



ORIGINAL

Satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos: percepción de los familiares y los profesionales[☆]



G. Martos-Casado^{a,*}, A. Aragón-López^b y N. Gutiérrez-Ramos^b

^a Máster Universitario en Ciencias de la Enfermería, UCI Polivalente Hospital General La Mancha Centro, Alcázar de San Juan, Ciudad Real, España

^b Diplomatura Universitaria en Enfermería, UCI Polivalente Hospital General La Mancha Centro, Alcázar de San Juan, Ciudad Real, España

Recibido el 2 de septiembre de 2014; aceptado el 2 de octubre de 2014

Disponible en Internet el 11 de noviembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Relaciones familiares;
Unidad de cuidados intensivos;
Satisfacción personal;
Evaluación de enfermería;
Relaciones profesional-familia

Resumen

Objetivos: Estimar la satisfacción de familiares de pacientes críticos con respecto al entorno asistencial, la relación con los profesionales y el régimen de visitas, y compararla con la percepción de los profesionales.

Metodología: Estudio descriptivo en 2 fases. En la primera fase se realizó encuesta telefónica validada a los 15 días del alta a los familiares de los pacientes. En la segunda fase se entregó el mismo cuestionario modificado autoadministrado para los profesionales.

Resultados: Se entrevistó a 78 familiares y 44 profesionales. El 95% de los profesionales vs el 67% de los familiares afirmaban no conocer el nombre de los profesionales de enfermería ($p < 0,001$). Más del 70% de los profesionales y los familiares coincidían en que el protocolo de visitas es correcto y que la información era adecuada al ingreso. El 70% de los profesionales percibieron que la información recibida al ingreso no es comprendida por los familiares, aunque un 97% de los familiares afirmaban sí haberla comprendido. Se observan diferencias estadísticamente significativas en relación con la valoración sobre la localización de la unidad, la sala de espera, la de información y aspectos de la comodidad, siendo siempre los profesionales los que estimaban mayor insatisfacción ($p < 0,05$).

Conclusiones: La percepción de los familiares y los profesionales fue mayoritariamente desigual, por lo que consideramos necesario continuar explorando las diferencias a través de metodologías cualitativas y participativas.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. y SEEIUC. Todos los derechos reservados.

[☆] Tercer premio a la mejor comunicación oral SEEIUC 2014.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gmartosc@gmail.com (G. Martos-Casado).

KEYWORDS

Family relations;
Intensive care unit;
Personal satisfaction;
Nursing assessment;
Professional-family
relations

Satisfaction of relatives of the patients admitted to an intensive care unit: Perceptions of relatives and professionals**Abstract**

Objectives: To estimate the satisfaction of relatives of critical care patients with regard to the environment, relationship with professionals and visitation and compare it to the perception of professionals.

Methodology: A descriptive study in two phases. In the first phase validated telephone survey within 15 days of discharge to the relatives of the patients was performed. In the second phase, the same modified questionnaire was self-administered to the professionals. The same variables were studied in both populations.

Results: We interviewed 78 family members and 44 professionals. 95% of professionals vs 67% of the families claimed not to know the name of the nurses ($P < .001$). Over 70% of professionals and families agreed that the visit protocol is correct and that the information was adequate income. 70% of professionals felt that the information received at admission is not understood by the family although 97% of households claimed to have understood themselves. Statistically significant differences were observed in relation to the location of the unit assessment, the waiting, the aspects of information and comfort, always being the professionals who felt greater dissatisfaction ($P < .05$).

Conclusions: The perceptions of relatives and professionals were mostly uneven, making it necessary to continue exploring the differences through qualitative and participatory methodologies.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. and SEEUC. All rights reserved.

Introducción

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) se caracterizan por ser lugares cerrados donde las visitas restrictivas hacen difícil el acceso a los familiares de los pacientes ingresados¹. La gravedad del paciente, el predominio de una concepción biomédica y la importancia de la tecnología frente a las relaciones humanas favorecen que las necesidades de los familiares no sean tenidas en cuenta^{2,3}.

La estancia en una UCI provoca alteraciones emocionales en el enfermo⁴ originadas, entre otras causas, por la gravedad de su situación, las dificultades de comunicación y el aislamiento que le produce estar lejos de sus seres queridos. Esto se alivia con el contacto y la presencia de los familiares⁵, los cuales también manifiestan sus propias necesidades, como pueden ser la de comunicación, seguridad, información o comodidad^{6,7}. Habitualmente se ven desbordados por la difícil toma de decisiones, la incertidumbre y la aceptación de la situación⁵. Todos estos aspectos se han recogido desde hace más de 2 décadas en numerosos estudios⁷⁻¹⁰. Pone de manifiesto que hay un cambio real de tendencia en algunos profesionales de enfermería hacia la atención de los familiares de pacientes de cuidados críticos^{8,11,12}, aceptándose la familia como unidad de cuidados y que juega un papel importante en la recuperación del enfermo^{2,13}. Además, se reflejan nuevas estrategias de intervención, como por ejemplo modelos de trabajos multidisciplinares^{14,15}, creación de guías de práctica clínica^{13,16,17}, protocolos de acogida¹⁸ y la flexibilización del régimen de visitas para integrar a las familias^{3,19}. Sin embargo, a pesar de que existen recomendaciones científicas sobre la importancia de la atención a las familias del

paciente crítico, hay certeza de que no se ponen en práctica habitualmente^{14,19-22}.

