



**Universidad de Oviedo**

**Centro Internacional de Postgrado**

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

**“Nivel de satisfacción de los familiares en dos Unidades de Cuidados Intensivos con distinto régimen de visitas”**

**Jenny Mishell Farinango Gramal**

**Mayo 2024**

**Trabajo Fin De Máster**





**Universidad de Oviedo**

**Centro Internacional de Postgrado**

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

**“Nivel de satisfacción de los familiares en dos Unidades de Cuidados  
Intensivos con distinto régimen de visitas”**

**Trabajo Fin De Master**

**Jenny Mishell Farinango Gramal**

**David Zuazua Rico**



## MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS

David Zuazua Rico, Doctor en Enfermería por la Universidad de Valencia, Profesor Asociado de Ciencias de la Salud, departamento de Medicina, área de Enfermería y Profesor del Máster de Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo.

### CERTIFICA/N:

Que el Trabajo Fin de Máster presentado por D/Dña. Jenny Mishell Farinango Gramal, titulado “Nivel de satisfacción de los familiares en dos Unidades de Cuidados Intensivos con distinto régimen de visitas”, realizado bajo la dirección del Dr./Dra. David Zuazua Rico, dentro del Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo, reúne a nuestro juicio las condiciones necesarias para ser admitido como Trabajo Fin de Máster en la Universidad de Oviedo.

Y para que así conste dónde convenga, firman la presente certificación en Oviedo a 28 de abril de 2024.

Vº Bº

Fdo. David Zuazua Rico  
Director/Tutor del Proyecto

## **ÍNDICE**

<b>1. Introducción</b>	<b>1</b>
1.1. Origen histórico	1
1.2. Deshumanización, humanización y proyectos	2
1.3. La familia como parte de la atención sanitaria	7
1.2. Calidad y satisfacción	9
<b>2. Justificación</b>	<b>10</b>
<b>3. Pregunta de investigación, hipótesis y objetivos</b>	<b>11</b>
3.1. Pregunta de investigación	11
3.2. Hipótesis	11
3.3. Objetivos	11
<b>4. Metodología</b>	<b>12</b>
4.1. Tipo de estudio	12
4.2. Ámbito de estudio	12
4.3. Población y muestra	13
4.3.1 Criterios de inclusión y exclusión	13
4.4. Tiempo de estudio	14
4.5. Instrumento	14
4.6. Variables a estudio	15
4.7. Procedimiento	17
4.8. Consideraciones éticas	18
4.9. Análisis estadístico	18
4.10. Limitaciones	19
<b>5. Cronograma y recursos</b>	<b>20</b>
5.1. Cronograma	20
5.2. Recursos	21
<b>5. Bibliografía</b>	<b>22</b>
<b>Anexos</b>	<b>25</b>

## **1. INTRODUCCIÓN**

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se define como un sistema organizado conformado por un equipo multidisciplinar que proporciona asistencia de carácter especializado e intensivo a pacientes críticos. Esta actividad se lleva a cabo en un espacio mejorado donde se cumplen criterios tanto funcionales como estructurales, que permitan de esta manera garantizar las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia necesarias para la aplicación de diferentes modalidades de soporte orgánico y monitorización, dirigidos a mantener la vida del paciente (1,2). Aunque a nivel de definición se ubique en un área del hospital determinada, los cuidados intensivos se deben comprender desde una perspectiva de atención integral, que implica una actuación que va desde la detección hasta la finalización de la situación crítica; esto hace que se pueda ubicar en el ámbito extrahospitalario, unidades de urgencias, plantas hospitalarias o en la atención sanitaria en situaciones de catástrofe (2,3).

### **1.1. ORIGEN HISTÓRICO**

Existen varias figuras clave asociadas al origen de la medicina intensiva y las UCI. Una de estas figuras es Florence Nightingale, quien ya en 1850, durante la Guerra de Crimea, puso el foco en la importancia de separar a los pacientes gravemente enfermos del resto, y situarlos en zonas más cercanas al control de enfermería, de forma que se pudiera llevar a cabo una mejor vigilancia de estos (2,4,5).

Más tarde, en 1923 Walter E. Dandy abrió una UCI en Baltimore dedicada al cuidado postoperatorio de sus pacientes y se conformó por un equipo que se conocería posteriormente como “Dandys Brain Team”. En 1930, en el Hospital quirúrgico de Tübingen, en Alemania, también se diseñó y construyó una sala combinada de cuidados postoperatorios y cuidados intensivos (5).

Las diversas guerras que se sucedieron (Segunda Guerra Mundial, Guerra de Vietnam o Corea) dieron lugar a la creación de salas especializadas y los consiguientes avances en aspectos como técnicas de reanimación o monitorización hemodinámica. No fue hasta la epidemia de poliomielitis, donde se vio la importancia y la necesidad de la ventilación mecánica, cuando se empezó a desarrollar, durante y después de esta, la primera UCI en el mundo tal y como se la concebiría actualmente por Björn Ibsen en 1953.

En los próximos años se fueron abriendo UCIs en los hospitales de varios países (2,4,5) e incluso se empezó a generar una separación y especialización dando lugar a las UCI coronarias o quirúrgicas (5).

En España se abre la primera UCI en 1965 en Madrid y pronto surgieron nuevas UCI no solo aquí, sino que también en Barcelona y resto de ciudades (1,5).

