

Satisfacción familiar con los cuidados en la Unidad de Cuidados Intensivos: FS-ICU 24R©

¿Cómo lo estamos haciendo?





















Nos gustaría conocer su opinión sobre el reciente ingreso de su familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Su familiar ha sido un paciente ingresado en el Servicio de Medicina Intensiva de este hospital. Las siguientes preguntas dirigidas a **USTED** se refieren al **más reciente ingreso de su familiar en la UCI**. Entendemos que probablemente han estado involucrados en el cuidado de su familiar varios médicos, enfermeras y otros miembros del equipo. Sabemos que puede haber excepciones pero nos interesa su **valoración general** acerca de la calidad del cuidado proporcionado. Entendemos que pudo ser un momento muy difícil para usted y para los miembros de su familia, por lo que agradecemos el tiempo que nos presta para ofrecernos su opinión. Le pedimos dedique un momento para contarnos cómo considera que hicimos nuestro trabajo y qué podemos hacer para mejorar nuestra UCI. **Tenga por seguro que todas las respuestas son confidenciales.** El personal médico y de enfermería que trató a su familiar no podrá identificar sus respuestas.

PARTE 1: SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO


Por favor, marque la casilla que mejor refleje su punto de vista. Si la pregunta no se puede aplicar a la estancia de su familiar, marque la casilla "No aplicable" (N/A).

¿CÓMO TRATAMOS A SU FAMILIAR (EL PACIENTE)? CUÁL ES SU GRADO DE SATISFACCIÓN CON ...
















- | | | | | | | |
|---|---|---|--|---|--|---------------------------------|
| <p>1. Preocupación y cuidados por parte del personal de la UCI
Cortesía, respeto y compasión mostrado hacia su familiar (el paciente)</p> | 
Muy Insatisfecho
<input type="checkbox"/> 1 | 
Ligeramente Insatisfecho
<input type="checkbox"/> 2 | 
Mayormente Satisfecho
<input type="checkbox"/> 3 | 
Muy Satisfecho
<input type="checkbox"/> 4 | 
Totalmente Satisfecho
<input type="checkbox"/> 5 | N/A
<input type="checkbox"/> |
| <p>2. Manejo de los síntomas
¿Cómo se valoraron y trataron los siguientes síntomas y percepciones de su familiar por parte del personal de la UCI?</p> | | | | | | |
| <p>a. Cómo se valoró y trató por parte del personal de la UCI el dolor de su familiar</p> | 
Muy Insatisfecho
<input type="checkbox"/> 1 | 
Ligeramente Insatisfecho
<input type="checkbox"/> 2 | 
Mayormente Satisfecho
<input type="checkbox"/> 3 | 
Muy Satisfecho
<input type="checkbox"/> 4 | 
Totalmente Satisfecho
<input type="checkbox"/> 5 | N/A
<input type="checkbox"/> |
| <p>b. Cómo se valoró y trató por parte del personal de la UCI la falta de aliento/dificultad para respirar de su familiar</p> | 
Muy Insatisfecho
<input type="checkbox"/> 1 | 
Ligeramente Insatisfecho
<input type="checkbox"/> 2 | 
Mayormente Satisfecho
<input type="checkbox"/> 3 | 
Muy Satisfecho
<input type="checkbox"/> 4 | 
Totalmente Satisfecho
<input type="checkbox"/> 5 | N/A
<input type="checkbox"/> |
| <p>c. Cómo se valoró y trató por parte del personal de la UCI la angustia /agitación de su familiar</p> | 
Muy Insatisfecho
<input type="checkbox"/> 1 | 
Ligeramente Insatisfecho
<input type="checkbox"/> 2 | 
Mayormente Satisfecho
<input type="checkbox"/> 3 | 
Muy Satisfecho
<input type="checkbox"/> 4 | 
Totalmente Satisfecho
<input type="checkbox"/> 5 | N/A
<input type="checkbox"/> |

**¿Cómo lo estamos haciendo?
Su opinión acerca del ingreso de su familiar en la UCI**

¿CÓMO LE TRATAMOS A USTED? CUÁL ES SU GRADO DE SATISFACCIÓN CON ...

