42.5%) 20 (50%) 2 (5 %) 1 (2.5%)	<b>0.01</b>
Información box Muy adecuada Poco adecuada Nada adecuada	9 (36%) 16 (64%) 0	17 (42.5 %) 13 (32.5 %) 10 (25 %)	<b>0.007</b>
Limpieza box Aceptable Poco aceptable	24 (96%) 1 (4%)	40 (100%) 0	<b>0.385</b>
Orden box Aceptable Poco aceptable	21 (84%) 4 (16%)	40 (100%) 0	<b>0.019</b>
Suficientes medios Sí No	23 (92%) 2 (8%)	40 (100%)	<b>0.144</b>
Estado del mobiliario Actualizado	25(100%)	40(100%)	<b>No se calcula</b>

En general, todas las opiniones de los familiares en cuanto al bloque de condiciones medioambientales son mejores que las del personal, con excepción de la limpieza, los medios disponibles y la actualización del mobiliario, que al ser un hospital nuevo son unánimes.

**Tabla 4. Comparación de familiares versus enfermeros sobre la Valoración de la confortabilidad. UCI Cardiaca.**

ITEM		PERSONAL	FAMILIAR	p
RUIDOS	$\bar{x}$ $\sigma$	5.44 $\pm 1.30$	8.50 $\pm 1.45$	<b>&lt;0,001</b>
ILUMINACIÓN	$\bar{x}$ $\sigma$	5.80 $\pm 2.16$	7.55 $\pm 2.16$	<b>&lt;0,001</b>
COMODIDAD	$\bar{x}$ $\sigma$	7.08 $\pm 1.50$	8.18 $\pm 1.52$	<b>&lt;0,001</b>
INTIMIDAD	$\bar{x}$ $\sigma$	4.52 $\pm 1.76$	5.88 $\pm 2.25$	<b>&lt;0,001</b>

En relación a la valoración de la confortabilidad de los aspectos ambientales como los ruidos, iluminación, comodidad e intimidad de la unidad. Todas las opiniones de los familiares fueron más satisfactorias que las del profesional.

**Tabla 5. Bloque 1 Condiciones medioambientales en UCI polivalente.**

ITEM	PERSONAL (n= 52)	FAMILIAR (n=60)	SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
Localización UCI Sí No	<b>0</b> <b>52 (100%)</b>	<b>34 (57%)</b> <b>26 (43%)</b>	<b>&lt;0.001</b>
Sala Espera Muy adecuada Adecuada Poco adecuada Nada adecuada	<b>5 (10%)</b> <b>41 (78%)</b> <b>5 (10 %)</b> <b>1 (2 %)</b>	<b>24 (40%)</b> <b>34 (56%)</b> <b>1 (2%)</b> <b>1 (2%)</b>	<b>0.002</b>
Información box Muy adecuada Poco adecuada Nada adecuada	<b>16 (33%)</b> <b>33 (63%)</b> <b>3 (4%)</b>	<b>56 (93%)</b> <b>4 (7%)</b>	<b>&lt;0.001</b>
Limpieza box Aceptable	<b>52 (100%)</b>	<b>60 (100%)</b>	<b>No se calcula</b>
Orden box Aceptable Poco aceptable	<b>51 (98%)</b> <b>1 (2%)</b>	<b>60 (100%)</b> <b>0</b>	<b>0.464</b>
Suficientes medios Sí No	<b>43 (82%)</b> <b>9 (18 %)</b>	<b>59 (97%)</b> <b>2 (3%)</b>	<b>0.006</b>
Estado del mobiliario Actualizado Poco actualizado	<b>52(100%)</b>	<b>58 (96%)</b> <b>2 (4%)</b>	<b>0.498</b>

Por lo que respecta al bloque de las condiciones medioambientales ocurre en una forma similar al de la UCI cardiaca.

El 100% de los profesionales encuestados opina que a los familiares les resulta difícil localizar la UCI, en cambio más de la mitad de los familiares les ha resultado fácil encontrarla.

En cuanto a la información recibida a pie de cama observamos que el 33% de los enfermeros lo valoran como muy adecuada, encontrando un porcentaje muy superior en los familiares

**Tabla 6. Valoración de la confortabilidad. UCI Polivalente.**

ITEM		PERSONAL	FAMILIAR	p
RUIDOS	$\bar{x}$ $\sigma$	<b>5.54</b> <b>± 1.37</b>	<b>6.82</b> <b>±1.52</b>	<b>&lt;0.001</b>
ILUMINACIÓN	$\bar{x}$ $\sigma$	<b>5.75</b> <b>± 2.24</b>	<b>7.85</b> <b>±1.36</b>	<b>&lt;0.001</b>
COMODIDAD	$\bar{x}$ $\sigma$	<b>6.46</b> <b>±1.63</b>	<b>8.75</b> <b>±1.1</b>	<b>&lt;0.001</b>
INTIMIDAD	$\bar{x}$ $\sigma$	<b>4.33</b> <b>± 1.99</b>	<b>5.81</b> <b>± 1.71</b>	<b>&lt;0.001</b>