## 1.2. DESHUMANIZACIÓN, HUMANIZACIÓN Y PROYECTOS

En los últimos años las unidades de cuidados intensivos han sufrido una serie de avances tanto a nivel técnico como científico generando esto grandes beneficios a nivel de atención sanitaria. Esto se ve reflejado en el aumento de

la supervivencia de los pacientes admitidos en estas unidades gracias a toda esta nueva tecnología y el buen trabajo y formación de un equipo multidisciplinar (6). Sin embargo, en muchas ocasiones estos avances no se equiparan a mejoras en aquellos aspectos intangibles o invisibles de la atención asistencial, aquello que implica el cuidado, y que genera la pérdida del sentido humano en la atención (7,8). Y es que, puede resultar en cierto sentido irónica la necesidad de una humanización de la asistencia sanitaria cuando, tanto el emisor como el receptor de esta, son seres humanos (7).

Según la Real Academia Española (RAE), el término deshumanizar se define como la acción de “privar de caracteres humanos” (9); este concepto se ha descrito como la privación de las cualidades que distinguen a una persona como un ser humano en sí como pueden ser la inteligencia, el amor, los valores, las creencias... que llevan a la comparación con objetos o animales. Esta cosificación del paciente es solo uno de los factores que lleva a la deshumanización de la atención, no solo a nivel de las UCI, sino que a nivel de la atención sanitaria en general. Unido a este factor están otros como la falta de relación humana, de reconocimiento de la dignidad del enfermo y su igualdad a todas las personas, la falta de una aproximación integral a estos, de su participación en la toma de decisiones por establecimiento de relaciones de poder y la propia desconfianza en el conocimiento del personal (10).

En la revisión sistemática llevada a cabo por Rodríguez del Río se pueden apreciar más factores que llevan a la deshumanización de la asistencia sanitaria en general y que no se basan en la simple aplicación de la tecnología



y todos sus avances: la estructura sanitaria dividida en especialidades que no se centra en la totalidad de la persona, la falta de individualización de los pacientes (protocolos y guías estandarizadas), la poca formación en temas de humanización asistencial o modelos humanistas, la supremacía de la técnica, la visión biomédica del enfermo, uso inadecuado de las tecnologías y la falta de comunicación efectiva entre paciente-profesional (11).

A nivel de las UCI se pueden presentar otros factores como son la concepción tradicional de estos servicios como lugares inhóspitos y poco acogedores tanto para familiares, pacientes o trabajadores; la ya nombrada tecnificación, comunicación ineficaz, baja participación de la familia o la organización de estos servicios: puertas cerradas con horarios muy restrictivos de visita (12,13). Visto así, la deshumanización es un fenómeno de causa multifactorial que engloba factores sociológicos, factores atribuibles a la organización y el funcionamiento de las estructuras y el personal sanitarios; los referentes al paciente, y los generados por uso inadecuado de los avances tecnológicos. Es por ello, por lo que pensar en la rehumanización de la asistencia sanitaria implica tener en cuenta que se trata de un proceso complejo por su carácter multifactorial. Pese a ello, se observa en efecto, un cambio en el paradigma actual donde las personas reclaman su lugar en el sistema sanitario: ser el centro. Ya no se percibe una concepción pasiva del paciente, sino que se le concibe como agente dentro de su salud. Esto en cierto sentido, obliga a los profesionales, entre otras cosas, a modificar la manera en la que se relacionan y comunican con los pacientes, llevar a cabo actos más “humanos” (14).

La humanización como concepto en la atención sanitaria gira entorno a dar una respuesta individualizada a las necesidades de las personas de una manera integral y holística, teniendo en cuenta las dimensiones biológica, psicológica, social y conductual. No solo hace referencia al paciente en sí, sino que también a la familia o personas importantes, de la misma manera que al profesional de la salud, entendido como persona y agente de la humanización (7,14,15).

En este contexto, se entiende el cambio en el paradigma establecido en el sistema sanitario en general. Un movimiento que expresa la necesidad de escuchar y atender a las personas enfermas, de empezar a incluir a las familias como agentes curativos y de cuidar a los profesionales para que puedan desempeñar su trabajo en las mejores condiciones posibles (14).

Siguiendo este precepto, se han incluido a las unidades de cuidados intensivos, como parte de ese sistema sanitario, en diferentes proyectos de humanización con distintas iniciativas. Ejemplo de estos, son los planes llevados a cabo en distintas comunidades autónomas como la de Madrid, Galicia, Castilla la Mancha o el Principado de Asturias; algunas con líneas de acción centradas en la propia UCI (16) y otras, con acciones generales que mejoran su atención de manera indirecta, como es la comunicación e información, la actuación sobre los profesionales o la adecuación de los entornos (17–19). Otras iniciativas para destacar son el Proyecto HU-CI: humanizando los cuidados intensivos, que incluye 7 líneas estratégicas con objetivos e indicadores. Dentro de estas se mencionan con especial interés:

UCI de puertas abiertas, presencia y participación de los familiares en los cuidados; comunicación e infraestructura humanizada (20).

Las UCI de puertas abiertas tienen un horario de visitas más amplio y flexible; una necesidad que las familias y pacientes venían reclamando. Se han observado los beneficios que tiene no solo para los pacientes y su familia, sino que también para el personal; aspectos como la flexibilidad horaria para las familias, su ayuda e información para poder entender al paciente, el bienestar y confort que pueden proporcionarle... sin embargo, existe reticencia todavía por mantenerse actitudes y hábitos que requieren de un cambio y entrenamiento para que esto, sea posible. Aun así, el hecho de que se implanten en otros servicios u hospitales pueden ser formas de aprender de otras experiencias (6,13,21,22).