3.	Consideración de sus necesidades? Cómo fue el interés mostrado por el personal de la UCI acerca de sus necesidades (las de usted)	 Muy Insatisfecho <input type="checkbox"/> 1	 Ligeramente Insatisfecho <input type="checkbox"/> 2	 Mayormente Satisfecho <input type="checkbox"/> 3	 Muy Satisfecho <input type="checkbox"/> 4	 Totalmente Satisfecho <input type="checkbox"/> 5	N/A <input type="checkbox"/>
4.	Apoyo emocional? Cómo fue el apoyo emocional que usted recibió por parte del personal de la UCI.	 Muy Insatisfecho <input type="checkbox"/> 1	 Ligeramente Insatisfecho <input type="checkbox"/> 2	 Mayormente Satisfecho <input type="checkbox"/> 3	 Muy Satisfecho <input type="checkbox"/> 4	 Totalmente Satisfecho <input type="checkbox"/> 5	N/A <input type="checkbox"/>
5.	Coordinación del cuidado? Valore el trabajo en equipo de todo el personal que atendió a su familiar.	 Muy Insatisfecho <input type="checkbox"/> 1	 Ligeramente Insatisfecho <input type="checkbox"/> 2	 Mayormente Satisfecho <input type="checkbox"/> 3	 Muy Satisfecho <input type="checkbox"/> 4	 Totalmente Satisfecho <input type="checkbox"/> 5	N/A <input type="checkbox"/>
6.	Preocupación y cuidado por los profesionales de la UCI: Cortesía, compasión y respeto mostrado hacia usted.	 Muy Insatisfecho <input type="checkbox"/> 1	 Ligeramente Insatisfecho <input type="checkbox"/> 2	 Mayormente Satisfecho <input type="checkbox"/> 3	 Muy Satisfecho <input type="checkbox"/> 4	 Totalmente Satisfecho <input type="checkbox"/> 5	N/A <input type="checkbox"/>






EL PERSONAL DE LA UCI: CUÁL ES SU GRADO DE SATISFACCIÓN CON ...

7.	Habilidades y competencias del personal de enfermería: Cómo cuidaron a su familiar las enfermeras de la unidad.	 Muy Insatisfecho <input type="checkbox"/> 1	 Ligeramente Insatisfecho <input type="checkbox"/> 2	 Mayormente Satisfecho <input type="checkbox"/> 3	 Muy Satisfecho <input type="checkbox"/> 4	 Totalmente Satisfecho <input type="checkbox"/> 5	N/A <input type="checkbox"/>
8.	Frecuencia de comunicación con las enfermeras de la UCI: Con qué frecuencia el personal de enfermería hablaba con ustedes acerca del estado de su familiar.	 Muy Insatisfecho <input type="checkbox"/> 1	 Ligeramente Insatisfecho <input type="checkbox"/> 2	 Mayormente Satisfecho <input type="checkbox"/> 3	 Muy Satisfecho <input type="checkbox"/> 4	 Totalmente Satisfecho <input type="checkbox"/> 5	N/A <input type="checkbox"/>
9.	Habilidades y competencias del personal médico de la UCI (todos los médicos, incluidos los residentes)? Cómo considera que atendieron los médicos a su familiar.	 Muy Insatisfecho <input type="checkbox"/> 1	 Ligeramente Insatisfecho <input type="checkbox"/> 2	 Mayormente Satisfecho <input type="checkbox"/> 3	 Muy Satisfecho <input type="checkbox"/> 4	 Totalmente Satisfecho <input type="checkbox"/> 5	N/A <input type="checkbox"/>

**¿Cómo lo estamos haciendo?
Su opinión acerca del ingreso de su familiar en la UCI**






LA SALA DE ESPERA

10. ¿Cuál es su grado de satisfacción con el ambiente de la sala de espera?






					N/A
Muy Insatisfecho	Ligeramente Insatisfecho	Mayormente Satisfecho	Muy Satisfecho	Totalmente Satisfecho	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

LA UCI






11. ¿Cuál es su grado de satisfacción con la atmósfera (el ambiente) de la UCI?

					N/A
Muy Insatisfecho	Ligeramente Insatisfecho	Mayormente Satisfecho	Muy Satisfecho	Totalmente Satisfecho	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>






12. ¿Cuál es su grado de satisfacción con su participación en las rondas diarias/los pases de visita?

					N/A
Muy Insatisfecho	Ligeramente Insatisfecho	Mayormente Satisfecho	Muy Satisfecho	Totalmente Satisfecho	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

13. ¿Cuál es su grado de satisfacción con su participación en el cuidado de su familiar críticamente enfermo?

