



ORIGINAL

Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares



M.S. Holanda Peña^{a,*}, E. Ots Ruiz^a, M.J. Domínguez Artiga^a, A. García Miguelez^a, A. Ruiz Ruiz^a, A. Castellanos Ortega^a, R. Wallmann^b y J. Llorca Díaz^b

^a Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

^b Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Cantabria

Recibido el 13 de octubre de 2013; aceptado el 23 de diciembre de 2013

Disponible en Internet el 26 de junio de 2014

PALABRAS CLAVE

Satisfacción;
Calidad;
Encuestas;
Familiares;
Pacientes

Resumen

Objetivo: Conocer el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes dados de alta de la UCI y el del propio paciente.

Diseño: Estudio transversal, observacional, descriptivo y prospectivo durante 5 meses.

Ámbito: UCI del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander.

Sujetos: Familiares y pacientes que fueron dados de alta de la UCI durante ese período.

Intervención: Instrumento: encuesta Family Satisfaction Intensive Care Unit (FS-ICU 34) para familiares de pacientes ingresados en UCI (que sobrevivieron o no) y adaptación de la FS-ICU en cuanto a cuidados se refiere, para el propio paciente.

Resultados: Se obtuvieron un total de 385 encuestas, 192 de familiares de supervivientes, 31 de familiares de fallecidos y 162 de pacientes. La mayor parte de los familiares encuestados estaban satisfechos con los cuidados recibidos y el proceso de decisiones (supervivientes: $83,46 \pm 11,83$ y $79,42 \pm 13,58$, respectivamente; fallecidos: $80,41 \pm 17,27$ y $79,61 \pm 16,93$, respectivamente). Los pacientes encuestados estaban muy satisfechos con los cuidados recibidos ($84,71 \pm 12,85$).

Conclusiones: El grado de satisfacción de los familiares y de los propios pacientes ingresados en la UCI es elevado. Aun así, existen varios puntos que deberían ser mejorados, como el ambiente de la sala de espera y el ambiente propio de la UCI en cuanto a ruido, intimidad e iluminación se refiere, así como algunos aspectos del proceso de toma de decisiones, entre ellos la esperanza suministrada acerca de la recuperación de su familiar.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Satisfaction;
Quality;
Surveys;

Measuring the satisfaction of patients admitted to the intensive care unit and of their families

Abstract

Objective: To determine the level of satisfaction of family members with the care and decision making process, and to know the level of satisfaction of patients discharged from ICU.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sholanda@humv.es (M.S. Holanda Peña).

Family;
Patients

Design: A prospective, observational and descriptive study with a duration of 5 months was carried out.

Setting: The ICU of Marqués de Valdecilla University Hospital, Santander (Spain).

Subjects: Family members of adult patients admitted to the ICU and patients discharged to the ward.

Intervention: Instrument: Family Satisfaction Intensive Care Survey (FS-ICU 34) of family members of patients discharged to the ward. We adapted the FS-ICU 34 in relation to care for application to the patients.

Results: A total of 385 questionnaires were obtained: 192 from families of survivors and 162 from patients, and 31 from relatives of non-survivors. The majority of relatives were satisfied with overall care and overall decision making (survivors: 83.46 ± 11.83 and 79.42 ± 13.58 , respectively; non-survivors: 80.41 ± 17.27 and 79.61 ± 16.93 , respectively). Patients were very satisfied with the care received (84.71 ± 12.85).

Conclusions: The level of satisfaction of the relatives of patients admitted to the ICU is high, in the same way as the degree of patient satisfaction. Still, there are several points that should be improved, such as the waiting room environment and the atmosphere of the ICU in terms of noise, privacy and lighting. In relation to the decision making process, there are also some aspects that may be improved, such as the provision of hope regarding recovery of the critically ill relative.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. and SEMICYUC. All rights reserved.

Introducción

Con el paso de los años, el desarrollo de una medicina más agresiva y los nuevos avances tecnológicos, las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se han convertido en ambientes cada vez más complejos y multidisciplinarios¹. Se trata de lugares donde trabaja multitud de profesionales a todos los niveles y en un contexto de estrés, por lo que, muchas veces, aspectos fundamentales como la atención a las familias y problemas no meramente médicos del propio paciente (como ciertos aspectos sociales y psicológicos) pueden pasar a un segundo plano²⁻⁴.

El término satisfacción ha experimentado su máxima evolución en los últimos años de forma paralela a como lo ha hecho la calidad, quedando ambos conceptos enmarcados en la dimensión global de medicina centrada en el paciente, lo que ha supuesto un antes y un después en la concepción y aplicación de este nuevo modelo de asistencia sanitaria.

De hecho, la satisfacción de los pacientes es un factor claramente empleado por las organizaciones de salud para determinar la percepción del usuario respecto a la calidad de los cuidados recibidos⁵.

Sin embargo, la evaluación de la satisfacción es muy complicada cuando se trata de pacientes ingresados en la UCI. Es en este contexto donde cobran especial importancia las familias; los pacientes ingresados en las UCI, muchas veces por su enfermedad o por su situación de gravedad, no están lo suficientemente conscientes como para participar activamente en el proceso asistencial, por lo que gran parte de las decisiones son trasladadas a sus familiares. Son varios los estudios que han puesto de manifiesto que las necesidades básicas de los familiares de los pacientes ingresados en las UCI no son del todo conocidas⁶⁻⁹. Lautrette et al. demostraron incluso que mejorando la comunicación y el soporte de las familias de los pacientes críticos que morían en UCI se lograba reducir los síntomas de depresión, ansiedad y el trastorno de estrés postraumático que estas

familias desarrollaban durante el ingreso de su familiar o posteriormente⁴.