Además, de un sistema más flexible en las visitas, una comunicación efectiva es también clave tanto para el trabajo en equipo, como para la familia. La información es un aspecto que se tiene muy en cuenta por ellos y los pacientes, pues va a favorecer la confianza y el respeto que se establece. Sin embargo, las habilidades que son necesarias para que esto suceda o incluso para la transmisión de información en situaciones de carga emocional, no han sido enseñadas (6,13).

Finalmente, para que todo el proceso asistencial se lleve a cabo, es necesaria la presencia de una estructura física en la unidad de trabajo gentil, que mejore no solo el estado físico del paciente, sino que abarque también el aspecto psicológico de ellos, los familiares y profesionales. La luz natural, la

temperatura, la acústica, etc., son cambios a llevar a cabo, pero también se incluyen otros que impactan de una manera positiva en los sentimientos y emociones de los usuarios como los elementos decorativos, los colores, la personalización y facilitación de distractores como conexión a internet o televisión; en cierto sentido, crear la sensación de tener un espacio propio (6,7,13).

Se ha llegado a un punto en el que se ha visto necesario el modificar los aspectos tradicionales de las UCIs para hacerlas más humanas, centrando el foco en las necesidades no solo del paciente, sino que también de la familia como parte importante de su cuidado (12).

### 1.3. LA FAMILIA COMO PARTE DE LA ATENCIÓN SANITARIA

La atención centrada en el paciente-familia [Patient and Family-Center Care (PFCC)] hace referencia a un enfoque de la atención sanitaria que sea responsable y respetuosa con las necesidades y los valores de los familiares y pacientes. En este sentido, se resalta a la familia como parte del proceso asistencial y de la humanización de los servicios (23).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la familia se define como “el conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan”.

Los procesos de enfermedad, como el ingreso de un paciente en la UCI, suponen una ruptura de ese núcleo familiar y de las dinámicas familiares por

alteración de los roles, generando una crisis situacional; esto se ve intensificado por reacciones emocionales, como el miedo o la angustia, generando una ruptura de carácter físico, emocional y psicológico (23,24).

Los pacientes ingresados en las UCIs, en muchas ocasiones, por su proceso clínico, no se encuentran en un estado que les permita participar de manera activa en la toma de decisiones; aspecto que se traslada a los familiares al considerarlos representantes. En principio, son las personas que pueden tener una mejor visión de los deseos del paciente y los que pueden hacer que se cumplan de la mejor manera posible, ya que son los que mejor los conocen (25). Como se observa en el estudio de Duque, muchas veces estas responsabilidades se perciben como cargas, pues no solo se encargan del paciente enfermo, sino que también de la toma de decisiones repentina para la que no tuvieron preparación, demandando un esfuerzo físico, psicológico y emocional (23).

Durante este proceso asistencial los familiares son susceptibles de sufrir inquietud por falta de información o déficit de comunicación, desilusión, estrés, incertidumbre, impotencia, miedo, rabia... que pueden llevar al cansancio y agotamiento (23). El impacto psicosocial no solo deriva de la situación de riesgo del paciente, sino que también de otras fuentes como los dispositivos que desconocen, las terapias que se aplican sobre este y la manera en la que interactúan con los profesionales (24).

La familia presenta una serie de necesidades, algunos como la necesidad de información, seguridad y proximidad (23,24), que no se deben dejar a un lado

dentro de este concepto humanizado de atención y si se perciben, no minimizarlas, ya que una atención que no esté a la altura de las expectativas impacta de una manera negativa en la satisfacción (25).

#### 1.4. CALIDAD Y SATISFACCIÓN

La definición de calidad y sus dimensiones ha sido uno de los focos de debate en los últimos años. Según la OMS se define de la siguiente manera: “... es el grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados.” Establece que los servicios de calidad deben ser: “eficaces, seguros y centrado en las personas” (26).

Uno de los componentes indispensable para un sistema de salud de calidad es la satisfacción del paciente (27). El paso de una concepción paternalista de la relación paciente-profesional, en la que los proveedores establecían las necesidades del paciente, a una más holística, puso en el foco la importancia de la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente como indicador de calidad de la asistencia. Es importante tener en cuenta que conocer las necesidades que presenta una persona, y llegar a satisfacerlas no es un factor que se relacione directamente con el nivel de satisfacción (28).

En la UCI, por el proceso de enfermedad del paciente, es necesario en muchas ocasiones la representación familiar, depositando en ellos no solo la toma de decisiones, sino que también la percepción de calidad (28).

## **2. JUSTIFICACIÓN**

Tras la lectura de la bibliografía que se ha realizado, se ha observado que el tema de la humanización de las UCIs es algo que se lleva estudiando desde hace varios años; sin embargo, algunas de las medidas que engloban diferentes proyectos, como la visita de puertas abiertas, no es algo que se aplique en todos los hospitales, en cierto sentido, por reticencia al cambio del personal.

Los familiares de pacientes en la UCI son usuarios de los sistemas y parte del cuidado desde una perspectiva integral de la atención del paciente, por lo que su satisfacción tiene impacto en la calidad y se debe tener en cuenta para su mejora.

### **3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

#### **3.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Existe diferencia en la satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en UCIs con régimen de visitas distinto?

#### **3.2. HIPÓTESIS**

Existe una mayor satisfacción en los familiares de pacientes ingresados en UCIs con régimen de puertas abiertas.

#### **3.3. OBJETIVOS**

- **OBJETIVO PRINCIPAL**
  - Conocer el grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos del Hospital Central de Asturias (HUCA) y el Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV).
  
- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**
  - Comparar el grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados bajo un régimen de visitas distinto.
  - Determinar si el régimen de visitas afecta al grado de satisfacción.
  - Identificar los aspectos que afectan en mayor medida a la satisfacción en cada uno de los hospitales para abordar políticas de mejora.



## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1. TIPO DE ESTUDIO**

Se trata de un estudio analítico, descriptivo, observacional y transversal.

### **4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO**

El estudio se llevará a cabo en la unidad de cuidados intensivos de dos hospitales situados en dos comunidades autónomas diferentes: Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) y Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV).

El HUCA se trata del hospital de referencia del Principado de Asturias, inaugurado con una nueva construcción en 2014. La UCI dispone de un total de 60 camas que se distribuyen en 6 unidades con 10 camas en cada una, siendo 4 de las unidades de UCI Polivalente y 2 de UCI Cardíaca. El régimen de visitas es de carácter abierto siendo el horario de 12:00h de la mañana a 21:00h de la tarde, determinándose en la hoja de información a las familias unos horarios recomendados (12:00h a 13.00h - 16:00h a 18:00h – 19:00h a 21:00h). Se hace saber que, de ser necesario, durante el horario de visita existe la posibilidad de que el personal solicite la salida de la unidad de forma temporal.

Por otro lado, el HCUV inaugurado en 1978, se trata del hospital de referencia del Área de salud Este de la ciudad de Valladolid. El servicio consta de dos unidades, con 11 camas en el ala Norte y 10 en el ala Oeste. El horario de visitas es de dos horas divididas a lo largo del día, siendo por la mañana de 13:00h a

14:00h, y por la tarde de 17:00h a 18:00h, pudiéndose modificar por necesidades del servicio.

Ambos hospitales permiten la entrada de 2 personas, pudiéndose realizar intercambios con otros familiares.

El personal por el que están compuestas estas unidades son médicos, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y celadores.

La atención que se brinda es de carácter continuo: las 24 horas del día todos los días del año. De carácter general, la ratio del que se habla en estas unidades es de una enfermera por cada 2 pacientes, siendo de 2-4 pacientes por TCAE.

#### 4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población a estudio serán los familiares de pacientes ingresados en la UCI, siendo la población elegible aquellos que los estén en el HUCA y el HCUV.

Los familiares abarcarán aquellos que estén ligados o no por consanguinidad y que mantengan un vínculo estrecho con el paciente, incluyendo pareja sentimental o amigos. Se escogerá de entre ellos al que se identifique como cuidador principal; aquella persona que representará al paciente y recibirá la información médica, además de incluirlo en la toma de decisiones. Este quedará indicado en el momento del ingreso del paciente.

##### 4.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

La muestra se conformará por los criterios de inclusión y exclusión que se describen a continuación.

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Familiares mayores de 18 años que hayan visitado de manera frecuente al paciente.
- Estancia mínima del paciente de 5 días. Se considera un tiempo adecuado para que las personas que los visiten formen una idea de lo que es el servicio, los cuidados que prestan y hayan conocido a parte del personal.

#### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Familiares de pacientes en situación de donación de órganos. Se establece esto porque se considera que puede afectar de manera negativa a su percepción de la unidad.
- Deseo de no participación.
- Cumplimentación incorrecta del cuestionario.

#### 4.4. TIEMPO DE ESTUDIO

La recogida de datos se realizará durante un período de 6 meses.

#### 4.5. INSTRUMENTO

Se usará el cuestionario Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit: FS-ICU 24 (ANEXO I) dirigido a medir el nivel de satisfacción de familiares con el cuidado recibido por ellos y el familiar críticamente enfermo. Originalmente, el cuestionario consta de 34 ítems desarrollado por Heyland y

Tranmer en el 2001; más tarde en el 2007 se hicieron modificaciones reduciéndolo a una versión de 24 ítems por Wall. El cuestionario se ha traducido y/o adaptado a más de 20 lenguas y ha sido usado en diferentes estudios.

Existe actualmente una versión desarrollada en el 2018, que se ha adaptado a la evolución del rol de las familias en este tipo de contexto, añadiendo 2 ítems relacionados con la participación en la visita médica y el cuidado del paciente, además de respuestas más visuales mediante la representación de caras que muestran diferentes niveles de satisfacción (29).

Se usará la versión en español del FS-ICU 24, a la que se añadirá 1 pregunta relacionada directamente con el régimen de visitas (parte 1, pregunta 14).

#### 4.6. VARIABLES A ESTUDIO

- VARIABLE DEPENDIENTE
  - Nivel de satisfacción general.
  - Nivel de satisfacción con el cuidado.
  - Nivel de satisfacción con la toma de decisiones en el cuidado de pacientes críticos.
  
- VARIABLE INDEPENDIENTE
  - Variables del cuestionario de satisfacción FS-ICU 24. Variables cualitativas ordinales medidas por una escala Likert con valores del 1 al 5: trato al paciente y familiar, habilidades de los profesionales,

estructuras, ambiente, visitas, nivel de información y nivel de implicación en la toma de decisiones.

- Régimen de visitas del hospital: variable cualitativa nominal dicotómica (abierto/cerrado).
- Variables sociodemográficas:
  - Sexo: variable cualitativa nominal dicotómica (Hombre/Mujer).
  - Edad: variable cuantitativa, discreta (Medida en años).
  - Relación con el paciente: variable cualitativa nominal politómica (Esposa/esposo/pareja/madre/padre/hermana/hermano/hija/hijo/otro).
  - Experiencia: variable cualitativa nominal dicotómica (Sí/No).
  - Convivencia: variable cualitativa nominal dicotómica (Sí/No).
  - Frecuencia de visita: variable cualitativa nominal politómica (Más de una vez por semana/Una vez por semana/Una vez al mes/Una vez al año/Menos de una vez al año).
  - Residencia: variable cualitativa nominal dicotómica (En la ciudad/Fuera).