En la escala de valoración (0-10) se observa que las medias que valoran los ruidos, la iluminación y la intimidad son siempre superiores en los familiares con respecto a los enfermeros

**Tabla 7. Bloque 2. Relación con el personal médico UCI cardiaca**

ITEM	PERSONAL (n=25)	FAMILIAR (n =40)	SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
CONOCIA NOMBRE MÉDICO Sí No	15 (60%) 10 (40%)	32 (80%) 8 (20%)	0.95
INFORMACIÓN AL INGRESO Sí	25 (100%)	40 (100%)	No se calcula
COMPRENDIÓ INFORMACIÓN AL INGRESO Sí No	9 (36%) 16 (64%)	34 (85%) 6 (15%)	<0.001
CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DIARIA Clara Poco clara	20 (80%) 5 (20%)	40 (100%)	0.006
HA SIDO AVISADO PREVIAMENTE A EXPLORACIONES REALIZADAS DENTRO UCI Sí No	14 (56%) 11 (44%)	25 (62.5%) 15 (37.5%)	0.614
HA SIDO AVISADO PREVIAMENTE A EXPLORACIONES REALIZADAS FUERA UCI Si No	21 (84%) 4 (16%)	34 (85%) 6 (15%)	1.000
ADECUADA HORA DE INFORMACIÓN Si No	19 (64%) 6 (36%)	34 (85%) 6 (15%)	0.513
LA INFORMACIÓN HA SIDO RECIBIDA PUNTUALMENTE Si No	24 (96%) 1 (4%)	40 (100%) 0	0.385

La claridad y la comprensión de la información del médico es mucho más favorable en los familiares que la percibida por los enfermeros

**Tabla 8. Bloque 2. Relación con el personal médico UCI polivalente.**

ITEM	PERSONAL (n=52)	FAMILIAR (n =60)	SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
CONOCIA NOMBRE MÉDICO Sí No	22 (42%) 30 (58%)	47 (78%) 13 (22%)	<b>&lt;0.001</b>
INFORMACIÓN AL INGRESO Sí No	51 (98%) 1 (2%)	60(100%)	0.464
COMPRENDIÓ INFORMACIÓN AL INGRESO Sí No	14 (27%) 38 (73%)	43 (71%) 16 (29%)	<b>&lt;0.001</b>
CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DIARIA Clara Poco clara Nada clara	21 (40%) 31 (60%) 0	52 (86 %) 7 (12%) 1 (2%)	<b>&lt;0.001</b>
HA SIDO AVISADO PREVIAMENTE A EXPLORACIONES REALIZADAS DENTRO UCI Sí No	37 (71 %) 15 (29%)	46 (76%) 14 (24%)	0.525
HA SIDO AVISADO PREVIAMENTE A EXPLORACIONES REALIZADAS FUERA UCI Si No	41 (78%) 11 (22%)	56 (93%) 4 (7%)	<b>0.029</b>
ADECUADA HORA DE INFORMACIÓN Si No	43 (83%) 9 (17%)	58 (97%) 2 (3%)	<b>0.022</b>
LA INFORMACIÓN HA SIDO RECIBIDA PUNTUALMENTE Si No	19 (36%) 33 (64%)	45 (75%) 15 (25%)	<b>&lt;0.001</b>

En relación a la información, las enfermeras valoran más negativamente los ítems relacionados con la relación con el personal médico, que las valoraciones realizadas por los familiares. Solo dos valores no alcanzan la significación estadística

**Tabla 9. Bloque 3. Relación con el personal de enfermería en la UCI cardiaca.**

ITEM	PERSONAL (n=25)	FAMILIAR (n =40)	SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
CONOCIA NOMBRE DE LA ENFERMERA Casi siempre Algunas veces Casi nunca	5 (20%) 10 (40%) 10(40%)	3 (7,5%) 17 (42%) 20 (50,5%)	0.315
LA RELACIÓN CON ENFERMERÍA FUE: Fluida Poco fluida Inexistente	13(52%) 12 (48 %) 0	27 (67%) 7 (17%) 6 (16 %)	0.010
RECIBIO INFORMACIÓN AL INGRESO POR PERSONAL DE ENFERMERÍA: Si No	24 (96%) 1 (4%)	40 (100 %)	0.385
ESTABAN INFORMADOS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA Si No	11 (44%) 14 (56%)	24 (60%) 16 (40%)	0.307
INFORMADOS RESPECTO A HIGIENE Si No	16 (64%) 9 (36%)	18 (45%) 22 (55%)	0.202
INFORMADOS RESPECTO A LA COMUNICACIÓN Si No	22 (88%) 3 (12%)	27 (68%) 13 (32%)	0.080
INFORMADOS RESPECTO A NUTRICIÓN Si No	16 (64%) 9 (36%)	23 (58%) 17 (42%)	0.795
INFORMADOS RESPECTO A EL ESTADO DE ÁNIMO Si No	20 (80%) 5 (20)	27 (67 %) 13 (33%)	0.394
INFORMADOS RESPECTO A AYUDA ESPIRITUAL Si No	6 (24%) 19 (76%)	2 (5%) 38 (95%)	0.047
SE LE INFORMO DE LOS APARATOS PRESENTES EN EL BOX Si No	6 (24%) 19 (76%)	5 (12%) 35 (88%)	0.311
LE FACILITO ENFERMERÍA AYUDA PARA COMUNICARSE CON SU FAMILIAR Si No	21 (81%) 4 (19%)	32 (80%) 8 (20%)	0.754