Existe un número considerable de autores que han intentado medir de alguna manera el grado de satisfacción de las familias con los cuidados facilitados a su familiar gravemente enfermo¹⁰⁻¹⁵, incluso hay trabajos que evidencian mejores niveles de satisfacción en los familiares de los pacientes fallecidos en la UCI que en los familiares de los supervivientes¹⁶.

Esta dimensión de la satisfacción familiar está influida por múltiples factores, que incluyen el cuidado del paciente, la información dada acerca del proceso que presenta, el grado de cohesión del equipo de profesionales que trabajan en la UCI, la organización intrínseca de la unidad y el apoyo prestado durante el proceso de la toma de decisiones.

En general, las UCI suelen ser lugares donde la tecnología y la efectividad práctica predominan sobre las relaciones personales y la calidad humana.

A nivel personal, el ingreso de un paciente en la UCI supone una desestructuración total del núcleo familiar, no solo desde un punto de vista físico, sino también desde el punto de vista psicológico y emocional^{2,17}. Si se considera a la familia como un conjunto donde todos y cada uno de sus miembros están interrelacionados, la hospitalización de uno de ellos origina una situación de crisis y desestabilización que repercute en todos sus componentes³.

Las familias han de compaginar sus sentimientos con la comprensión de explicaciones complejas acerca del curso de la enfermedad y, en ocasiones, se ven en la necesidad de participar en la toma de decisiones comprometidas o de aceptar lo inevitable.

Mediante este trabajo pretendemos conocer el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en una UCI, pero queremos avanzar un paso más, ya que pretendemos conocer el grado de satisfacción del propio paciente, cuando sus condiciones clínicas lo permiten.

Pacientes y métodos

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, hospital de tercer nivel, referencia de comunidad autónoma. Se trata de un estudio *transversal, observacional y descriptivo*, llevado a cabo de manera prospectiva durante 5 meses en el año 2011.

El Servicio de Medicina Intensiva se compone de un total de 30 camas de UCI, distribuidas en 2 unidades médico-quirúrgicas y una unidad materno-infantil.

El personal está compuesto por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores, además de personal externo adscrito a la UCI, como administrativos.

La ratio médico:paciente es 1:2-3 durante el período laboral normal y un médico adjunto y un residente por cada una de las 3 unidades anteriormente referidas durante los períodos de guardia. La ratio enfermería:paciente es 1:2 y auxiliar de enfermería:paciente, 1:3-4.

El tipo de pacientes ingresados en la UCI puede ser médico, quirúrgico (cirugía general, neurocirugía, cirugía torácica, cirugía de especialidades), politraumatismos, trasplantes hepático, páncreas-riñón y pulmonar. No se incluye a pacientes cardiológicos ni postoperados de cirugía cardíaca.

Se incluye en el estudio a los pacientes dados de alta de la UCI durante el período descrito, a los familiares que visitaron con asiduidad a dichos pacientes y a los familiares que visitaron a los pacientes que fallecieron durante su estancia en la UCI.

El familiar queda definido como el grupo de personas con estrecha relación familiar, social o emocional con el paciente. Se incluye a aquellos parientes no solo por consanguinidad, sino también por cercanía.

Instrumento de medición

Para medir la *satisfacción familiar* (tanto de pacientes supervivientes como de pacientes fallecidos) el instrumento empleado ha sido el *Cuestionario de Satisfacción FS-ICU 34*, en su versión traducida al español. Se ha realizado alguna modificación lingüística en cuanto a la traducción se refiere para adaptarse mejor a nuestro entorno^{10,12}. Además, se ha incluido un cambio significativo en la valoración de las preguntas referentes a «*otro staff de UCI*», ya que en nuestro medio el staff considerado como «*otro personal de UCI*» que consta en la encuesta original (trabajadores sociales y personal de cuidado pastoral) no existe y se ha sustituido por ítems correspondientes al personal que trabaja en nuestras unidades, auxiliares de clínica y celadores.

Para medir la *satisfacción de los pacientes*, se han adaptado los ítems de la dimensión referente a los *cuidados* perteneciente a la encuesta familiar FS-ICU 34. Se incluyen preguntas con datos demográficos. El resto del cuestionario sigue una estructura paralela al cuestionario familiar, incluyendo los apartados referentes a los cuidados recibidos (en cuanto a preocupación por parte del personal de la UCI y el manejo de síntomas y percepciones como dolor, disnea, angustia, frío o calor), personal de enfermería, personal médico, otro personal de la UCI, si hubieran deseado apoyo religioso o psicológico, el entorno de la UCI (iluminación, ruido, intimidad y confortabilidad), un apartado para la valoración de las visitas y una valoración global de los

cuidados. Finalmente, hay una pregunta en formato abierto de comentarios o sugerencias.