#### 4.7. PROCEDIMIENTO

Tras la aprobación del estudio por parte del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Área de Salud Valladolid Este y el CEIC del Principado de Asturias se iniciará la recogida de datos.

El estudio se presentará en la dirección de enfermería de cada hospital al que se enviará una nota informativa con información y solicitud de cooperación (ANEXO II).

Posteriormente, se solicitará a los supervisores de las Unidades de Cuidados Intensivos la asignación de una persona que pueda mantener el contacto para el seguimiento del estudio. Una vez establecidos, se realizarán videoconferencias con los contactos para presentar el estudio y explicar la forma en la que se recogerán los datos, además de establecer su forma de participación en este.

La elección de las personas encuestadas se hará siguiendo los criterios de inclusión determinados en el estudio, que aplicarán las enfermeras que trabajan en las unidades. Una vez seleccionado el participante, se le ofrecerá colaborar con el estudio a su entrada en el quinto día de visita y se le proporcionará el consentimiento informado (ANEXO III). Los cuestionarios habrán sido previamente distribuidos por las distintas unidades de cuidados intensivos por los contactos. El cuestionario será de carácter anónimo y se dejará explicado de esta manera a los participantes.

#### 4.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para este proyecto de investigación se solicitará autorización al Comité de Ética para la Investigación del Área de salud Valladolid Este y el Comité de Ética para la Investigación con Medicamentos del Principado de Asturias.

Se explicará a los participantes de manera clara el objeto del estudio y una vez aceptada la participación en este, se les proporcionará el consentimiento informado (ANEXO III). Se explicará el carácter anónimo del cuestionario.

Se respetarán en todo momento los principios éticos señalados por la Declaración de Helsinki, así como las normas estipuladas en la legislación española en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica; además de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

#### 4.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizará un análisis descriptivo de cada variable. La comparación de variables cuantitativas entre dos grupos se llevará a cabo a través del test t de Student (con la correlación de Welch si las varianzas son distintas), o del test de Wilcoxon para muestras independientes según se verifique o no la hipótesis de normalidad. La comparación de variables cuantitativas entre 3 categorías se realizará con el test ANOVA y el test post hoc de Tukey o del test de Kruskal-Wallis y test post hoc de Dunn, según se cumplan o no las hipótesis previas de normalidad (test de Shapiro-Wilk) y homocedasticidad (test de Bartlett y test de Ansari-Bradley). El coeficiente de correlación de Pearson o de Spearman y el

contraste de hipótesis asociado se emplearán para el estudio de relación lineal entre variables continuas en función del cumplimiento o no de la hipótesis de normalidad. Se empleará un nivel de significación de 0,05. El análisis estadístico se efectuará mediante el programa R (R Development Core Team), versión 3.4.3.

#### 4.10. LIMITACIONES

Dentro de las limitaciones del estudio se encuentran los generados por error aleatorio por muestra insuficiente o no significativa.

Otro sesgo a tener en cuenta es el nivel de participantes que puedan tener interés en el estudio o la mala aplicación de los criterios de inclusión y exclusión descritos en el estudio.

Centrándose en el encuestado, se pueden encontrar sesgos relacionados con el olvido, la mala comprensión de la encuesta y la longitud de esta que lleve a una cumplimentación por compromiso y sin razonamiento de las preguntas.

Por otro lado, se encuentran también aquellas relacionadas con el nivel de disposición de los colaboradores en la selección de participantes y distribución del cuestionario, ya que se trata de personal sanitario que en muchas ocasiones puede no tener el tiempo suficiente para poder realizar esta tarea.



## 5. CRONOGRAMA Y RECURSOS

### 5.1. CRONOGRAMA

A continuación, se muestra un cronograma con las diferentes tareas llevadas a cabo (Tabla 1).

Tabla 1. Cronograma de actividades del estudio.

Actividades	2023			2024										
	Oct	Nov	Dic	En	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ag	Sept	Oct	Nov
Selección del tema														
Búsqueda bibliográfica y objetivos														
Elaboración metodología														
Autorización														
Recogida de datos														
Análisis de datos														
Informe final														
Difusión de resultados y publicación														

## 5.2. PRESUPUESTO

Los gastos previsibles para poder llevar a cabo el proyecto se han determinado en los siguientes:

- Material inventariable: programas informáticos que se precisen (Word, Excel), material bibliográfico (artículos de revista, libros y todo aquel material complementario necesario). Se estimará un gasto de 500 euros.
- Material fungible: 150 euros que se destinarán a la impresión por vía internet del cuestionario y consentimientos informados.
- Otros gastos: se estima que la publicación de los resultados del estudio en revistas y congresos, además de los desplazamientos correspondientes y contratación de estadístico, sean de unos 1500 euros.
- Imprevistos: se establece la cantidad de 200 euros para cualquier imprevisto que pueda surgir.

En base a esto, el presupuesto requerido para el desarrollo del proyecto sería de 2350 euros.