La fluidez de la información enfermería/paciente fue peor valorada por los familiares que por la propia enfermería

En general se acepta que hay una información espiritual baja, siendo los enfermeros en un 24% los que afirman que no la facilitan, los familiares perciben más información espiritual que la que piensan los mismos enfermeros.

**Tabla 10. Bloque 3. Relación con el personal de enfermería. UCI polivalente.**

ITEM	PERSONAL (n=52)	FAMILIAR (n=60)	SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
CONOCIA NOMBRE DE LA ENFERMERA Casi siempre Algunas veces Casi nunca	5 (9%) 23 (44%) 24 (47%)	0 23 (38%) 37 (62%)	0.027
LA RELACIÓN CON ENFERMERÍA FUE: Fluida Poco fluida	28 (53%) 24 (47%)	47 (78%) 13 (22%)	0.009
RECIBIO INFORMACIÓN AL INGRESO POR PERSONAL DE ENFERMERÍA: Si No	50 (96%) 2 (4%)	59 (98%) 1 (2%)	0.596
ESTABAN INFORMADOS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA Si No	18 (35%) 34 (65%)	47 (78%) 13 (22%)	<0.001
INFORMADOS RESPECTO LA HIGIENE Si No	26 (50%) 26 (50%)	25(42%) 35 (48%)	0.448
INFORMADOS RESPECTO A LA COMUNICACIÓN Si No	27 (52 %) 25 (48 %)	52 (87%) 8 (23%)	<0.000
INFORMADOS RESPECTO A NUTRICIÓN Si No	26 (50%) 26(50%)	39 (65%) 21 (35%)	0.127
INFORMADOS RESPECTO A EL ESTADO DE ÁNIMO Si No	27(52%) 25 (48%)	43 (72%) 17 (28%)	<0.05
INFORMADOS RESPECTO A AYUDA ESPIRITUAL Si No	5 (10 %) 47 (90%)	2 (3%) 58 (97%)	0.247
SE LE INFORMO DE LOS APARATOS PRESENTES EN EL BOX Si No	8 (15%) 44 (85%)	5 (8%) 55 (92%)	0.376
LE FACILITO ENFERMERÍA AYUDA PARA COMUNICARSE CON SU FAMILIAR Si No	42 (81%) 10 (19%)	55 (92%) 5 (8%)	0.104

El nombre de las enfermeras fue más desconocido por los familiares que lo que las propias enfermeras opinaban.

Por el contrario, existieron mejores valores en los familiares con respecto a lo que las propias enfermeras manifestaban en: la relación, en los cuidados enfermeros, la comunicación y el estado de ánimo

**TABLA 11. BLOQUE 4. RELACIONADO CON LAS VISITAS. UCI CARDIACA**

ITEM	PERSONAL (n=25)	FAMILIAR (n =40)	SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
LE PARECEN LOS HORARIOS ADECUADOS Si No	19 (76%) 6 (24%)	28 (70%) 12 (30%)	0.777
CONSIDERA SUFICIENTE EL TIEMPO DE VISITAS Si No	8 (32%) 17 (68%)	25 (62 %) 15 (38%)	0.023
SI ES QUE NO ¿CÓMO LO MODIFICARÍA? Incrementaría Disminuiría Indefinido	14 (82%) 3 (18 %)	12 (80%) 3 (20%)	1.000
EL Nº DE FAMILIARES ES ESCASO Si No	6 (24%) 19 (76%)	11 (28%) 29 (72 %)	1.000
PREFERIRIA SENTARSE Si No	18 (72%) 7 (28%)	19 (48%) 21 (52%)	0.073

El tiempo de visitas se considera más adecuado por parte de la familia que la propia enfermería

**TABLA 12. BLOQUE 4. RELACIONADO CON LAS VISITAS. UCI POLIVALENTE**

ITEM	PERSONAL (n=52)	FAMILIAR (n =60)	SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
LE PARECEN LOS HORARIOS ADECUADOS Si No	28 (54%) 24 (40%)	60 (100%) 0	<0.001
CONSIDERA SUFICIENTE EL TIEMPO DE VISITAS Si No	38 (73%) 14 (27%)	53 (88%) 7 (12%)	<0.005
SI ES QUE NO ¿CÓMO LO MODIFICARÍA? Incrementaría el horrio Disminuiría el horario Horario Indefinido	1 (7%) 7 (50%) 6 (43%)	1 (14%) 1 (14%) 5 (72%)	0.281
EL Nº DE FAMILIARES ES ESCASO Si No	3 (6%) 49 (94%)	6 (10%) 54 (90%)	0.500
PREFERIRIA SENTARSE Si No	45 (86 %) 7 (14%)	58 (97%) 2 (3%)	0.079

El tiempo de visita es mejor valorado por los familiares.