Se evidencia que hay pocos estudios acerca de las relaciones entre profesionales y familiares. Algunos comparan la satisfacción de las familias con la percepción de los profesionales, pero son escasos y con resultados dispares^{11,23-26}. A nivel metodológico destacan los de corte cuantitativo, aunque recientemente hay un cambio hacia lo cualitativo. Destacan en España el trabajo de Delgado Hito et al.³ y la línea de investigación de Zaforteza et al.^{2,8,11,12,14,20,22} que, a través de un diseño de investigación-acción participativa, han promovido en sus entornos la reflexión con el fin de cambiar la práctica clínica.

Este estudio parte de la percepción en los años que llevamos trabajando en esta UCI de que el personal de enfermería, en general, tiende a evitar el contacto con las familias en las horas de las visitas, y cuando lo hay, este es escaso y cortante.

Como refiere Watson en la teoría del *caring*^{27,28}, creemos que es importante incluir a las familias en el cuidado para tratar al paciente de una manera holística. Para ello inicialmente es importante que conozcamos las necesidades de los familiares y su grado de satisfacción, junto con la percepción de los profesionales. Esto nos ayuda a tener una perspectiva real de la situación y poder planificar estrategias de intervención para prestarles apoyo, asesoramiento y los recursos necesarios para afrontar la situación.

En base a esto, el objetivo de nuestro estudio fue estimar la satisfacción de familiares de pacientes ingresados en nuestra unidad con respecto al entorno asistencial, la relación con los profesionales y el régimen de visitas, y compararla con la percepción de los profesionales.

Método

Diseño

Estudio observacional, analítico de corte transversal en profesionales y familiares de pacientes ingresados en la UCI.

Ámbito de estudio

Este estudio se realizó en 2 fases: la primera desde el 1 de mayo al 31 de julio de 2013, y la segunda desde el 5 de diciembre al 15 de diciembre de 2013.

Se llevó a cabo en la UCI Polivalente del Hospital La Mancha Centro, incluido en la Gerencia de Atención Integrada de Alcázar de San Juan. Es un hospital general secundario con 260 camas. La UCI dispone de 10 camas colocadas en forma de U con un control de enfermería en la parte central. Cuatro de ellas se encuentran en boxes de aislamiento y el resto están separadas por mamparas. La sala de espera de la unidad está compartida con el servicio de Parto y consta de 2 despachos de información a familiares, una sala de consigna con 34 taquillas para acompañantes y un aseo. Relacionado con la visita de los familiares, únicamente se permite el acceso a la unidad durante el horario habilitado para ello. Se organiza en 2 periodos al día de 30 min cada uno. Durante el turno de la mañana, a las 13:00 h, solo pueden acceder 2 familiares, y en el turno de la tarde, a las 19:00 h, pueden acceder 2 familiares con posibilidad de cambio por otros dos a los 15 min. Actualmente no existe protocolo de ingreso escrito que se esté poniendo en práctica por parte del personal de enfermería. Se realiza de forma verbal por parte de los facultativos y se completa por los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería, que recogen los datos telefónicos de los familiares y explican el régimen de visitas la primera vez que los familiares entran en la UCI. La información médica reglada se comunica a los familiares después de la visita de la mañana, salvo circunstancias concretas que precisen información adicional debido a cambios en la evolución de los pacientes.

Población a estudio

A través de un muestreo consecutivo se escogió a todos los familiares de los pacientes ingresados en la UCI que habían sido dados de alta entre el 15 de abril y el 15 de julio de 2013, y a los profesionales de las diferentes categorías que trabajaban en la unidad durante el periodo de recogida de datos. Se incluyó a familiares directos mayores de 18 años que acudían normalmente a las visitas, de los que se disponía de sus datos telefónicos y que accedieron voluntariamente a participar en el estudio; y a los profesionales de la unidad en dicho periodo que también participaron voluntariamente. Se excluyó a los familiares de los pacientes fallecidos y a los profesionales implicados en el estudio, junto con el jefe del servicio y la supervisora de enfermería, por haberles entregado previamente los resultados de la primera fase.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Mediante encuestas estructuradas se recogieron datos demográficos de los pacientes (edad, género, motivo del ingreso, tiempo de estancia en la unidad), de los familiares encuestados (género y parentesco con el enfermo) y de los profesionales (edad, género, categoría profesional, años de experiencia profesional y tiempo en el servicio) y variables relacionadas con condiciones medioambientales (localización de la UCI, sala de espera, sala de información, limpieza y orden, mobiliario, recursos materiales disponibles y comodidad), con el personal médico y de enfermería (identificación, información recibida, relación con la familia y puntualidad) y con el régimen de visitas (horario, tiempo, número de familiares permitido y comodidad).