De la misma manera, se ha incluido alguna pregunta más que considerábamos importante en nuestro medio. Así, cumplimos con las recomendaciones de los autores, que aconsejan en su utilización mantener la estructura y la base de las preguntas originales, añadiendo, a criterio de los distintos grupos que la empleen, las preguntas que consideren como extras. En concreto, se han incluido preguntas correspondientes al Servicio Extendido de Cuidados Intensivos (SECI), que forma parte de nuestra UCI, con las características ya descritas previamente¹⁸.

Criterios de exclusión

Como criterio general, han sido excluidos aquellos encuestados menores de edad, que permanecieron en la UCI menos de 24 h, tal y como recomienda la SEMICYUC en el documento «Indicadores de calidad en el enfermo crítico»^{19,20} o que, por diferentes motivos, no serían capaces de contestar el cuestionario.

Proceso de distribución de las encuestas

Los cuestionarios fueron distribuidos por un intensivista que normalmente no tuvo que ver con el manejo del paciente en la UCI durante su ingreso. Las encuestas se entregaron a los pacientes y a los familiares tras 24 h del alta de la UCI, cuando estaban en planta de hospitalización, y se recogieron, al menos, 24 h más tarde.

Las encuestas de los familiares de los pacientes fallecidos fueron enviadas por correo postal pasado un mes del fallecimiento, para respetar en la medida de lo posible el proceso de duelo. De manera adjunta con el cuestionario, se enviaba una carta de explicación del proyecto en la que se incluían nuestras condolencias y un sobre con franqueo pagado para facilitar el proceso de respuesta. Si no se obtenía respuesta en 4 semanas, se enviaba un segundo cuestionario por vía postal, para así aumentar, en lo posible, el número de respondedores.

Estadística

Los datos se presentan como media \pm desviación estándar. Para poder realizar los cálculos estadísticos necesarios, fue preciso realizar una conversión del formato de las respuestas del cuestionario (escala Likert) a una escala numérica 0-100, tal y como proponen los autores, para poder calcular medias y desviaciones estándar, así como el resto de las operaciones, en la que 0 es el peor de los resultados y 100 el mejor.

Se han usado las pruebas de la t de Student o U de Mann-Whitney para comparar variables continuas según la población siguiera una distribución normal o no.

Resultados

Durante el periodo de estudio de 5 meses, un total de 538 pacientes fueron ingresados en la UCI. De estos, 103 pacientes fallecieron durante su ingreso en la UCI (19,14%) y 221

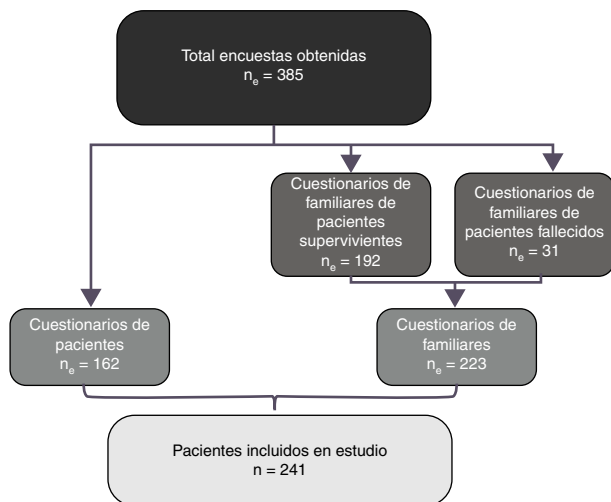


Figura 1 Distribución de las encuestas obtenidas.

pacientes (41,07%) fueron excluidos por diferentes motivos (perdidos del sistema, pacientes ingresados menos de 24 h en la UCI, traslados a otro hospital, pacientes dados de alta del hospital o fallecidos en planta antes de entregarles las encuestas, pacientes sometidos a una consensuada limitación del esfuerzo terapéutico en planta y pacientes con problemas de entendimiento con el idioma).

De los 103 pacientes fallecidos, se enviaron encuestas a 96, de las cuales devolvieron 35, 4 de ellas con los cuestionarios sin rellenar. Esto hace que dispongamos de 31 *encuestas de familiares de pacientes fallecidos*, con una tasa de respuesta para los mismos de 36,45%.

Entre los 214 pacientes supervivientes, nos quedamos con 165, a los que se les distribuyeron las encuestas. Tres pacientes devolvieron los cuestionarios sin rellenar. Así, disponemos de un total de 162 *encuestas de pacientes*.

Entre los 214 familiares de los pacientes supervivientes, se distribuyeron las encuestas a 196. Cuatro familiares devolvieron los cuestionarios sin rellenar. Así, disponemos de un total de 192 *encuestas de familiares de pacientes supervivientes* (fig. 1).

Finalmente, se obtuvieron un total de 155 *pares de cuestionarios*, lo que supone tener el cuestionario de un paciente y el cuestionario correspondiente de su familiar.

Características clínicas y demográficas de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos

La edad media fue de $57,15 \pm 16,10$ años. El 61,8% (149) fueron hombres. El APACHE II medio fue de $15,98 \pm 8,11$ puntos ($n = 237$) y el SOFA, $2,20 \pm 3,40$ puntos ($n = 70$).

La duración de la ventilación mecánica fue de $6,80 \pm 10,15$ días ($n = 147$) y la estancia media fue de $7,12 \pm 16,45$ días ($n = 240$).

En la [tabla 1](#) se muestran las características clínicas y demográficas de los pacientes que han generado, al menos, una encuesta (de familiar o de paciente), según estos hayan sobrevivido o no.