## 6. DISCUSIÓN

En nuestro estudio se incluyeron a 100 familiares directos de pacientes ingresados en la UCI, el sexo predominante era el femenino (63%), siendo la mayor parte hijos del paciente.

Las características sociodemográficas del personal fueron de una antigüedad media en la unidad de 9,03 años y la edad media de la plantilla encuestada era 38,6 años.

Comenzando por el análisis de los resultados del primer bloque de la encuesta que trata de condiciones medioambientales, podemos decir que más de la mitad de los familiares localizaron fácilmente la UCI, tanto en la UCI cardiaca (55%) como en la polivalente (57%), llamando poderosamente la atención que el personal de enfermería (96,1%) piensa de que los familiares van a tener dificultades a la hora de localizar la unidad. Estos resultados coinciden con la literatura consultada<sup>5, 8</sup>. Todos los profesionales de enfermería de la UCI polivalente opinan que la localización de la unidad no resulta sencillo, esa valoración negativa por parte del personal puede justificarse por ser un hospital nuevo, con barreras arquitectónicas novedosas y posiblemente esto les haga pensar al personal negativamente este aspecto; en cambio la opinión favorable de más de la mitad de los familiares puede ser debido a que existe un servicio específico para informar de la localización de las diferentes ubicaciones del hospital y posiblemente los enfermeros no lo hayan tenido en cuenta a la hora de contestar

La sala de espera resulta para el 41 % de los familiares encuestados muy adecuada a diferencia del personal que tan solo un 9 % opina lo mismo ( $p < 0.001$ ), esta diferencia existente entre ambos grupos puede ocurrir porque la sala de espera se encuentra alejada de la propia unidad y los familiares tengan que esperar en un pasillo hasta que la enfermera ordene que pueden pasar.

En relación con la información recibida a pie de cama existen diferencias estadísticamente significativas en las dos UCIs. En la UCI cardiaca podemos observar que  $\frac{1}{4}$  parte de los familiares valoran de manera negativa la información recibida a pie de cama, contestando que es nada adecuada; en cambio ninguno de los profesionales encuestados opina lo mismo, esto puede deberse a que a la hora de informar a las familias, en esta UCI, lo realizan después del horario de las visitas en los despachos específicos para ello, no en el box del paciente. En cambio en la UCI polivalente valoran de manera muy positiva este ítem respondiendo más del 90% que la información dada a pie de cama les resultó muy adecuada (la información clínica a los familiares se realiza en el box del paciente).

La valoración del box en cuanto a la limpieza, el orden, los medios de que dispone y la actualización del mobiliario es muy positiva para los dos grupos de encuestados, puede ser porque se trata de unas instalaciones modernas de reciente creación donde todo el mobiliario es nuevo.

Mediante una escala de satisfacción de 0 a 10 se evaluó la confortabilidad del paciente respecto a cuatro aspectos; ruidos, iluminación, comodidad e intimidad, en todos los parámetros se encontraron diferencias estadísticamente significativas, estando más infravalorados todos los aspectos por los enfermeros encuestados respecto a la impresión de los familiares, coincidiendo que la mayor puntuación en los dos grupos se la lleva la comodidad de la cama y la peor puntuación corresponde a la intimidad, coincidiendo con los resultados de la literatura médica<sup>8,26</sup>. Esto puede ser debido a que el hospital Central ha sufrido hace dos años un traspaso traumático, este estudio está hecho en un momento en el cual hay una adaptación al cambio con ciertas resistencias a las nuevas infraestructuras.

Por otra parte, los resultados reflejan la puntuación negativa por parte de los enfermeros respecto de la iluminación del box, justificado, a nuestra manera de ver, a

que tan solo tres de los boxes de todas las unidades disponen de luz natural, a diferencia del hospital antiguo.

Analizando el bloque correspondiente a la relación con el personal médico, se obtuvieron diferentes puntos de vista analizando las dos UCIs de manera independiente, mientras que en la UCI cardiaca los familiares y profesionales tenían la misma opinión sobre la mayoría de los ítems, exceptuando la comprensión de la información al ingreso y la calidad de la información diaria, coincidiendo con el estudio de Santana et al<sup>5</sup>. En cambio en la UCI polivalente en las percepciones de los dos grupos se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas. Cabe destacar que los resultados obtenidos por ambas UCIs a la pregunta referente a la información al ingreso fue en un 99,4% afirmó que reciben información al ingreso de la situación clínica, esto cubre la necesidad de información, que es la necesidad más valorada por los familiares en gran parte de la literatura consultada<sup>2, 5, 6, 8, 13,20</sup>.