Recogida de datos

Se utilizó una encuesta ya validada (Pérez Cárdenas et al.)²⁹ en la que se suprimieron 4 preguntas por no ser pertinentes en nuestra unidad. La recogida de datos se llevó a cabo en 2 fases. La primera fase se realizó mediante una entrevista telefónica a los familiares a los 15 días del alta entre el 1 de mayo y el 31 de julio de 2013. Todas las entrevistas fueron efectuadas por la misma persona. En la segunda fase se repartió el mismo cuestionario adaptado y autoadministrado a los profesionales entre el 5 de diciembre y el 15 de diciembre de 2013. Tres enfermeras entregaron la encuesta en mano a todos los profesionales y se habilitó un buzón en la Unidad para depositarlas en el plazo indicado.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por la Dirección de Enfermería del Hospital y apoyado por el departamento de Investigación, Docencia y Formación. A todos los entrevistados se les solicitó el consentimiento informado verbalmente previo a la entrevista o entrega del cuestionario, y se les ofreció la participación voluntaria asegurándoles la confidencialidad.

Análisis de datos

Se resumieron las diferentes variables cuantitativas con medidas de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (desviación estándar o intervalo intercuartílico), y las cualitativas con medidas de frecuencia absoluta y relativa, expresadas como porcentajes.

Los contrastes entre los 2 grupos de encuestados (familiares y profesionales) se realizaron mediante pruebas de Ji cuadrado (test exacto de Fisher si el número de efectivos esperado lo requería) en las variables cualitativas, y con la t de Student (U de Mann-Whitney si las condiciones lo requerían) los indicadores cuantitativos.

Utilizamos un nivel de significación $p < 0,05$.

Todos los cálculos se realizaron con el programa PASW 18.0 (SPSS Inc.).

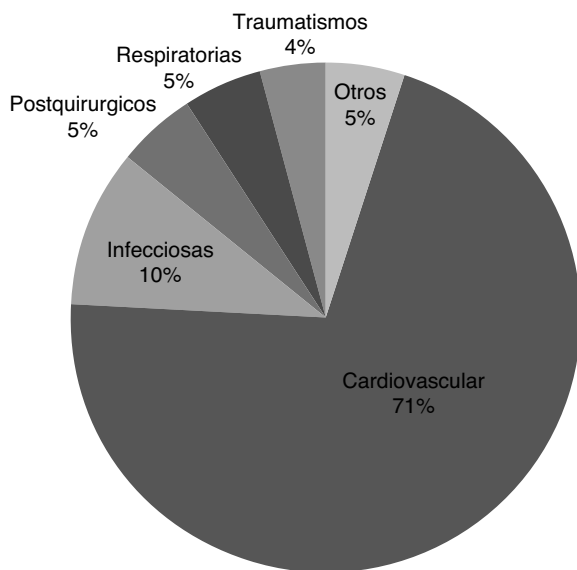


Figura 1 Patología más frecuente de los pacientes ingresados.

Resultados

En el estudio se incluyeron 78 familiares de un total de 124 pacientes ingresados y 44 profesionales de un total de 51. Con respecto a las variables demográficas, el 64% de los pacientes fueron hombres, con una edad media de 64 (DE: 18,3) años, con enfermedades cardiovasculares como patología más frecuente (fig. 1) y una estancia media en la UCI de 5 (DE: 8,6) días. El parentesco más predominante de los familiares entrevistados fueron esposas o hijas, con un 72%.

Respecto a los profesionales encuestados, el 76,2% fueron mujeres, con una edad media próxima a 39 (DE: 6,8) años, con 12 (DE: 6,1) años de media de experiencia en UCI y con un tiempo trabajado en el servicio comprendido entre 2 meses y 19 años.

La mayoría de los profesionales que contestaron fueron enfermeras y técnicos de cuidados auxiliares de enfermería, acumulando un 76% (fig. 2).

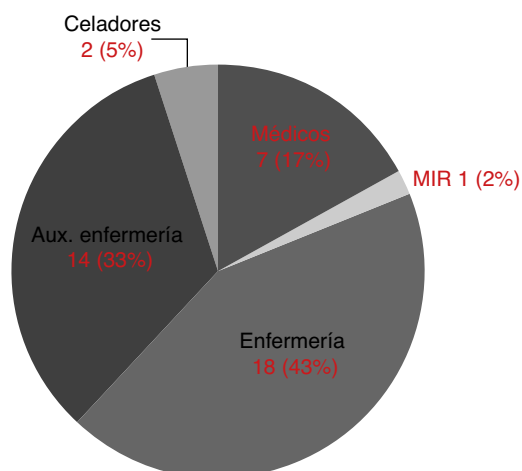


Figura 2 Distribución de los profesionales según categorías.

En el primer bloque del cuestionario se pretendía conocer la opinión de los familiares y profesionales relacionada con las condiciones medioambientales de la unidad. Se realizaron preguntas cerradas sobre la localización de la UCI, sala de espera, sala de información, limpieza, orden y medios disponibles (tabla 1). Además se preguntó sobre la comodidad relativa a los ruidos, la iluminación, la comodidad de la cama y la intimidad. Se utilizó una escala del 0 al 10, donde 0 era la puntuación mínima y 10 la máxima confortabilidad (fig. 3). Los familiares mostraron un alto grado de satisfacción, puntuando positivamente con más frecuencia que los profesionales, que respondieron más negativamente en los aspectos analizados, sobre todo los relacionados con los ruidos y la intimidad.

En el siguiente bloque se analizaron preguntas relacionadas con el personal médico. Se recogieron datos sobre la identificación, la información recibida al ingreso y diariamente, la puntualidad y la percepción que tenían sobre la información recibida (tabla 2).