El motivo de ingreso en la UCI se diferencia en causas médicas y en causas quirúrgicas. Entre los primeros, el

17,0% de los pacientes tenían como diagnóstico principal una enfermedad respiratoria, seguido de sepsis (12%) y enfermedad neurológica. Ciento dos pacientes tuvieron más de un diagnóstico de ingreso y 35 pacientes tuvieron 3 o más diagnósticos de ingreso.

En cuanto a las comorbilidades asociadas, 177 pacientes tenían, al menos, una comorbilidad conocida (comorbilidad vascular más frecuentemente y, dentro de ellas, la hipertensión arterial como el antecedente personal más repetido), 88 pacientes tenían 2 comorbilidades y 35 pacientes 3 o más comorbilidades descritas.

Características demográficas de los pacientes encuestados

Ciento sesenta y dos pacientes han sido encuestados. La edad media fue de $54,19 \pm 15,97$ años. El 61,11% (99) fueron hombres y el 68,51%.

Características demográficas de los familiares encuestados

Familiares de pacientes supervivientes

Durante el período de estudio, un total de 192 familiares han sido encuestados.

La edad media fue de $47,52 \pm 12,90$ años. El 65,10% (125) fueron mujeres. El grado de parentesco más frecuentemente repetido fue el de esposas (26,56%), seguido por las hijas (19,27%).

Más de la mitad de los familiares encuestados (106) no habían tenido una experiencia previa en una UCI. La mayor parte de los familiares (124) convivían con el paciente y más del 73% veía al paciente en su domicilio más de una vez por semana.

Familiares de pacientes fallecidos

Treintaiún familiares han sido encuestados por correo postal. Veintitrés de ellos fueron mujeres, con una edad media de $51,81 \pm 16,25$ años.

El grado de parentesco más frecuentemente repetido sigue un patrón similar al de los familiares de los pacientes fallecidos: esposas (35,48%), seguido por sus hijas (29,03%).

Grado de satisfacción

Pacientes

La mayor parte de los pacientes encuestados catalogaron como «muy bueno» su grado de satisfacción global con los cuidados recibidos ($84,71 \pm 12,85$).

Los pacientes concedieron los mejores grados de satisfacción a las habilidades y competencias del personal de enfermería ($94,26 \pm 11,62$), la atención del personal médico ($93,75 \pm 12,25$) y la preocupación y el cuidado recibido por parte del personal de la UCI ($93,51 \pm 11,35$), y la coordinación del cuidado al paciente ($92,07 \pm 14,03$).

Los pacientes concedieron menores grados de satisfacción a los ítems relacionados con el ambiente de la UCI (ruido, intimidad e iluminación, $66,00 \pm 29,05$, $73,97 \pm 24,19$, $76,48 \pm 22,33$, respectivamente) ([tabla 2](#)).

Tabla 1 Características clínicas y demográficas de la muestra de pacientes (n = 241) que han generado, al menos, una encuesta

	Vivos n = 210	Fallecidos n = 31	p
Sexo masculino, n (%)	129 (61,42)	20 (64,51)	0,740
APACHE II score	14,71 ± 7,47	24,26 ± 7,46	0,000
SOFA score	2,09 ± 3,35	3,33 ± 4,13	0,398
Días de ventilación mecánica	7,03 ± 8,44	7,37 ± 8,13	0,847
Días estancia media	7,88 ± 10,55	7,45 ± 8,08	0,830

Tabla 2 Respuesta de los pacientes a los diferentes ítems del cuestionario

	n	Muy bien	Bien	Indif.	Mal	Muy mal	Valor ítem	Ítem Sd
Cuidado recibido								
<i>Preocupación y cuidado del paciente</i>	158	118	39	1	0	0	93,51	11,35
<i>Manejo del dolor</i>	145	91	50	2	1	1	89,48	15,77
<i>Manejo de la disnea</i>	136	76	55	4	0	1	87,68	15,81
<i>Manejo de la angustia</i>	137	71	54	10	1	1	85,21	18,07
<i>Manejo del frío</i>	141	72	55	8	5	1	84,04	20,10
<i>Manejo del calor</i>	139	70	58	7	3	1	84,71	18,67
Cuidado profesional								
<i>Enfermería</i>								
Habilidades y competencias de enfermería	157	123	33	0	1	0	94,26	11,62
Comunicación con enfermería	157	92	44	20	1	0	86,14	18,43
Respeto mostrado	151	100	49	1	1	0	91,06	13,34
Confort proporcionado	149	92	47	8	2	0	88,42	16,57
Disminución de la angustia	144	80	51	11	2	0	86,28	17,44
Satisfacción general con enfermería	154	88	36	30	0	0	84,41	19,81
<i>Personal médico</i>								
Habilidades y competencias de médicos								
Atención médica	159	123	34	1	1	0	93,75	12,25
Confianza transmitida	156	103	46	7	0	0	90,38	14,33
Comunicación con médico								
Frecuencia de información	153	81	50	19	3	0	84,15	19,40
Comprensión de sus explicaciones	154	80	56	14	4	0	84,41	18,98
Satisfacción general con personal médico	156	75	47	32	2	0	81,25	20,60
<i>Auxiliares de enfermería</i>								
Profesionalidad y trato	153	72	46	30	5	0	80,23	21,77
<i>Celadores</i>								
Profesionalidad y trato	152	60	51	37	3	1	77,30	21,97
La Unidad de Cuidados Intensivos								
<i>Iluminación</i>	152	54	62	29	5	2	76,48	22,33
<i>Ruido</i>	138	37	41	35	18	7	65,00	29,05
<i>Intimidación</i>	146	49	55	32	7	3	73,97	24,19
<i>Confortabilidad</i>	143	54	53	32	3	1	77,27	21,58
Visitas								
<i>N.º visitas diarias</i>	150	19	46	43	41	1	88,97	15,30
<i>Seguridad aportada</i>	150	100	45	4	1	0	90,66	14,35
<i>Disminución de la ansiedad</i>	148	89	46	7	5	1	86,65	19,86
<i>Incomodidad de las visitas</i>	135	115	8	4	5	3	19,86	21,95
Satisfacción global	149	77	43	26	2	1	82,38	21,25