En general los familiares están de acuerdo con el horario establecido para la información clínica, obteniéndose diferencias estadísticamente significativas en la UCI polivalente respecto a los enfermeros donde un 17 % de los enfermeros, estaban en desacuerdo con el horario. La puntualidad a la hora de informar también se valoró peor en la UCI polivalente manifestando un 64% de los profesionales encuestados y en un 25% de los familiares que no se cumplía el horario. Esto es uno de los aspectos que debería mejorarse ya que, a veces, pasa a un segundo plano la puntualidad de la información teniendo prioridad la técnicas, aseo limpieza y orden del box antes de que pase el familiar, esto puede generarles ansiedad o angustia<sup>6</sup>.

Llama la atención que las enfermeras perciben mejor lo que son las relaciones con los familiares que los familiares perciben de las relaciones con los profesionales de enfermería, son críticas con todo el sistema pero no son críticas con su actitud donde se observan algunas deficiencias. Más de la mitad de las enfermeras de UCI

polivalente creen que los familiares algunas veces conocen su nombre en cambio el 62% de los familiares afirma no conocerlo casi nunca, aunque esto no es impedimento para que la valoración de los familiares afirmen en la mayoría de los casos que la relación con el personal es fluida. Esta situación también es observada en el estudio de Santana et al<sup>5</sup>.

En el último apartado del cuestionario relacionado con la visitas se obtuvieron resultados muy diferentes entre las UCIs. En la UCI cardiaca casi un 40 % de los familiares y un 62 % de los profesionales consideran insuficiente el tiempo de visitas mostrando diferencias estadísticamente significativa. Esto se podría relacionar a que el horario de visitas se restringe 30 minutos por la mañana y por la tarde con horario establecido, sugiriendo los familiares modificar el aumento de horas de visita o aplicar un horario indefinido. El número de familiares que pueden entrar en la unidad les parece correcto alrededor de las  $\frac{3}{4}$  partes de la población a estudio. Casi la mitad de los familiares afirmó que preferiría estar sentado durante la visita, se debe a que en esta UCI no tienen a su disposición sillas en los boxes para los acompañantes.

En este mismo apartado en la UCI polivalente observamos diferencias estadísticamente significativas cuando preguntamos sobre los horarios de las visitas donde el 100% de familiares les parece adecuado frente al 40% de los profesionales que no les parece apropiado. Esto se podría justificar en base a que en esta UCI, a diferencia de la Cardiaca, el horario de visita es abierto de 12:30 – 21:00. La visión negativa del personal puede ser debida a que piensan que la visita a los familiares inestabiliza a los pacientes, o que los familiares al tener periodos tan prolongados de visita dificulten el descanso de los pacientes, interrumpiendo o retrasando cuidados de enfermería.

En un alto porcentaje las enfermeras creen que las horas de visita les produce mayor carga física o psíquica y reconocen que no ofrecen información si no se les solicita<sup>28</sup>.

<sup>29</sup>, ya que hay enfermeras que piensan que la labor de informar es única y exclusiva del personal médico, este pensamiento está muy lejos de considerar a la familia como sujeto de cuidados en las UCIs <sup>8</sup>.. El personal de enfermería concibe a la familia como un ente molesto y en ocasiones puede tenderse a la evitación sobre todo en el personal con menos experiencia, esto es debido a un déficit en la capacitación de relación y comunicación por parte del personal sanitario<sup>30</sup>..

Es necesario estar preparado para enfrentarse al entorno familiar y compaginar la actividad profesional con la familia. Un aspecto que considero interesante sería formar al profesional en habilidades de comunicación, para intentar mejorar la comunicación a familiares, ya que es muy importante para tomar decisiones en conjunto en relación con el tratamiento a llevar a cabo, y así evitar síntomas de ansiedad y estrés que desencadena esta falta de comunicación a los familiares<sup>4,16</sup>.

A la hora de analizar los resultados de los profesionales y familiares que les parecía inadecuado el horario de las visitas, la modificación que proponen unos y otros es bien distinta, mientras que el personal disminuiría los horarios de las visitas, los familiares proponen un horario indefinido, varias publicaciones demuestran que una de las principales necesidades de los familiares es la adecuación de los horarios de visitas de manera individualizada a su organización familiar <sup>29,30</sup>.