En el tercer bloque las preguntas estaban centradas en el personal de enfermería, en concreto la identificación, la relación con el mismo y la información recibida sobre cuidados enfermeros específicos como higiene, cuidados de la piel, comunicación, nutrición, estado de ánimo, ayuda espiritual y aparataje (tabla 3).

En las tablas 1-3 puede observarse que existían diferencias estadísticamente significativas entre la satisfacción de los familiares y la percepción de los profesionales.

Por último, el cuarto bloque estaba centrado en el régimen de visitas, donde se valoraba el tiempo permitido, el número de familiares que podían acceder, el horario y la comodidad (tabla 4). Ambos grupos de forma mayoritaria estaban de acuerdo con el régimen de visitas actual, salvo en el horario de visitas, en el que los familiares demandaban mayor flexibilidad.

Discusión

En nuestro estudio se reflejó mediante una encuesta estructurada que la satisfacción que tenían los familiares de pacientes ingresados en las UCI difería en general de la percepción de los profesionales. En España se han publicado 2 estudios similares al nuestro: el de Pérez Cárdenas et al.²⁹, que valoraba con la misma encuesta la satisfacción de los familiares, y el de Santana Cabrera et al.²³, que la utilizaba también para los profesionales.

Con respecto a las condiciones medioambientales, los familiares se encontraban satisfechos, en contraste con los profesionales. En nuestra opinión, ello puede estar relacionado con períodos de estancia cortos en la UCI y con que otros aspectos, como la gravedad del paciente o la información recibida, sean más prioritarios. Sin embargo, al 20% de familiares no les había resultado fácil localizar la UCI, probablemente por la falta de indicaciones. También hubo otro grupo considerable que no encontró adecuada la sala de espera, quizá porque se encuentra muy alejada de la UCI y no existen timbres ni teléfonos para comunicarse, por estar compartida con la sala de espera de paritorio, y la escasez de mobiliario. Lo que sí percibían los profesionales de igual forma que los familiares eran los aspectos relacionados con la limpieza, el orden, el mobiliario y los recursos disponibles.

Tabla 1 Preguntas sobre condiciones medioambientales

Pregunta		Familiares (n = 78)	Profesionales (n = 44)	p
Le ha resultado fácil localizar la UCI el primer día	Sí	61 (78,2%)	5 (11,9%)	< 0,001
	No	17 (21,8%)	37 (88,1%)	
Le parece adecuada la sala de espera de la UCI	Muy adecuada	14 (17,9%)	1 (2,3%)	< 0,001
	Adecuada	52 (66,7%)	9 (20,9%)	
	Poco adecuada	8 (10,3%)	20 (46,5%)	
	Nada adecuada	4 (5,1%)	13 (30,2%)	
La sala de información en UCI le ha resultado	Muy acogedora	51 (66,2%)	2 (4,9%)	< 0,001
	Acogedora	22 (28,6%)	25 (61,0%)	
	Nada acogedora	4 (5,2%)	14 (34,1%)	
	acogedora			
Cómo le pareció la limpieza en general, de la UCI	Muy buena	49 (62,8%)	5 (11,6%)	< 0,001
	Buena	26 (33,3%)	27 (62,8%)	
	Normal	3 (3,8%)	11 (25,6%)	
¿Qué impresión ha tenido del box donde se ubicó su familiar respecto a la limpieza?	Aceptable	77 (98,7%)	42 (98,7%)	> 0,99
	Poco aceptable	1 (1,3%)	1 (1,3%)	
¿Qué impresión ha tenido del box donde se ubicó su familiar respecto al orden?	Aceptable	77 (98,7%)	37 (86,0%)	0,008
	Poco aceptable	1 (1,3%)	6 (14,0%)	
Le parecen suficientes los medios (sábanas, mantas, almohadas. . .) de que disponemos?	Sí	74 (94,9%)	22 (51,2%)	< 0,001
	No	4 (5,1%)	21 (48,8%)	
Le parece que el mobiliario está. . .	Actualizado	73 (93,6%)	31 (73,8%)	0,01
	Poco actualizado	4 (5,1%)	9 (21,4%)	
	Nada actualizado	1 (1,3%)	2 (4,8%)	
	actualizado			
Durante su estancia en UCI, le parece que su familiar ha estado confortable respecto a: ^a	Ruidos	8 (2)	4 (3)	< 0,001
	Iluminación	8 (2)	7 (4)	< 0,001
	Comodidad	8 (2)	5 (3)	< 0,001
	(cama)	8 (3)	3 (4)	< 0,001
	Intimidad			

Resultados expresados en n (%) salvo.

^a Mediana (intervalo intercuartílico); se utilizó una escala del 0 al 10, donde 0 era la puntuación mínima y 10 la máxima confortabilidad.

Nuestros resultados son semejantes a los de Santana Cabrera et al.²³, excepto en que los familiares estaban muy satisfechos con la facilidad para localizar la UCI. Esta misma opinión también era compartida por los familiares del estudio de Pérez Cárdenas et al.²⁹, aunque diferían en que la sala de información les resultó poco acogedora y no estaban satisfechos con el ruido y con la intimidad. Esta diferencia puede deberse a las instalaciones antiguas de su servicio, frente a la sala de información recientemente reformada del nuestro. En cuanto a la intimidad, comentan que no tenían medios para individualizar los boxes, al contrario que en nuestra UCI, que disponemos de mamparas y biombos.