					N/A
Muy Insatisfecho	Ligeramente Insatisfecho	Mayormente Satisfecho	Muy Satisfecho	Totalmente Satisfecho	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

14. Algunas personas prefieren que se realicen todos los cuidados referentes a su salud, mientras que otras no desean tantos cuidados. ¿Cuál es su grado de satisfacción con el NIVEL o la cantidad de cuidados que su familiar recibió en la UC

					N/A
Muy Insatisfecho	Ligeramente Insatisfecho	Mayormente Satisfecho	Muy Satisfecho	Totalmente Satisfecho	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

**¿Cómo lo estamos haciendo?
Su opinión acerca del ingreso de su familiar en la UCI**

**PARTE 2: SATISFACCIÓN FAMILIAR CON EL PROCESO DE LA TOMA DE DECISIONES ACERCA DEL CUIDADO DE LOS
PACIENTES INGRESADOS EN UCI**































INSTRUCCIONES PARA LA FAMILIA DEL PACIENTE CRÍTICO

Esta parte del cuestionario está diseñada para medir cómo valora usted SU implicación en las decisiones relacionadas con el estado de salud de su familiar. En la UCI su familiar ha recibido cuidados procedentes de diferentes personas. Nos gustaría saber lo que usted opina acerca de todos esos cuidados proporcionados a su familiar.

Por favor, marque la casilla que mejor refleje su punto de vista. Si la pregunta no se puede aplicar a la estancia de su familiar, marque la casilla "No aplicable" (N/A).

NECESIDADES DE INFORMACIÓN

CUÁL ES SU GRADO DE SATISFACCIÓN CON...

- | | | | | | | |
|---|---|---|--|---|--|---------------------------------|
| <p>15. Frecuencia de la comunicación con los médicos de la UCI?
Con qué frecuencia el personal médico le informaba acerca del estado de su familiar.</p> | 
Muy Insatisfecho
<input type="checkbox"/> 1 | 
Ligeramente Insatisfecho
<input type="checkbox"/> 2 | 
Mayormente Satisfecho
<input type="checkbox"/> 3 | 
Muy Satisfecho
<input type="checkbox"/> 4 | 
Totalmente Satisfecho
<input type="checkbox"/> 5 | N/A
<input type="checkbox"/> |
| <p>16. Facilidad para obtener información?
Voluntad del personal de la UCI para contestar a sus preguntas.</p> | 
Muy Insatisfecho
<input type="checkbox"/> 1 | 
Ligeramente Insatisfecho
<input type="checkbox"/> 2 | 
Mayormente Satisfecho
<input type="checkbox"/> 3 | 
Muy Satisfecho
<input type="checkbox"/> 4 | 
Totalmente Satisfecho
<input type="checkbox"/> 5 | N/A
<input type="checkbox"/> |
| <p>17. Comprensión de la información?
Cómo de comprensibles fueron las explicaciones proporcionadas por el personal de la UCI.</p> | 
Muy Insatisfecho
<input type="checkbox"/> 1 | 
Ligeramente Insatisfecho
<input type="checkbox"/> 2 | 
Mayormente Satisfecho
<input type="checkbox"/> 3 | 
Muy Satisfecho
<input type="checkbox"/> 4 | 
Totalmente Satisfecho
<input type="checkbox"/> 5 | N/A
<input type="checkbox"/> |
| <p>18. Honestidad de la información?
Integridad de la información proporcionada sobre el estado de su familiar.</p> | 
Muy Insatisfecho
<input type="checkbox"/> 1 | 
Ligeramente Insatisfecho
<input type="checkbox"/> 2 | 
Mayormente Satisfecho
<input type="checkbox"/> 3 | 
Muy Satisfecho
<input type="checkbox"/> 4 | 
Totalmente Satisfecho
<input type="checkbox"/> 5 | N/A
<input type="checkbox"/> |
| <p>19. Información completa y suficiente?
Cómo era usted informado por el personal de la UCI sobre lo que le estaba pasando a su familiar y cómo se estaban haciendo las cosas.</p> | 
Muy Insatisfecho
<input type="checkbox"/> 1 | 
Ligeramente Insatisfecho
<input type="checkbox"/> 2 | 
Mayormente Satisfecho
<input type="checkbox"/> 3 | 
Muy Satisfecho
<input type="checkbox"/> 4 | 
Totalmente Satisfecho
<input type="checkbox"/> 5 | N/A
<input type="checkbox"/> |
| <p>20. Consistencia de la información?
La coherencia de la información recibida acerca del estado de su familiar (Recibió una información similar del diferente personal de la UCI, médicos, enfermeras, etc.)</p> | 
Muy Insatisfecho
<input type="checkbox"/> 1 | 
Ligeramente Insatisfecho
<input type="checkbox"/> 2 | 
Mayormente Satisfecho
<input type="checkbox"/> 3 | 
Muy Satisfecho
<input type="checkbox"/> 4 | 
Totalmente Satisfecho
<input type="checkbox"/> 5 | N/A
<input type="checkbox"/> |

**¿Cómo lo estamos haciendo?
Su opinión acerca del ingreso de su familiar en la UCI**

PROCESO DE TOMA DE DECISIONES

Durante la estancia de su familiar en la UCI, se han tomado muchas decisiones importantes acerca del cuidado que él o ella recibió. De las siguientes preguntas, marque sólo **UNA** respuesta, la que mejor exprese su punto de vista:

21. ¿Se sintió incluido/a en el proceso de toma de decisiones?