## 6. **BIBLIOGRAFÍA**

1. Romero García M. Diseño y validación de un cuestionario de satisfacción con los cuidados enfermeros desde la perspectiva del paciente crítico. [Barcelona]: Universitat de Barcelona; 2016.
2. Vera Carrasco O. Origen y desarrollo histórico de la medicina crítica y unidades de cuidados intensivos en Bolivia. *Rev Med La Paz*. 2015;21(2):77–90.
3. Marshall JC, Bosco L, Adhikari NK, Connolly B, Diaz J V., Dorman T, et al. What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *J Crit Care*. 2017 Feb 1;37:270–6.
4. Vicent; Jean Louis. Critical Care: Where Have We Been and Where Are We Going. *Crit Care* [Internet]. 2013 [cited 2024 Apr 21];17(S1). Available from: <http://ccforum.com/content/17/S1/S1>
5. Ochoa Parra M. History and evolution of critical care medicine: From intensive care to intensive therapy and critical care. Vol. 17, *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*. Elsevier Doyma; 2017. p. 258–68.
6. Baeza Gómez I, Cynthia L, Hoxsas Q. Proyecto “Humanizando los Cuidados Intensivos”, nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. *Revista de Bioética y Derecho Perspectivas Bioéticas* [Internet]. 2020;48:111–26. Available from: [www.bioeticayderecho.ub.edu](http://www.bioeticayderecho.ub.edu)
7. Herrer G, García G, Manuel J, Delgado M, Cruz M, Rodríguez F, et al. Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: Implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del Proyecto HU-CI. *Med Segur Trab (Internet)*. 2017;63(247):103–22.
8. Heras La Calle G, Oviés AA, Tello VG. A plan for improving the humanisation of intensive care units. *Intensive Care Med*. 2017 Apr 1;43(4):547–9.
9. Real Academia Española: Diccionario de la lengua española. Deshumanizar. In: 23.º ed. [cited 2024 Apr 14]. Available from: <https://dle.rae.es>
10. Ávila-Morales J. La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *IATREIA*. 2017;30(2):216–29.
11. Rodríguez del Río L. Cuidados enfermeros y humanización de la asistencia sanitaria. *Revista Enfermería CyL* [Internet]. 2019;11(1):155–71. Available from: [www.revistaenfermeriacyl.com](http://www.revistaenfermeriacyl.com)

12. Valvidares Mayor M. Humanización de los cuidados de enfermería en las unidades de Cuidados Intensivos. *Enfermería Integral* [Internet]. 2017;116:51–7. Available from: [www.enfervalencia.org](http://www.enfervalencia.org)
13. Calle GH La, Martín MC, Nin N. Seeking to humanize intensive care. Vol. 29, *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. Associação de Medicina Intensiva Brasileira - AMIB; 2017. p. 9–13.
14. March JC. Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. *Revista de Calidad Asistencial*. 2017 Sep 1;32(5):245–7.
15. Madrid (Comunidad Autónoma) Dirección General de Humanización y Atención al Paciente. Plan de humanización de la asistencia sanitaria 2022-2025. 2022.
16. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Comunidad de Madrid; 2016.
17. Estratexia de Humanización da Asistencia Sanitaria. Xunta de Galicia; 2019.
18. Plan Dignifica. Humanizando la asistencia. Castilla La-Mancha; 2017.
19. Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias. Líneas generales. Gobierno del Principado de Asturias; 2021.
20. Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HUCI. Manual de buenas prácticas de Humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. 2º ed. Madrid: Proyecto HUCI; 2019.
21. Monroe M, Wofford L. Open visitation and nurse job satisfaction: An integrative review. *J Clin Nurs*. 2017 Dec 1;26(23–24):4868–76.
22. Khaleghparast S, Joolae S, Ghanbari B, Maleki M, Peyrovi H, Bahrani N. A Review of Visiting Policies in Intensive Care Units. *Glob J Health Sci*. 2015 Nov 17;8(6):267–76.
23. Duque-Ortiz C, Arias-Valencia MM. The family in the intensive care unit in the face of a situational crisis. *Enferm Intensiva*. 2022 Jan 1;33(1):4–19.
24. Bautista Rodríguez LM, Arias Velandia MF, Carreño Leiva ZO. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista CUIDARTE*. 2016 Jul 1;7(2):1297.
25. Holanda Peña MS, Castellano Ortega Á, Llorca Díaz J. Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos y sus familiares. [Santander]: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 2015.

26. Organización Panamericana de la Salud. Manual para la elaboración de políticas y estrategias nacionales de calidad. Un enfoque práctico para elaborar políticas y estrategias destinadas a mejorar la calidad de la atención. Washington D.C.; 2018.
27. Carvalho JMS, Rodrigues N. Perceived Quality and Users' Satisfaction with Public-Private Partnerships in Health Sector. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jul 1;19(13).
28. Canabal Berlanga A, Hernández Martínez G. ¿Puede la satisfacción de los pacientes y familiares influir en la gestión de los servicios de medicina intensiva? *Med Intensiva*. 2017 Mar 1;41(2):67-9.
29. FS-ICU. About the FS-ICU Survey [Internet]. [cited 2024 Apr 21]. Available from: <https://fsicu.org/professionals/about/>

**ANEXO I:** Cuestionario FS-ICU 24

Nº de identificación:  
\_\_\_\_ : \_\_\_\_  
Nº                      Box

**Satisfacción Familiar con el Cuidado en la Unidad de Cuidados Intensivos©  
SF-UCI (24)**

*¿Cómo lo estamos haciendo?  
Sus opiniones acerca del reciente ingreso de su familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)*

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

**DATOS DEMOGRAFICOS:**

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

1. Sexo:    Hombre    Mujer

2. Edad: tengo \_\_\_\_\_ años

3. Soy su:

\_\_\_ Esposa

\_\_\_ Esposo

\_\_\_ Pareja

\_\_\_ Madre

\_\_\_ Padre

\_\_\_ Hermana

\_\_\_ Hija

\_\_\_ Hijo

\_\_\_ Hermano

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

4. Antes de este reciente ingreso, ¿ha vivido con anterioridad el ingreso de un familiar en una UCI (Unidad de Cuidados Intensivos)?    \_\_\_ Si    \_\_\_ No

5. ¿Vive usted con el paciente?    \_\_\_ Si    \_\_\_ No

Si la respuesta es **No**, ¿Con que frecuencia ve usted al paciente?