En las columnas viene reflejado, por orden, el número de pacientes que ha respondido a cada pregunta, seguido por el número de pacientes que han ido respondiendo a cada una de las categorías de la escala Likert. En las últimas columnas se expresan las medias del grado de satisfacción para cada ítem (Valor ítem) con sus desviaciones estándar (Ítem Sd).

Familiares de pacientes supervivientes

La mayor parte de los familiares encuestados catalogaron como «muy bueno» su grado de satisfacción global con los cuidados recibidos por su familiar y también con el proceso de toma de decisiones ($83,46 \pm 11,83$ y $79,42 \pm 13,58$, respectivamente).

Los familiares concedieron los mejores grados de satisfacción a la preocupación y el cuidado del paciente ($94,31 \pm 11,42$), las habilidades y las competencias del personal médico ($94,15 \pm 11,81$), las habilidades y las competencias del personal de enfermería ($93,75 \pm 11,74$), y la coordinación del cuidado al paciente ($92,07 \pm 14,03$).

Se concedieron menores grados de satisfacción al ambiente de la sala de espera ($60,75 \pm 25,68$) y al apoyo espiritual. El 12% de los familiares hubieran deseado atención religiosa y un 23,33% hubieran deseado apoyo psicológico.

Familiares de los pacientes fallecidos

La mayor parte de los familiares de los pacientes fallecidos en UCI encuestados por correo postal catalogaron como «bueno» su grado de satisfacción global con los cuidados recibidos por su familiar y también con el proceso de toma de decisiones ($80,41 \pm 17,27$ y $79,61 \pm 16,93$, respectivamente).

Este grupo encuestado concedió los mejores grados de satisfacción a la preocupación y cuidado del paciente ($92,50 \pm 19,86$), las preocupaciones y los cuidados recibidos hacia su persona (el propio familiar) ($89,28 \pm 15,85$) y las habilidades y competencias del personal de enfermería ($89,17 \pm 19,34$).

Se concedieron menores grados de satisfacción al ambiente de la sala de espera ($57,14 \pm 33,23$) y a la comunicación con el personal de enfermería ($73,21 \pm 31,12$).

En la [tabla 3](#) se compara el grado de satisfacción entre los familiares de los pacientes supervivientes y los familiares de los pacientes fallecidos, tanto en el proceso de los cuidados como en el proceso de la toma de decisiones, estableciendo el grado de significación estadística ($p < 0,04$).

Servicio Extendido de Cuidados Intensivos

Tanto los pacientes como sus familiares, puntuaron con altos grados de satisfacción el trabajo llevado a cabo por el SECI, catalogando la opinión sobre la iniciativa con $93,75 \pm 12,62$ y $94,41 \pm 12,9$, el cometido del SECI con $91,88 \pm 13,70$ y $92,4 \pm 14,76$, y la satisfacción general con dicho servicio con $84,56 \pm 19,08$ y $82,16 \pm 21,93$, respectivamente, según se trate de pacientes y familiares.

Discusión

La encuesta utilizada (FS-ICU 34) cumple los criterios psicométricos que debe cumplir todo instrumento que pretenda medir la satisfacción de los usuarios¹². Además, respeta las pautas indicadas por la SEMICYUC en su documento de «Indicadores de calidad en el enfermo crítico», en el que la medición de la satisfacción es considerada como un indicador relevante. De hecho, se han cumplido el resto de recomendaciones que figuran en el desglose de las principales características de este indicador (indicador n.º 108)^{19,20}.

El momento en que se entregaron las encuestas a los familiares ingresados en planta de hospitalización, se estableció en el 2.º-3.º día desde el alta. De esta manera, consideramos que ya había transcurrido al menos un día desde el alta de la UCI (tiempo necesario para la adaptación del paciente a la planta de hospitalización, pero no demasiado tiempo como para «olvidar» selectivamente algunos aspectos importantes de la unidad analizados en los cuestionarios). Si hubiera pasado más tiempo, probablemente nos encontraríamos ante una mayor pérdida de estas vivencias. De igual manera, el momento de entrega de los cuestionarios por correo postal, se realizó transcurrido un mes del fallecimiento para tratar de respetar el duelo por la pérdida del familiar, pero sin dejar transcurrir mucho más tiempo para evitar la pérdida de datos.

