

Nº de identificación:

____ : ____
box. Pt #

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

¿Cómo lo estamos haciendo?

Sus opiniones acerca del reciente ingreso de su familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

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

DATOS DEMOGRAFICOS:

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

1. Sexo: Hombre Mujer

2. Edad: tengo _____ años

3. Soy su :

___ Esposa

___ Esposo

___ Pareja

___ Madre

___ Padre

___ Hermana

___ Hija

___ Hijo

___ Hermano

___ Otro (Por favor especifique): _____

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

5. ¿Vive usted con el paciente? ___ Si ___ No

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

___ Más de una vez por semana ___ Una vez a la semana

___ Una vez al mes ___ Una vez al año ___ Menos de una vez al año

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

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

PARTE 1: SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO

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

¿COMO TRATAMOS A SU FAMILIAR (EL PACIENTE)?

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

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

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

¿CÓMO FUE EL TRATO CON USTED?

5. Consideración de sus necesidades:	1	2	3	4	5	6
	Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable
Como fue el interés mostrado por sus necesidades por el personal de UCI.						
6. Apoyo emocional:	1	2	3	4	5	6
	Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable
Como fue el apoyo emocional provisto por el personal de UCI.						
7. Coordinación del cuidado:	1	2	3	4	5	6
	Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable
Trabajo en equipo de todo el personal que cuidó a su familiar.						
8. Preocupación y cuidado del personal de UCI:	1	2	3	4	5	6
	Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable
Cortesía, respeto y compasión recibida por usted.						

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

PERSONAL DE ENFERMERÍA.

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

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

PERSONAL MÉDICO.

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

LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

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

LA SALA DE ESPERA.

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

14. Algunas personas quieren todo hecho para sus problemas de salud mientras que otras no quieren que mucho sea hecho. Cual es su satisfacción de acuerdo a el nivel o la cantidad de cuidados recibidos por su familiar en la UCI.

1 Nada Satisfecho	2 Ligeramente Insatisfecho	3 Principalmente Satisfecho	4 Muy Satisfecho	5 Completamente Satisfecho
-----------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------	--------------------------------------

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

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

INSTRUCCIONES PARA EL FAMILIAR DEL PACIENTE EN LA UCI

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

POR FAVOR ELIJA LA OPCIÓN QUE MEJOR DESCRIBA SUS SENTIMIENTOS

NECESIDAD DE INFORMACIÓN

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|-----------|----------|----------|------------|----------|--------------|
| | Excelente | Muy Bien | Bien | Suficiente | Mal | No aplicable |
| <p>1. Frecuencia en la comunicación con los Médicos de UCI:
Cada cuanto habló el médico con usted sobre el estado de su familiar.</p> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <p>2. Facilidad para conseguir información:
Voluntad del personal de UCI para contestar sus preguntas.</p> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <p>3. Comprensión de la Información:
Explicaciones comprensibles provistas por el personal de UCI.</p> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <p>4. Información Honesta:
Honestidad de la información provista sobre el estado de su familiar.</p> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <p>5. Exhaustividad de la Información:
Como fue la información del personal de UCI sobre lo que estaba ocurriendo a su familiar y qué acciones se estaban tomando.</p> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <p>6. Consistencia de la Información:
Consistencia de la Información recibida sobre el estado de su familiar. ¿Era similar la información recibida por médicos, enfermeras, etc?</p> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

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

PROCESO DE TOMA DE DECISIONES.

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

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

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

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

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

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

- 1 Me sentí apartado/a del control y el sistema de salud tomó el control y dictó el cuidado de mi familiar.
- 2 Me sentí algo apartado/a del control y el sistema de salud tomó el control y dictó el cuidado de mi familiar.
- 3 No me sentí apartado/a y tampoco sentí tener el control.
- 4 Sentí que tenía algo de control sobre el cuidado que mi familiar recibió.
- 5 Sentí que tenía buen control sobre el cuidado que mi familiar recibió.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nos gustaría darle nuestro agradecimiento por su participación y sus opiniones. Por favor entregue la encuesta completada a la persona designada en la UCI, o bien haga uso del sobre provisto y envíelo, a la dirección que aparece en él, por correo con la mayor brevedad posible. Muchas gracias.