La satisfacción de los familiares con respecto a la información recibida por el personal médico, en general, era muy elevada, hecho que contrasta con lo percibido por los profesionales, que valoraban negativamente la comprensión al ingreso, la información previa a la realización de pruebas externas y la puntualidad a la hora de informar. Los profesionales pueden pensar que los familiares no comprenden la información por la situación de estrés a la que se enfrentan.

Desde nuestro punto de vista, en la UCI se da prioridad a la realización de técnicas y pruebas antes que a la puntualidad o la información previa si es algo de carácter muy urgente. Estos datos son similares a los obtenidos por Santana Cabrera et al.²³.

Los familiares coincidían con los profesionales en que conocían más el nombre de los médicos que del personal de enfermería. Aun así, opinaban que la relación con los últimos era fluida. Destacar que 9 de cada 10 profesionales encuestados creían que el personal de enfermería solo se identificaba algunas veces o casi nunca, y que la relación era poco fluida o inexistente.

Ambos grupos referían estar satisfechos con la información al ingreso por parte del personal de enfermería. En nuestra unidad no hay protocolo de ingreso establecido, pero los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería se encargan de informar sobre las normas de la UCI y los horarios.

En relación con la información sobre cuidados enfermeros específicos, aparataje y ayuda para comunicarse con el

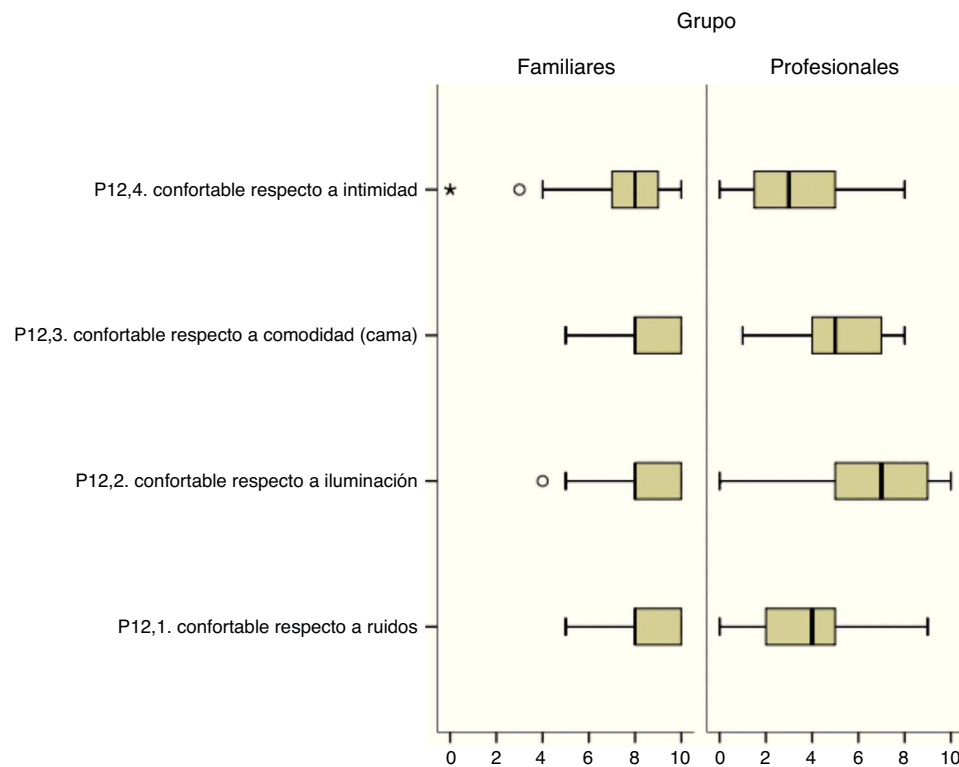


Figura 3 Diagramas de cajas de las respuestas sobre confortabilidad de las condiciones ambientales en UCI en relación con el grupo de encuestados, familiares de pacientes y profesionales de la unidad.

paciente, más de la mitad de los familiares se sentían insatisfechos, aunque su grado de satisfacción fue mayor que la percepción de los profesionales.

Estos resultados difieren con el estudio de Santana Cabrera et al.²³ y nos hacen plantearnos por qué el personal

de enfermería no informa. Una posible respuesta es que la percepción social en torno a la UCI lleva implícita la información médica como algo indispensable. En cambio, el profesional de enfermería es considerado el que proporciona los cuidados a pie de cama y su papel de informador