\_\_\_ Más de una vez por semana    \_\_\_ Una vez a la semana

\_\_\_ Una vez al mes    \_\_\_ Una vez al año    \_\_\_ Menos de una vez al año

6. ¿Dónde vive usted?    \_\_\_ En la ciudad donde está el hospital    \_\_\_ Fuera de la ciudad

**¿Cómo lo estamos haciendo?**  
**Sus opiniones acerca de la estancia de su familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)**

**PARTE 1: SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO**

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

**¿COMO TRATAMOS A SU FAMILIAR (EL PACIENTE)?**

<b>1. Preocupación y cuidado del personal de UCI:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
	Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable
Cortesía, respeto y solidaridad recibida por su familiar.						

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

<b>2. Dolor</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
	Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable
<b>3. Disnea (Falta de aliento)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
	Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable
<b>4. Agitación</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
	Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable

**¿CÓMO FUE EL TRATO CON USTED?**

<b>5. Consideración de sus necesidades:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
	Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable
Como fue el interés mostrado por sus necesidades por el personal de UCI.						

<b>6. Apoyo emocional:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
	Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable
Como fue el apoyo emocional provisto por el personal de UCI.						

<b>7. Coordinación del cuidado:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
	Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable
Trabajo en equipo de todo el personal que cuidó a su familiar.						

<b>8. Preocupación y cuidado del personal de UCI:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
	Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable
Cortesía, respeto y compasión recibida por usted.						

**¿Cómo lo estamos haciendo?**  
**Sus opiniones acerca de la estancia de su familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)**

**PERSONAL DE ENFERMERÍA.**

<b>9. Habilidad y Competencia de las enfermeras de UCI:</b> Como cuidaron las enfermeras de su familiar.	<b>1</b> Excelente	<b>2</b> Muy Bien	<b>3</b> Bien	<b>4</b> Suficiente	<b>5</b> Mal	<b>6</b> No aplicable
--	-----------------------	----------------------	------------------	------------------------	-----------------	--------------------------

<b>10. Frecuencia en la Comunicación:</b> Cada cuanto habla con la enfermera sobre el estado de su familiar.	<b>1</b> Excelente	<b>2</b> Muy Bien	<b>3</b> Bien	<b>4</b> Suficiente	<b>5</b> Mal	<b>6</b> No aplicable
--	-----------------------	----------------------	------------------	------------------------	-----------------	--------------------------

**PERSONAL MÉDICO.**

<b>11. Habilidad y Competencia de los médicos de UCI:</b> Como atendieron a su familiar.	<b>1</b> Excelente	<b>2</b> Muy Bien	<b>3</b> Bien	<b>4</b> Suficiente	<b>5</b> Mal	<b>6</b> No aplicable
--	-----------------------	----------------------	------------------	------------------------	-----------------	--------------------------

**LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

<b>12. El ambiente en la UCI era:</b>	<b>1</b> Excelente	<b>2</b> Muy Bien	<b>3</b> Bien	<b>4</b> Suficiente	<b>5</b> Mal	<b>6</b> No aplicable
---------------------------------------	-----------------------	----------------------	------------------	------------------------	-----------------	--------------------------

**LA SALA DE ESPERA.**

<b>13. El ambiente en la sala de espera era:</b>	<b>1</b> Excelente	<b>2</b> Muy Bien	<b>3</b> Bien	<b>4</b> Suficiente	<b>5</b> Mal	<b>6</b> No aplicable
--	-----------------------	----------------------	------------------	------------------------	-----------------	--------------------------

**EL RÉGIMEN DE VISITAS**

<b>14. El tiempo de visita:</b> Cómo considera la cantidad de tiempo que se le permite de visita	<b>1</b> Excelente	<b>2</b> Muy Bien	<b>3</b> Bien	<b>4</b> Suficiente	<b>5</b> Mal	<b>6</b> No aplicable
---	-----------------------	----------------------	------------------	------------------------	-----------------	--------------------------



**Q15. POR FAVOR, LEA DETENIDAMENTE LAS OPCIONES DE RESPUESTA.**

**15. Algunas personas quieren todo hecho para sus problemas de salud mientras que otras no quieren que mucho sea hecho.**

**¿Cual es su satisfacción de acuerdo al nivel o la cantidad de cuidados recibidos por su familiar en la UCI?**

<b>1</b> Nada Satisfecho	<b>2</b> Ligeramente Insatisfecho	<b>3</b> Principalmente Satisfecho	<b>4</b> Muy Satisfecho	<b>5</b> Completamente Satisfecho
-----------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------	--------------------------------------

*¿Cómo lo estamos haciendo?*

*Sus opiniones acerca de la estancia de su familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)*