## **7. CONCLUSIONES.**

1. En ambas UCIs, los familiares perciben de forma más satisfactoria que los enfermeros, todas las cuestiones relativas a las condiciones medio ambientales .
2. En ambas UCIs los familiares perciben mejor las cuestiones relacionadas con la información recibida del personal médico. En lo que respecta al personal de enfermería: algunos ítems como la información al ingreso y la información de los cuidados también son mejor valorados por los familiares.
3. En la UCI Cardíaca las enfermeras valoran la información que ellas proporcionan sobre los cuidados relacionados con la higiene, comunicación, nutrición, estado de ánimo y ayuda espiritual, mejor que la que realmente perciben los familiares.
4. En la UCI cardíaca, en lo que respecta a las cuestiones relativas a la visita de los familiares, el personal de enfermería es quien más inadecuado valora el tiempo de duración de las visitas, sugiriendo aumentarlo por encima de los 30 minutos.
5. En la UCI polivalente, con más tiempo de horario de visita que la UCI cardíaca, las enfermeras consideran en general que el tiempo de visitas es suficiente, aunque aquellas que lo consideran inadecuado, la mitad proponen disminuirlo.
6. El perfil de los familiares encuestados corresponde en su mayoría con sexo femenino, grado de parentesco de hijo, estudios básicos y edad en torno a los 46 años.
7. El perfil de las enfermeras corresponde con una edad en torno a los 38 años, una antigüedad en UCI de 9 años.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Scott A. Managing anxiety in ICU patients: the role of preoperative information provision. *Nurs Crit Care*. 2004; 9: 72-9.
2. Novaes MAFP, Aronovich A, Ferranz MB, Knobel E. Stressors in ICU: patients evaluation. *Intensive Care Med*. 1997; 23:1282-5.
3. Moser DK, Lee chung M, MckinleyS, Riegel B, An K, Cherrington CC, et al. Critical Care nursing practice regarding patient anxiety assessment and management. *Intensive Crot Care Nurs*. 2003; 19: 276-88
4. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Jourdain M, Bornstain C, Wernet A, et al. Impact of family Members is Intensive Care Unit Patients: a Multicenter, prospective, randomized, controlled trial. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002; 165:438-53
5. Santana Cabrera L, Sánchez Palacios M, Hernández Medina E, Garcia Martul M, Eugenio Ronaina P, Villanueva Ortiz A. Necesidades de los familiares de los pacientes de cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional. *Med Intensiva*. 2007;31 (6): 273-80.
6. Gomez-Carretero P, Monsalve V, Soriano JFy de Andrés J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una unidad de Cuidados Intensivos. Madrid 2007. *Med Intensiva*; 31 (6): 318-25.
7. Torrents R, Oliva E, Saucedo MJ, Surroca L, Jover C. Impacto de los familiares del paciente crítico ante una acogida protocolizada. *Enferm. Intensiva*. 2003;14 (2): 49-60
8. Pérez Cárdenas MD, Rodríguez Gómez M, Fernández Herranz AI, Catalán Gonzalez M, Montejo Gonzalez JC. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*. 2004; 28: 237-49.

9. Bernat R, López J, Fonseca J. Vivencias de los familiares del enfermo ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos. Un estudio cualitativo. *Enferm. Clínica*. 1999; 10 : 19-32.
10. Myhren H, Ekeberg O, Langen I, Stoklan . Emotional strain, communication and satisfaction of de family members in the intensive care unit compare with expectations the medical staff: Speriences from a Norwegian University hospital. *Intensive Care Med*. 2004; 30: 1791-8.
11. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Leleu G, Pochard F, Barboten M, Adrie C, et al. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Crit Care Med*. 2000; 28: 1498-504.
12. Curtis JR, Engelberg RA, Wenrich MD, Nielsen EL, Shannon SE, Trece PD, et al. Studying communication about end-of-life care during the ICU family conference: development of a framework. *J Crit Care*. 2002; 17 (3):147-60.
13. Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung*. 1979; 8(2): 332-9.
14. Ley de autonomía del paciente. Artículo 4 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Se reconoce el derecho a la información asistencia [Consultado el 20 marzo]. Disponible en:<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
15. Visser M, Deliens L, Houttekier D. Physician-related barriers to communication and patient- an family-centre decision-making towards the end of life in intensive care: a systematic review. *Critical Care*. 2014; 18 (6): 1-18.
16. Jones C, Skirorow P, Griffiths RD, Humphris G, Ingleby S et al. Post-traumatic stress disorder-related symptoms in relatives of patients following Intensive Care. *Intensive care Med*. 2004; 30: 456-60.
17. Gómez S, Ballester R y Gil B. 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. 2011; 34 (3); 349-61.
18. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de cuidados Intensivos estándares y recomendaciones. 2010 [Consultado el 25 Marzo 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organización/sns/plandecalidadSNS/docs/UCI.pdf>
  19. Solano MC, Hernández P, Vizcaya MF y Reig A. Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería en cuidados críticos. Enferm Intensiva 2010; 13 (1): 9-16.
  20. Pardavila MI, Vivar C. necesidades de lss familia en las unidades de cuidados intensivos, revisión de literatura. Enferm intensiva 2012; 23 (2): 51-6.
  21. Rodríguez MR, Rodriguez F, Roncero A, Morgado MI, Theodor J, Flores LJ, Cortés, et al. Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. Med. Intensiva 2003; 14 (3): 96-108.
  22. Pérez MC, Najarro FR, Dulce MA, Gallardo N, Fernández A. Comunicación: una necesidad para el Paciente-Familia. 2010. Una competencia de enfermería. Revista páginasenferurg.com. 2009;1(3):15-20. [consultado 14 abr 2016] Disponible en: <http://www.paginasenferurg.com/revistas/2009/septiembre/comunicacion.pdf>
  23. Sociedad Española de medicina Intensiva Critica y unidades coronarias. Indicadores de calidad del enfermo crítico. 2005 [consultado 13 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.calidad.semicyuc.org> .
  24. Polderman KH, Girbes AR, Van Zanter AR. Family satisfaction with care in the intensive Care Unit Care. Influenced by workload, staffing and patient selection. Crit Care Med. 2002;30: 1597-8.
  25. Santana Cabrera L, Ramirez Rodríguez A, Garcia Martul M, Eugenio Ronaina P, Villanueva Ortiz A. (2004). Encuesta de Satisfacción a los familiares de pacientes críticos. Med Intensiva. 2007; 31 (2):57-61