Tabla 2 Preguntas sobre la relación con el personal médico

Pregunta	Respuestas	Familiares (n = 78)	Profesionales (n = 44)	p
Conocían el nombre de los médicos que atendieron a su familiar durante su estancia en la UCI	Casi siempre	52 (66,7%)	13 (31,0%)	< 0,001
	Algunas veces	26 (33,3%)	22 (52,4%)	
	Casi nunca	-	7 (16,7%)	
A su ingreso ¿fueron informados de la situación clínica de su familiar?	Sí	74 (94,9%)	34 (81,0%)	0,024
	No	4 (5,1%)	8 (19,0%)	
¿Comprendió la información que recibió en el momento del ingreso?	Sí	76 (97,4%)	12 (30,0%)	< 0,001
	No	2 (2,6%)	28 (70,0%)	
La información que diariamente usted ha recibido de su familiar ha sido	Clara	72 (92,3%)	21 (51,2%)	< 0,001
	Poco clara	5 (6,4%)	20 (48,8%)	
	Nada clara	1 (1,3%)	-	
Cuando a su familiar le han realizado alguna exploración fuera de la UCI, ¿ha sido informado previamente por el médico?	Casi siempre	63 (80,8%)	16 (38,1%)	< 0,001
	Algunas veces	15 (19,2%)	24 (57,1%)	
	Casi nunca	-	2 (4,8%)	
¿Le parece adecuada la hora de la información?	Sí	68 (87,2%)	34 (82,9%)	0,53
	No	10 (12,8%)	7 (17,1%)	
¿Ha recibido puntualmente, a la hora establecida, la información de su familiar?	Sí	62 (79,5%)	10 (23,8%)	< 0,001
	No	16 (20,5%)	32 (76,2%)	

Resultados expresados en n (%).

Tabla 3 Preguntas sobre la relación con el personal de enfermería

Pregunta	Respuestas	Familiares (n = 78)	Profesionales (n = 44)	p
<i>¿Conocían el nombre del personal de enfermería que atendió a su familiar durante la estancia en UCI?</i>	Casi siempre	26 (33,3%)	2 (4,8%)	< 0,001
	Algunas veces	52 (66,7%)	19 (45,2%)	
	Casi nunca	–	21 (50,0%)	
	Fluida	61 (78,2%)	12 (28,6%)	
<i>La relación con el personal de enfermería fue:</i>	Poco fluida	13 (16,7%)	24 (57,1%)	< 0,001
	Inexistente	4 (5,1%)	6 (14,3%)	
	<i>Durante el ingreso, ¿recibió por parte del personal de enfermería la información suficiente respecto a horarios, normas de la unidad...?</i>	Sí	67 (85,9%)	
No	11 (14,1%)	8 (19,5%)		
<i>Diariamente ¿estaban informado de los cuidados enfermeros de su familiar respecto a:</i>				
Higiene del paciente	Sí	34 (43,6%)	11 (26,2%)	0,06
	No	44 (56,4%)	31 (73,8%)	
Cuidados de la piel	Sí	35 (44,9%)	7 (17,1%)	0,003
	No	43 (55,1%)	34 (82,9%)	
Nivel de comunicación con el paciente	Sí	42 (53,8%)	17 (40,5%)	0,16
	No	36 (46,2%)	25 (59,5%)	
Nutrición recibida	Sí	35 (44,9%)	8 (19,0%)	0,005
	No	43 (55,1%)	34 (81,0%)	
Estado de ánimo del paciente	Sí	36 (46,2%)	17 (40,5%)	0,55
	No	42 (53,8%)	25 (59,5%)	
Ayuda espiritual	Sí	12 (15,4%)	11 (26,2%)	0,15
	No	66 (84,6%)	31 (73,8%)	
Cuando entró por primera vez en UCI, ¿alguien le informó de aparatos, alarmas, sistemas de monitorización, etc.?	Sí	11 (14,1%)	2 (4,7%)	0,13
	No	67 (85,9%)	41 (95,3%)	
¿Recibió por parte de los profesionales de enfermería ayuda para facilitarle la comunicación con su familiar?	Sí	24 (30,8%)	17 (41,5%)	0,24
	No	54 (69,2%)	24 (58,5%)	

Resultados expresados en n (%).

Tabla 4 Preguntas sobre el régimen de visitas

Pregunta	Respuestas	Familiares (n = 78)	Profesionales (n = 44)	p
¿El horario de visitas le parece adecuado?	Sí	55 (70,5%)	23 (76,2%)	0,51
	No	23 (29,5%)	10 (23,8%)	
¿Le parece que debería cambiarse la hora de visitas?	Sí	33 (42,3%)	9 (22,0%)	0,03
	No	45 (57,7%)	32 (78,0%)	
¿Considera insuficiente el tiempo estipulado para las visitas?	Sí	42 (53,8%)	19 (45,2%)	0,37
	No	36 (46,2%)	23 (54,8%)	
¿Le parecería adecuado poder visitar a su familiar en horario abierto desde las 10 h hasta las 23 h?	Sí	17 (21,8%)	4 (9,8%)	0,10
	No	61 (78,2%)	37 (90,2%)	
¿Le parece escaso el número de familiares que pueden visitar a su familiar actualmente?	Sí	29 (37,2%)	21 (50,0%)	0,17
	No	49 (62,8%)	21 (50,0%)	
¿Preferiría sentarse para permanecer con su familiar a la hora de visita?	Sí	33 (42,3%)	37 (90,2%)	< 0,001
	No	45 (57,7%)	4 (9,8%)	

Resultados expresados en n (%).

pasa a segundo plano^{2,29}. Otra razón podría ser que en nuestra unidad no existe un protocolo al respecto, no hay consenso con la información médica proporcionada, por lo que teme equivocarse y entrar en conflicto con el personal médico^{3,14}. Además, el personal de enfermería no se siente preparado para ello por falta de habilidades de comunicación^{2,11}. Es muy importante formar a los profesionales al respecto para aumentar la satisfacción¹⁵.