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

22. ¿Se sintió apoyado/a en el proceso de toma de decisiones?

- 1 Me sentí totalmente desamparado/a
- 2 Me sentí ligeramente desamparado/a
- 3 No me sentí ni apoyado/a ni desamparado/a
- 4 Me sentí apoyado/a
- 5 Me sentí muy apoyado/a

23. ¿Le pareció que usted tuvo el control sobre los cuidados que recibió su familiar?

- 1 Me sentí realmente apartado y el equipo de profesionales se hizo cargo y dictó la atención y los cuidados que mi familiar recibió.
- 2 Me sentí algo apartado y el equipo de profesionales se hizo cargo y dictó la atención y los cuidados que mi familiar recibió.
- 3 Ni me sentí apartado/a ni tampoco sentí tener el control
- 4 Sentí que tuve algo de control sobre los cuidados que mi familiar recibió
- 5 Sentí que tuve buen control sobre los cuidados que mi familiar recibió

24. Durante el proceso de la toma de decisiones, tuvo usted el tiempo adecuado para resolver sus inquietudes y responder a sus preguntas?

- 1 El tiempo que tuve fue totalmente inadecuado
- 2 El tiempo que tuve fue ligeramente inadecuado
- 3 El tiempo que tuve fue adecuado
- 4 El tiempo que tuve fue más que adecuado
- 5 Tuve gran cantidad de tiempo

**¿Cómo lo estamos haciendo?
Su opinión acerca del ingreso de su familiar en la UCI**

Si su familiar falleció durante su estancia en UCI, por favor responda a las siguientes cuestiones (25-27). Si su familiar no falleció, por favor pase a la pregunta nº 28.

25. Cuál de las siguientes cuestiones describe mejor su punto de vista:

- 1 Sentí que la vida de mi familiar fue prolongada de manera innecesaria
- 2 Sentí que la vida de mi familiar fue ligeramente prolongada de manera innecesaria
- 3 Sentí que la vida de mi familiar no fue ni prolongada ni acortada innecesariamente
- 4 Sentí que la vida de mi familiar fue ligeramente acortada de manera innecesaria
- 5 Sentí que la vida de mi familiar fue acortada de manera innecesaria

26. Durante los últimos momentos de vida de su familiar, ¿cuál de las siguientes describe mejor su punto de vista?

- 1 Sentí que él/ella estaba muy incómodo/a
- 2 Sentí que él/ella estaba incómodo/a
- 3 Sentí que él/ella estaba la mayor parte del tiempo cómodo/a
- 4 Sentí que él/ella estaba muy cómodo/a
- 5 Sentí que él/ella estaba totalmente cómodo/a

27. Durante las últimas horas de vida de su familiar, ¿cuál de las siguientes 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

***¿Cómo lo estamos haciendo?
Su opinión acerca del ingreso de su familiar en la UCI***

28. **¿Tiene alguna sugerencia sobre cómo mejorar los cuidados proporcionados en la UCI?**

29. **¿Le gustaría comentar algo que hicimos bien?**

30. **¿Tiene alguna sugerencia sobre cómo mejorar su experiencia en UCI tanto para usted como para su familiar?**

¿Cómo lo estamos haciendo?
Su opinión acerca del ingreso de su familiar en la UCI

DATOS DEMOGRÁFICOS:

Por favor, complete los siguientes datos para ayudarnos a conocer un poco más acerca de usted y su relación con el paciente.

1. Soy: Hombre Mujer Otro

2. Tengo _____ años

3. Mi relación con el paciente es:

- Esposa Marido Pareja
 Madre Padre Hermana Hermano
 Hija Hijo Otro (Por favor especifique: _____)

4. Antes de este episodio, ¿ ha tenido usted a algún otro familiar ingresado en UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) ?

Sí No

5. ¿Vive usted habitualmente con el paciente? Sí No

Si su respuesta es No, con qué frecuencia ve usted al paciente ?

- Más de una vez por semana Semanalmente Mensualmente Anualmente
 Menos de una vez al año

6. ¿ Dónde vive usted?

En la misma ciudad del hospital Fuera de la ciudad

7. ¿Cuál es su nivel de estudios ?

- No completé el graduado escolar/Graduado ESO
 Graduado escolar /Graduado ESO
 Formación profesional
 Estudios universitarios
 Doctorad

Le agradecemos su participación y su opinión. Con su colaboración nos ayuda a mejorar en nuestro trabajo.