26. Blanca Gutierrez JJ, Blanco Alvariño AM, Luques Pérez M, Ramirez Pérez MA. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería Global*. 2008; 12: 1-14.
27. Murillo F, Rodríguez A, Muñoz MA, Flores JF. Actitudes del personal de enfermería de cuidados intensivos hacia las visitas. *Med Intensiva* 2011; 35 (1): 62-63
28. Escudero D, Viña, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Med Intensiva*. 2014;38(6):371-375.
29. Velasco Bueno J, Prieto de Paula JF, Castillo Morales J, Merino Nogales N, Perea-milla E. organización de las visitas en las unidades de cuidados intensivos en España. *Enferm Intensiva*. 2005; 16: 73-83.
30. Vandijck DM, Labeau SO, Geerinckx CE, De Puydt E, Bolders AC, Claes B, et al., Executive Board of the Flemish Society for Critical Care Nurses, Ghent and Edegem, Belgium. An evaluation of family-centered care services and organization of visiting policies in Belgian intensive care units: A multicenter survey. *Heart Lung*. 2010;39:137-46.

## 9. ANEXOS

### ANEXO 1. ENCUESTA DIRIGIDA A LOS FAMILIARES

#### ENCUESTA A FAMILIARES

- **EDAD:**
  - **SEXO:**
  - **PARENTESCO:** \_\_\_ PAREJA \_\_\_ HIJOS \_\_\_ HERMANOS \_\_\_ PADRES  
\_\_\_ OTROS
  - **ESTUDIOS:** \_\_\_ BÁSICOS \_\_\_ MEDIOS \_\_\_ UNIVERSITARIOS
- 
1. ¿Localizó fácilmente la UCI el primer día?: SÍ \_\_\_ 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 cómodo respecto a...? (Puntúe de 0 a  
10, siendo 0 lo peor y 10 la máxima comodidad) RUIDOS \_\_\_  
ILUMINACIÓN \_\_\_ COMODIDAD (cama) \_\_\_ INTIMIDAD \_\_\_
  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: FLUIDA\_\_\_ POCO FLUIDA\_\_\_ 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 que haría? –Incrementaría\_\_\_ –Disminuiría \_\_\_ - Indefinido\_\_\_
28. ¿Le parece escaso el número de familiares que pueden visitar a su familiar actualmente? SÍ\_\_\_ NO\_\_\_
28. ¿Preferiría sentarse para permanecer con su familiar en la hora de visita? SÍ\_\_\_ NO\_\_\_

## ANEXO 2. ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

### ENCUESTA AL PERSONAL

- **EDAD:**
  - **TIEMPO TRABAJADO EN UCI:**
1. ¿Cree que los familiares pueden localizar fácilmente la UCI el primer día?:  
SÍ\_\_\_ NO\_\_\_
  2. ¿Le parece adecuada la sala de espera para los familiares?: MUY  
ADECUADA\_\_\_ ADECUADA\_\_\_ POCO ADECUADA\_\_\_ NADA  
ADECUADA\_\_\_
  3. La información dada en la UCI a pie de cama le resulta al familiar: MUY  
ACOGEDORA\_\_\_ POCO ACOGEDORA\_\_\_ NADA ACOGEDORA\_\_\_
  4. ¿Qué impresión tiene el familiar del box donde se ubican los pacientes  
respecto a la limpieza? ACEPTABLE\_\_\_ POCO ACEPTABLE\_\_\_  
INSUFICIENTE\_\_\_
  5. ¿Qué impresión tiene el familiar del box donde se ubican los pacientes  
respecto del orden? ACEPTABLE\_\_\_ POCO ACEPTABLE\_\_\_  
DESORDENADO\_\_\_
  6. ¿Le parecen al familiar suficientes los medios (sábanas, almohadas, mantas,  
etc.) de que disponemos? SÍ\_\_\_ NO\_\_\_
  7. ¿Le parece al familiar que el mobiliario está...? ACTUALIZADO\_\_\_ POCO  
ACTUALIZADO\_\_\_ NADA ACTUAL (viejo, deteriorado)\_\_\_
  8. ¿Le parece al familiar que el enfermo, en líneas generales, está confortable  
respecto a...?: (puntúe de 0 a 10, siendo cero lo peor y 10 la máxima  
confortabilidad). RUIDOS\_\_\_ ILUMINACIÓN\_\_\_ COMODIDAD  
(cama)\_\_\_ INTIMIDAD\_\_\_
  9. ¿Usted cree que los familiares conocen el nombre de los médicos que  
atendieron a su familiar durante su estancia en UCI? SÍ\_\_\_ NO\_\_\_
  10. Los familiares ¿son informados de la situación clínica de su familiar al ingreso?  
SÍ\_\_\_ NO\_\_\_
  11. ¿Cree que los familiares comprenden la información que reciben al ingreso?  
SÍ\_\_\_ NO\_\_\_
  12. La información que diariamente reciben los familiares es: CLARA\_\_\_ POCO  
CLARA\_\_\_ NADA CLARA\_\_\_