Relativo al protocolo de visitas, había concordancia de opiniones entre los familiares y los profesionales. Coincide con el estudio de Santana Cabrera et al.²³, aunque no son comparables con nuestro estudio porque su régimen de visitas era abierto y el nuestro cerrado. Es destacable que ninguno de los grupos encuestados en nuestro estudio estimaba adecuado establecer un régimen abierto.

Hay evidencia en la bibliografía de que la visita abierta aumenta la satisfacción de los familiares^{7,18,24,30}, pero no se corresponde con la realidad de la mayoría de las UCI de nuestro país. Uno de los motivos podría ser que los profesionales se mantienen contrarios, como coincide en nuestro estudio. La razón de esta negativa puede estar relacionada, por una parte, con la idea de que los familiares entorpecen los cuidados, y por otra, con que las UCI no están preparadas para ello^{14,19,20}.

Es muy destacable en los resultados del estudio que hay una reiterada subestimación de la satisfacción que percibían los profesionales en relación con los familiares. Con ello, somos conscientes de la necesidad de reflexionar sobre las causas, implicando a todos los profesionales para poder plantear estrategias de mejora, como han hecho algunos autores a través de diseños de investigación-acción participativa^{3,21,22}.

El estudio presentó una serie de limitaciones. En primer lugar, se excluyeron los familiares de pacientes fallecidos, aunque hay autores que demuestran que no hay diferencias significativas entre los familiares de los pacientes que sobreviven con respecto a los fallecidos^{24,25}. En segundo lugar, las entrevistas fueron realizadas por la misma persona, y aunque se intentó mantener la objetividad, se pudo cometer algún sesgo de información. En tercer lugar, la época pudo condicionar la patología existente, aunque pensamos que en el periodo estudiado no hubo patología estacional. Por último, los resultados de la encuesta reflejan aspectos muy localistas que pueden no ser fácilmente extrapolables. Estos aspectos deberían ser revisados en futuros estudios.

Conclusiones

Preguntar a los familiares de los pacientes y a los profesionales en primera persona tiene una repercusión directa en la práctica clínica, obteniéndose respuestas sobre la realidad que nos servirán para establecer estrategias de mejora. Es necesario motivar a las instituciones para formar a los profesionales en el tema de relación de ayuda, comunicación, afrontación de situaciones críticas... y la creación de equipos específicos de apoyo emocional a pacientes, familiares y profesionales.

Debido a la alta discordancia observada entre la percepción de los familiares y de los profesionales, consideramos imprescindible continuar explorando las diferencias a través de metodologías cualitativas y participativas.

Qué se conoce/qué aporta

Numerosos estudios descriptivos muestran las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos y la importancia de su valoración a través de instrumentos válidos y fiables. Aunque en general no se corresponde con lo que ocurre en la práctica clínica, la literatura muestra que hay un cambio de tendencia hacia modelos más integrativos y multidisciplinares y se han confeccionado guías de práctica clínica y protocolos de acogida en torno a las familias y las visitas en la UCI.

En los últimos años algunos autores están trabajando en proyectos de investigación de corte cualitativo más amplios dirigidos a la reflexión y la acción a través de estrategias participativas. Este estudio pone de manifiesto la heterogeneidad en la percepción de los profesionales y los familiares, poniendo el foco en los aspectos más importantes donde difieren dichas percepciones. Adicionalmente, con este trabajo se ha abierto un periodo de reflexión en nuestra unidad entre los profesionales en torno a los cuidados de las familias. Las conclusiones del estudio nos permitirán en un futuro iniciar intervenciones que mejoren la calidad de los cuidados hacia el paciente y la familia.

Implicaciones del estudio

Preguntar a los familiares de los pacientes y a los profesionales en primera persona tiene una repercusión directa en la práctica clínica, obteniéndose respuestas sobre la realidad que nos servirán para establecer estrategias de mejora. Se debe favorecer el trabajo multidisciplinario, y es necesario motivar a las instituciones para formar a los profesionales en el tema de relación de ayuda, comunicación, afrontación de situaciones críticas... Además, se deben crear equipos específicos para el apoyo emocional de los pacientes, familiares y profesionales. Es necesario introducir metodologías cualitativas para evaluar las razones de las discrepancias en los resultados.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Departamento de Investigación, Docencia y Formación, a la Dirección de Enfermería del Hospital General La Mancha Centro, y a los familiares y profesionales que han participado voluntariamente en el estudio.