La tasa de respuesta de pacientes y familiares es muy elevada, cercana al 100%, debido fundamentalmente al trabajo personal de entrega y recogida de las mismas. En cuanto a la tasa de respuesta de los familiares de los pacientes fallecidos, un poco menor que la referida en otros estudios¹⁶, no deja de ser una tasa de respuesta aceptable, teniendo en cuenta la diferente cultura en la manera de vivir el duelo y la pérdida de un ser querido de nuestro medio en comparación con la cultura anglosajona y la dificultad que puede añadir el hecho del esfuerzo sobreañadido de responder una encuesta por correo postal a pesar del dolor por la pérdida de un familiar en una UCI.

En cuanto a las características de los pacientes ingresados en la UCI, es obvio que cuando comparamos pacientes supervivientes con pacientes fallecidos observamos cómo en los segundos la edad y el APACHE II son lógicamente mayores (fallecen más los pacientes de más edad y también los más graves), con grado de significación estadística, sin encontrar diferencias en otros aspectos importantes, como la estancia media o los días de ventilación mecánica ([tabla 1](#)). Los valores de APACHE II son similares a los observados por otros grupos, lo que nos indica que el tipo de pacientes ingresados en nuestra UCI tiene similares características en cuanto a gravedad se refiere.

Los grados de satisfacción son, en general, similares a los descritos en la bibliografía, con valores generales categóricamente catalogados como buenos o muy buenos^{5,10,12,21,22}.

Cuando comparamos el grado de satisfacción entre los familiares de los pacientes fallecidos y los pacientes supervivientes, en general, no encontramos diferencias significativas, en contraste con lo publicado por Wall et al.¹⁶. Solamente hay diferencias reseñables en las habilidades y las competencias del personal médico, peor catalogado por los familiares de los pacientes fallecidos, en el apoyo espiritual y en la inclusión en el proceso de la toma de decisiones, en la esperanza acerca de la recuperación y el acuerdo entre familiares ([tabla 3](#)). Resulta llamativo que los familiares refieran con bajo grado de satisfacción la esperanza transmitida acerca de la recuperación de su familiar gravemente enfermo, lo que quizá refleje la parte de medicina «defensiva» que empleamos en nuestra práctica clínica diaria.

Todos los familiares coinciden en dar los peores valores de satisfacción al ambiente de la sala de espera y este hecho se constata en casi todos los grupos de trabajo, independientemente del estado de esas instalaciones (nuestra UCI en concreto tiene unas infraestructuras nuevas, pero la

Tabla 3 Comparación del grado de satisfacción entre los familiares de los pacientes supervivientes y los familiares de los pacientes fallecidos, tanto en el proceso de los cuidados como en el proceso de la toma de decisiones, estableciendo el grado de significación estadística ($p < 0,04$)

	Familiares de supervivientes			Familiares de fallecidos			p
	N	Valor ítem	Ítem Sd	n	Valor ítem	Ítem Sd	
Cuidado del paciente							
<i>Preocupación y cuidado del paciente</i>	189	94,32	11,42	30	92,50	19,86	0,92
<i>Manejo del dolor</i>	173	91,62	12,44	25	89,00	21,75	0,95
<i>Manejo de la disnea</i>	151	89,40	14,27	21	86,90	20,34	0,88
<i>Manejo de la angustia</i>	155	88,23	15,69	19	84,21	22,38	0,68
<i>Manejo del frío</i>	159	85,38	18,08	20	87,50	20,68	0,37
<i>Manejo del calor</i>	157	85,35	17,23	20	87,50	17,21	0,53
Cuidado del familiar							
<i>Consideración de sus necesidades</i>	186	89,25	15,55	29	83,62	21,42	0,22
<i>Apoyo emocional</i>	174	84,63	19,12	28	81,25	22,18	0,49
<i>Apoyo espiritual</i>	57	75,44	19,76	18	84,72	24,46	0,02
<i>Coordinación del cuidado</i>	186	92,07	14,03	28	88,39	19,82	0,22
<i>Preocupación y cuidados recibidos</i>	188	90,69	14,62	28	89,28	15,85	0,66
Cuidado profesional							
<i>Enfermería</i>							
Habilidades y competencias de enfermería	188	93,75	11,74	30	89,17	19,34	1
Comunicación con enfermería	183	84,15	19,48	28	73,21	31,12	0,12
Respeto mostrado	185	88,51	14,27	27	86,11	18,78	0,71
Bienestar proporcionado	180	87,91	14,10	27	86,11	22,29	0,83
Disminución de la angustia	174	86,35	15,57	25	83,00	23,63	1
Satisfacción general con enfermería	184	82,88	21,05	31	79,84	26,16	0,7
<i>Personal médico</i>							
Habilidades y competencias de médicos							
Atención médica	188	94,15	11,81	31	87,90	18,11	0,03
Confianza transmitida	188	91,35	15,13	30	85,83	20,43	0,07
Comunicación con médico							
Frecuencia de información	188	86,56	19,58	31	83,06	20,80	0,32
Comprensión de sus explicaciones	190	87,50	18,50	30	86,67	23,43	0,78
Satisfacción general con personal médico	188	82,31	20,75	31	79,03	26,70	0,75
<i>Auxiliares de enfermería</i>							
Profesionalidad y trato	185	86,76	15,86	28	86,61	15,93	0,94
<i>Celadores</i>							
Profesionalidad y trato	181	85,22	15,56	26	83,65	15,72	0,6
Atmósfera UCI							
<i>Ambiente sala de espera</i>	179	60,75	25,68	28	57,14	33,23	0,8
Satisfacción global	190	79,61	21,86	31	74,19	26,99	0,35
Necesidades de información							
<i>Facilidad para obtener la información</i>	176	84,66	19,06	31	83,06	21,78	0,86
<i>Comprensión de la información</i>	175	84,86	17,14	31	83,87	23,76	0,69
<i>Honestidad de la información</i>	177	87,99	16,23	31	87,10	23,16	0,63
<i>Exhaustividad de la información</i>	177	86,16	17,65	31	83,87	19,95	0,63
<i>Coherencia de la información</i>	177	83,19	18,17	28	83,93	23,78	0,47
Proceso de toma de decisiones							
<i>Inclusión en el proceso de la toma de decisiones</i>	165	69,24	26,99	31	83,06	29,85	0,0031
<i>Implicación en el momento adecuado</i>	156	87,82	28,04	28	96,43	35,82	0,93
<i>Cantidad de información apropiada</i>	161	82,61	38,02	31	93,54	24,97	0,13
<i>Tiempo necesario para la toma de decisiones</i>	154	89,61	30,61	29	96,55	32,54	0,57
<i>Apoyo en el proceso</i>	154	68,02	21,48	30	63,33	26,04	0,56