13. Cuando a los pacientes les han realizado alguna exploración dentro de la UCI ¿los familiares han sido informados previamente por el médico? SÍ\_\_\_ NO\_\_\_
14. Cuando a los pacientes les han realizado alguna exploración fuera de la UCI, ¿los familiares han sido informados previamente por el médico? SÍ\_\_\_ NO\_\_\_
15. ¿Le parece al familiar adecuada la hora de la información? SÍ\_\_\_ NO\_\_\_
16. ¿Cree que los familiares reciben puntualmente, a la hora establecida, la información de su familiar? SÍ\_\_\_ NO\_\_\_
17. ¿Cree que los familiares conocen el nombre del personal de enfermería que atiende a su familiar durante la estancia en UCI? CASI SIEMPRE\_\_ALGUNAS VECES\_\_CASI NUNCA\_\_
18. Cómo cree que es la relación del familiar con el personal de enfermería: FLUIDA\_\_\_ POCO FLUIDA\_\_\_ INEXISTENTE\_\_\_
19. ¿Cree que al ingreso el familiar recibe por parte del personal de enfermería la información suficiente respecto de horarios, normas de la unidad, etc.? SÍ\_\_\_ NO\_\_\_
20. ¿Usted cree que los familiares estaban informados de los cuidados de enfermería de su familiar diariamente? SÍ\_\_\_ NO\_\_\_
21. ¿Usted cree que los familiares están 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: SI\_\_\_ NO\_\_\_
22. Cuando los familiares entran por primera vez en la UCI, ¿cree que alguien les informa de los aparatos, alarmas, sistemas de monitorización, etc.?: SÍ\_\_\_ NO\_\_\_
23. ¿Usted cree que el familiar recibe por parte de enfermería ayuda para facilitarle la comunicación con su familiar? SÍ\_\_\_ NO\_\_\_
24. ¿El horario de visitas al familiar le parece adecuado? SÍ\_\_\_ NO\_\_\_
25. ¿El familiar considera suficiente el tiempo de visita? SÍ\_\_\_ NO\_\_\_
26. Si es NO ¿usted que haría? Incrementaría\_\_\_ Disminuiría \_\_\_ Indefinido\_\_\_
27. ¿Al familiar le parece escaso el número de personas que pueden visitar a su familiar actualmente? SÍ\_\_\_ NO\_\_\_
28. ¿Usted cree que el familiar preferiría sentarse para permanecer con su familiar en la hora de visita? SÍ\_\_\_ NO\_\_\_

### ANEXO 3 .CONSENTIMIENTO INFORMADO.

#### Título: Necesidades de los familiares de pacientes de cuidados Intensivos

#### . Percepción de los familiares y el personal de enfermería

##### *En que consiste*

- El estudio consiste en la valoración de:
  - Aspectos demográficos de los familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos además de preguntar por las condiciones medioambientales, la relación y la calidad de la información prestada por el personal y la organización de las visitas
- La entrevista se realizará a familiares.
- Toda la información recogida se mantendrá de forma confidencial.

YO.....

(Nombre y apellidos del familiar)

Declaro que he recibido información sobre el citado estudio y he podido hacer las preguntas pertinentes de tal manera que considero que he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con **Nerea Vega Rodríguez** (Nombre de la Investigadora)

Comprendo que la participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio: cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin repercusiones en el proceso de atención

Presto mi conformidad para participar en el estudio

*Firma del Participante*

*Firma de la investigadora*



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Comité de Ética de la Investigación del  
Principado de Asturias  
C/ Celastino Villanón  
33001, Oviedo  
Tfno: 985.10.79.27.665 - 0.90.28  
e-mail: [cekr.asturias@hca.es](mailto:cekr.asturias@hca.es)

Área Sanitaria

Oviedo, 29 de Febrero de 2016

El Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias, ha revisado el Proyecto de Investigación nº 25/16, titulado, "NECESIDADES DE LOS FAMILIARES EN PACIENTES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS" Investigadores Principales Dña. Neira Vega Fernández y D. Ricardo P. Baldozno Cerrada, Trabajo fin de Master

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado proyecto reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y en consecuencia emite su autorización.

Le recuerdo que deberá guardarse la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este proyecto.

Fdo: Ricardo Ariñez Moral  
Secretario del Comité de Ética de la Investigación  
del Principado de Asturias