**PARTE 2: SATISFACCIÓN DE LA FAMILIA CON LA TOMA DE DECISIONES EN EL CUIDADO DE PACIENTES CRÍTICOS.**

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

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

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

**NECESIDAD DE INFORMACIÓN**

- |  |                       |                      |                  |                        |                 |                          |
|--|-----------------------|----------------------|------------------|------------------------|-----------------|--------------------------|
| <b>1. Frecuencia en la comunicación con los Médicos de UCI:</b><br>Cada cuanto habló el médico con usted sobre el estado de su familiar. | <b>1</b><br>Excelente | <b>2</b><br>Muy Bien | <b>3</b><br>Bien | <b>4</b><br>Suficiente | <b>5</b><br>Mal | <b>6</b><br>No aplicable |
| <b>2. Facilidad para conseguir información:</b><br>Voluntad del personal de UCI para contestar sus preguntas.                            | <b>1</b><br>Excelente | <b>2</b><br>Muy Bien | <b>3</b><br>Bien | <b>4</b><br>Suficiente | <b>5</b><br>Mal | <b>6</b><br>No Aplicable |
| <b>3. Comprensión de la Información:</b><br>Explicaciones comprensibles provistas por el personal de UCI.                                | <b>1</b><br>Excelente | <b>2</b><br>Muy Bien | <b>3</b><br>Bien | <b>4</b><br>Suficiente | <b>5</b><br>Mal | <b>6</b><br>No Aplicable |
| <b>4. Información Honesta:</b><br>Honestidad de la información provista sobre el estado de su familiar.                                  | <b>1</b><br>Excelente | <b>2</b><br>Muy Bien | <b>3</b><br>Bien | <b>4</b><br>Suficiente | <b>5</b><br>Mal | <b>6</b><br>No Aplicable |

**5. Exhaustividad de la Información:**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No Aplicable

Como fue la información del personal de UCI sobre lo que estaba ocurriendo a su familiar y qué acciones se estaban tomando.

**6. Consistencia de la Información:**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No Aplicable

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

***¿Cómo lo estamos haciendo?***

***Sus opiniones acerca de la estancia de su familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)***

**PROCESO DE TOMA DE DECISIONES.**

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

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

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

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

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

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

- 1 Me sentí apartado/a del control y el sistema de salud tomo el control y dictó el cuidado de mi familiar.
- 2 Me sentí algo apartado/a del control y el sistema de salud tomó el control y dictó el cuidado de mi familiar.

- 3 No me sentí apartado/a y tampoco sentí tener el control.
- 4 Sentí que tenía algo de control sobre el cuidado que mi familiar recibió.
- 5 Sentí que tenía buen control sobre el cuidado que mi familiar recibió

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

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

***¿Cómo lo estamos haciendo?***

***Sus opiniones acerca de la estancia de su familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)***

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

**11. De las siguientes opciones, cual refleja mejor su punto de vista:**

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

**12. Durante las últimas horas de vida de su familiar, cual de las siguientes opciones describe mejor su punto de vista:**

- 1 Sentí que el/ella estaba sufriendo mucho.
- 2 Sentí que el/ella estaba sufriendo algo.
- 3 Sentí que el/ella estaba principalmente tranquilo/comfortable.
- 4 Sentí que el/ella estaba muy tranquilo/comfortable.
- 5 Sentí que el/ella estaba totalmente tranquilo/comfortable.

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

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

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

---

---

---

---

---

---

---

---

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

---

---

---

---

---

---

---

---

***¿Cómo lo estamos haciendo?***

***Sus opiniones acerca de la estancia de su familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)***

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Nos gustaría darle nuestro agradecimiento por su participación y sus opiniones.**

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

## **ANEXO II: Nota informativa**

ESTUDIO: “Nivel de satisfacción de los familiares en dos Unidades de Cuidados Intensivos con distinto régimen de visitas”

El estudio nombrado se trata de una investigación sobre el nivel de satisfacción que tienen los familiares de pacientes ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos, medido mediante el cuestionario FS-ICU 24. Será aplicado en dos hospitales con régimen distinto de visitas, uno de Asturias y otro de Castilla y León, durante un período de 6 meses (marzo a agosto de 2024).

La selección de participantes se hará siguiendo los criterios de inclusión y exclusión del estudio que aplicará el personal de las unidades. Se dispondrá de una persona referente, el “contacto”, que comunicará el estado del estudio. Se realizará una primera reunión con los contactos de las unidades para la presentación de las características del estudio, forma en la que pueden colaborar y aclarar cualquier duda.

En base a esto, solicitamos su posible participación en el estudio.

Muchas gracias.

### **ANEXO III: Modelo de Consentimiento informado**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO DEL PARTICIPANTE**

**Título:** “Nivel de satisfacción de los familiares en dos Unidades de Cuidados Intensivos con distinto régimen de visitas”

**Investigador principal:** Jenny Mishell Farinango Gramal

**Yo,** (nombre y apellidos) .....

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con: ... (nombre del investigador) ...
- He tenido tiempo suficiente para considerar de manera adecuada mi participación en el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
  - .- cuando quiera.
  - .- sin tener que dar explicaciones.
  - .- sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

.....  
Firma del participante  
Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Nombre, firma y fecha de puño  
y letra por el paciente)

.....  
Firma del investigador  
Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Nombre, firma y fecha de puño  
y letra por el investigador)

.....  
Firma del representante legal,  
familiar o persona vinculada de hecho  
Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Nombre, firma y fecha de puño y letra por el paciente)

#### **FORMULACIÓN DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Don/Dña ..... con DNI..... Por este conducto deseo informar mi decisión de retirarme de este protocolo de investigación por las siguientes razones:  
(Este apartado es opcional y puede dejarse en blanco si así lo desea el paciente)

.....  
.....  
en representación de Don/Doña .....

..... Firma del participante Fecha: ____/____/____ Nombre, firma y fecha de puño y letra	..... Firma del representante Fecha: ____/____/____ Nombre, firma y fecha de puño y letra	..... Firma del médico Fecha: ____/____/____ Nombre, firma y fecha de puño y letra
---	--	---