Bibliografía

1. Velasco Bueno JM, Prieto de Paula JF, Castillo Morales J, Merino Nogales N, Perea-Milla López E. Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España. *Enferm Intensiva*. 2005;16:73-83.
2. Zaforteza C, Gastaldo D, Pedro JE, Sánchez-Cuenca P, Lastra P. The process of giving information to families of critically ill patients: A field of tension. *Int J Nurs Stud*. 2005;42:135-45.
3. Delgado Hito P, Sola Prado A, Mirabete Rodríguez I, Torrents Ros R, Blasco Afonso M, Barrero Pedraza R, et al. Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación-acción participativa. *Enferm Intensiva*. 2001;12:110-26.
4. Gómez-Carretero P, Monsalve V, Soriano J, de Andrés J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva*. 2007;31:318-25.
5. Llamas-Sánchez F, Flores-Cordón J, Acosta-Mosquera M, González-Vázquez J, Albar-Marín M, Macías-Rodríguez C. Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos. *Enferm Intensiva*. 2009;20:50-7.
6. Hidalgo Fabrellas I, Vélez Pérez Y, Pueyo Ribas E. Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva*. 2007;18:106-14.
7. Pardavila Belio M, Vivar C. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enferm Intensiva*. 2012;23:51-67.
8. Zaforteza C, Sánchez C, Lastra P. Análisis de la literatura sobre los familiares del paciente crítico: es necesario desarrollar investigación en cuidados efectivos. *Enferm Intensiva*. 2008;19:61-70.
9. Bernat J, López J, Fontseca J. Vivencias de los familiares del enfermo ingreso en la unidad de cuidados intensivos. Un estudio cualitativo. *Enferm Clin*. 2000;10:19-30.
10. Henneman EA, McKenzie JB, Dewa CS. An evaluation of interventions for meeting the information needs of families of critically ill patients. *Am J Crit Care*. 1992;1:85-93.
11. Zaforteza Lallemand C, de Pedro Gómez JE, Gastaldo D, Lastra Cubel P, Sánchez-Cuenca López P. ¿Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico? *Enferm Intensiva*. 2003;14:109-19.
12. Zaforteza C, Gastaldo D, Sánchez-Cuenca P, de Pedro JE, Lastra P. Relación entre enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos y familiares: Indicios para el cambio. *Nure Investigación*. 2004;3.
13. Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med*. 2007;35:605-22.
14. Zaforteza Lallemand C, Prieto González S, Canet Ferrer T, Díaz López Y, Molina Santiago M, Moreno Mulet C, et al. Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas. *Enferm Intensiva*. 2010;21:11-9.
15. Shaw DJ, Davidson JE, Smilde RI, Sondoozi T, Agan D. Multidisciplinary team training to enhance family communication in the ICU. *Crit Care Med*. 2014;42:265-71.
16. Bell L. American Association of Critical-Care Nurses Practice Alert. Family Presence: Visitation in the Adult ICU. 2011 [consultado 27 Mar 2013]. Disponible en: <http://www.aacn.org/wd/practice/content/practicealerts/family-visitation-icu-practice-alert.pcms?menu=practice>
17. RNAO. Nursing best practice guideline: Supporting and strengthening families through expected and unexpected life events. 2006 [consultado 27 Mar 2013]. Disponible en: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Supporting_and_Strengthening_Families_Through_Expected_and_Unexpected_Life_Events.pdf
18. Ros RT, Torras EO, Saucedo Fernández M, Sales LS, Sancho CJ. Impacto de los familiares del paciente crítico ante una acogida protocolizada. *Enferm Intensiva*. 2003;14:49-61.
19. Errasti-Ibarrondo B, Tricas-Sauras S. La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. *Enferm Intensiva*. 2012;23:179-88.
20. Zaforteza Lallemand C, García Mozo A, Quintana Carbonero R, Sánchez Calvín C, Abadía Ortiz E, Albert Miró Gayà J. Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿qué opinan los profesionales? *Enferm Intensiva*. 2010;21:52-7.
21. García Mozo A, Sánchez Roldán F, Amorós Cerdá S, Balaguer Albarracín F, Díez Alcalde M, Durán Torres M, et al. Desarrollo de una guía de atención a los familiares del paciente crítico. *Enferm Intensiva*. 2010;21:20-7.
22. Zaforteza Lallemand C, García Mozo A, Amorós Cerdá S, Pérez Juan E, Maqueda Palau M, Delgado Mesquida J. Elementos facilitadores y limitadores del cambio en la atención a los familiares del paciente crítico. *Enferm Intensiva*. 2012;23:121-31.
23. Santana Cabrera L, Sánchez Palacios M, Hernández Medina E, García Martul M, Eugenio Robaina P, Villanueva Ortiz A. Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional. *Med Intensiva*. 2007;31:273-80.
24. Myhren H, Ekeberg Ø, Langen I, Stokland O. Emotional strain, communication, and satisfaction of family members in the intensive care unit compared with expectations of the medical staff: Experiences from a Norwegian University Hospital. *Intensive Care Med*. 2004;30:1791-8.
25. 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.
26. Maxwell KE, Stuenkel D, Saylor C. Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. *Heart Lung*. 2007;36:367-76.
27. Vázquez Calatayud M, Azcoiti E. El cuidado de las familias en las unidades de cuidados intensivos desde la perspectiva de Jean Watson. *Enferm Intensiva*. 2010;21:161-4.
28. Troncoso MP, Suazo SV. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm*. 2007;20:499-503.
29. Pérez Cárdenas M, Rodríguez Gómez M, Fernández Herranz A, Catalán González M, Montejo González J. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*. 2004;28:237-49.
30. Díaz de Durana S, Vila M, Aparicio L, Rodríguez MJ. Organización de las visitas en la unidad de cuidados intensivos coronarios: opinión de todas las personas implicadas. *Enferm Intensiva*. 2004;15:63-75.