Tabla 3 (continuación)

	Familiares de supervivientes			Familiares de fallecidos			p
	N	Valor ítem	Ítem Sd	n	Valor ítem	Ítem Sd	
<i>Control sobre los cuidados</i>	158	62,18	29,29	29	57,76	29,2	0,511
<i>Esperanza acerca de la recuperación</i>	156	58,12	26,52	26	38,46	38,23	0,004
<i>Acuerdo entre los familiares</i>	159	78,77	20,12	30	87,5	20,15	0,007
<i>Tiempo para plantear preocupaciones y preguntas</i>	153	92,16	26,97	28	89,28	31,5	0,62
<i>Cantidad de cuidados prestados</i>	167	80,84	21,07	30	80	24,03	0,98
<i>Satisfacción con el papel de la toma de decisiones</i>	161	76,40	23,43	24	73,96	28,05	0,82

sala de espera está alejada de las unidades y la acumulación de familiares a la entrada de las visitas es una queja repetida)^{23,24}.

En cuanto al grado de satisfacción de los pacientes, llama la atención los altos grados de satisfacción en líneas generales, con peores valores para los aspectos ambientales. El ruido, motivo de repetidos trabajos en nuestro medio, es el factor catalogado con peores puntuaciones²³⁻²⁵.

Los pacientes, curiosamente, catalogan como satisfactorias el número de visitas diarias, que en nuestra UCI son 2 al día, de unos 15 min de duración, contrastando con la idea defendida por otros grupos de que los pacientes requieren más contacto familiar durante su ingreso en la UCI^{24,26,27}.

La valoración del SECI ha sido muy elevada, tanto por los pacientes como por los familiares, incluso con mayores tasas de satisfacción que para el resto de los procesos evaluados, lo que apoya claramente el importante papel que nuestro grupo considera que tiene el SECI, que realiza, entre otras muchas funciones, un seguimiento de los pacientes que han estado ingresados en la UCI y han pasado a planta de hospitalización, complementando así la labor del intensivista fuera de la UCI.

Tradicionalmente, se ha asumido que los familiares de los pacientes ingresados en una UCI son unos buenos representantes de los pacientes, ya que, como se ha comentado, un gran porcentaje no está en condiciones de opinar ni decidir acerca de su enfermedad. Nuestro grupo defiende que si conocemos el grado de satisfacción del propio paciente, aunque se trate del subgrupo de pacientes que están en condiciones de contestar, podremos tener información más certera de la satisfacción en la UCI e incluso llegar a comprobar en un futuro que los familiares sí son unos buenos representantes de los pacientes.

Hasta aquí hemos logrado realizar una instantánea que nos permite conocer el grado de satisfacción del paciente ingresado en una UCI y sus familiares. Hemos comenzado un largo camino y nos queda mucho por andar. El siguiente paso, en el que ya estamos trabajando, es evaluar el grado de concordancia encontrado entre pacientes y sus familiares, para con ello poder determinar si los familiares pueden ser unos adecuados representantes de los pacientes o no, así como medidas de mejora que podemos iniciar partiendo de los datos obtenidos a través de los cuestionarios, ya que la evaluación de la satisfacción no tendría sentido si no sirve para detectar e instaurar medidas de mejora que nos

permitan, poco a poco, alcanzar grados de excelencia en la calidad de nuestras UCI.

Financiación

El presente proyecto ha recibido ayuda económica como Proyecto de Investigación de la Fundación Marqués de Valdecilla (perteneciente a «Ayudas para proyectos de investigación», publicadas en el Boletín Oficial de Cantabria de fecha 8 de octubre del 2010), con referencia API 11/15, proyecto llevado a cabo durante los años 2011-2012.

Por supuesto que la fuente de financiación no ha tenido participación en el diseño del estudio, la colección de datos, el análisis o la interpretación de estos, en la redacción del manuscrito o en la decisión de enviarlo para su publicación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún otro conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwirble WT, Weissfeld LA, Watson RS, Rickert T, et al. Use of intensive care at the end of life in the United States: An epidemiologic study. *Crit Care Med.* 2004;32:638-43.
2. Bailey JJ, Sabbagh M, Loiselle CG, Boileau J, McVey L. Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive Crit Care Nurs.* 2010;26:114-22.
3. Kentish-Barnes N, Lemiale V, Chaize M, Pochard F, Azoulay E. Assessing burden in families of critical care patients. *Crit Care Med.* 2009;37 10 Suppl:S448-56.
4. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med.* 2007;356:469-78.
5. Dodek PM, Heyland DK, Rocker GM, Cook DJ. Translating family satisfaction data into quality improvement. *Crit Care Med.* 2004;32:1922-7.
6. Lederer MA, Goode T, Dowling J. Origins and development: The Critical Care Family Assistance Program. *Chest.* 2005;128 3 Suppl:655-75S.
7. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Jourdain M, Bornstain C, Wernet A, et al. Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of

- intensive care unit patients: A multicenter, prospective, randomized, controlled trial. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002;165:438–42.
8. Miracle VA. Strategies to meet the needs of families of critically ill patients. *Dimens Crit Care Nurs.* 2006;25:121–5.
 9. Santana Cabrera L, Sanchez Palacios M, Hernandez Medina E, Garcia Martul M, Eugenio Ronaina P, Villanueva Ortiz A. Needs of the family of intensive care patients: Perception of the family and the professional. *Med Intensiva.* 2007;31:273–80.
 10. Heyland DK, Tranmer JE, Kingston General Hospital ICU Research Working Group. Measuring family satisfaction with care in the intensive care unit: The development of a questionnaire and preliminary results. *J Crit Care.* 2001;16:142–9.
 11. Gries CJ, Curtis JR, Wall RJ, Engelberg RA. Family member satisfaction with end-of-life decision making in the ICU. *Chest.* 2008;133:704–12.
 12. Heyland DK, Rocker GM, Dodek PM, Kutsogiannis DJ, Konopad E, Cook DJ, et al. Family satisfaction with care in the intensive care unit: Results of a multiple center study. *Crit Care Med.* 2002;30:1413–8.
 13. Rothen HU, Stricker KH, Heyland DK. Family satisfaction with critical care: Measurements and messages. *Curr Opin Crit Care.* 2010;16:623–31.
 14. Karlsson C, Tisell A, Engstrom A, Andershed B. Family members' satisfaction with critical care: A pilot study. *Nurs Crit Care.* 2011;16:11–8.
 15. Stricker KH, Niemann S, Bugnon S, Wurz J, Rohrer O, Rothen HU. Family satisfaction in the intensive care unit: Cross-cultural adaptation of a questionnaire. *J Crit Care.* 2007;22:204–11.
 16. Wall RJ, Curtis JR, Cooke CR, Engelberg RA. Family satisfaction in the ICU: Differences between families of survivors and nonsurvivors. *Chest.* 2007;132:1425–33.
 17. Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert PE, Cheval C, Coloigner M, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *J Crit Care.* 2005;20:90–6.
 18. Holanda Peña MS, Domínguez Artiga MJ, Ots Ruiz E, Lorda de los Ríos MI, Castellanos Ortega A, Ortiz Melón F. SECI (Servicio Extendido de Cuidados Intensivos): mirando fuera de la UCI. *Medicina Intensiva.* 2011;35:349–53.
 19. Martin MC, Cabre L, Ruiz J, Blanch L, Blanco J, Castillo F, et al. Indicators of quality in the critical patient. *Med Intensiva.* 2008;32:23–32.
 20. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Quality indicators in critically ill patients. 2011. Disponible en: http://www.semicyuc.org/sites/default/files/qualityindicators.update_2011.pdf
 21. Stricker KH, Kimberger O, Schmidlin K, Zwahlen M, Mohr U, Rothen HU. Family satisfaction in the intensive care unit: what makes the difference? *Intensive Care Med.* 2009;35:2051–9.
 22. Stricker KH, Kimberger O, Brunner L, Rothen HU. Patient satisfaction with care in the intensive care unit: Can we rely on proxies? *Acta Anaesthesiol Scand.* 2011;55:149–56.
 23. Santana Cabrera L, Ramirez Rodriguez A, Garcia Martul M, Sanchez Palacios M, Martin Gonzalez JC, Hernandez Medina E. Satisfaction survey administered to the relatives of critical patients. *Med Intensiva.* 2007;31:57–61.
 24. Perez Cárdenas MD, Rodríguez Gómez M, Fernandez Herranz AI, Catalán Gonzalez M, Montero gonzalez JC. Evaluation of satisfaction among the relatives of patients admitted to an intensive care unit. *Med Intensiva.* 2004;28:237–49.
 25. Gómez-Carretero P, Monsalve V, Soriano JF, de Andres J. Emotional disorders and psychological needs of patients in an intensive care unit. *Med Intensiva.* 2007;31:318–25.
 26. Santana CL, Sanchez PM, Hernandez ME, Garcia MM, Eugenio RP, Villanueva OA. [Needs of the family of intensive care patients: Perception of the family and the professional]. *Med Intensiva.* 2007;31:273–80.
 27. Sims JM, Miracle VA. A look at critical care visitation: The case for flexible visitation. *Dimens Crit Care Nurs.* 2006;25:175–80.