

Gestión de la comunicación con la familia del paciente crítico post-quirúrgico

Ana María Mañá Álvarez, Universidad de Santiago de Compostela,

Ana.Maria.Mana.Alvarez@sergas.es

Resumen: El hospital es el tipo de empresa que la mayor parte de los ciudadanos asocian el concepto de salud. Por ello es fundamental en estas organizaciones dar una importancia mayor a la comunicación, tanto la dirigida al ciudadano (público externo) como la dirigida a los propios trabajadores de la organización (público interno) buscando incrementar la satisfacción de los usuarios y mejorar la imagen que tienen de la organización sanitaria.

La presente investigación se ha ocupado primero de los públicos internos (análisis de flujos) para centrarse después en las actitudes y niveles de recepción y satisfacción de los públicos/usuarios (cómo perciben a la organización y cómo reaccionan a sus propuestas), en la organización (cómo puede o debe adaptarse a las reacciones de los públicos) y las relaciones públicas (el grado de efectividad de las actuaciones desarrolladas en los niveles de entendimiento entre la organización y sus públicos).

Estas acciones se han desarrollado a partir de una revisión de literatura científica sobre el tema y un estudio exploratorio transversal llevado a cabo en una de las unidades de hospitalización de pacientes críticos del principal hospital de la ciudad de Santiago de Compostela.

Los resultados obtenidos durante la investigación realizada, aunque no resulten estadísticamente significativos, nos permiten intuir que la satisfacción de la familia del paciente crítico post-quirúrgico aumenta de forma proporcional tanto en cuanto a las posibilidades de contacto con el paciente como a la frecuencia y a la calidad de la información que reciben y que una guía de acogida

elaborada en lenguaje fácilmente codificable por el lector es también una herramienta útil para conseguir una comunicación eficaz entre la organización sanitaria y su público externo.

Palabras Clave: comunicación; enfermería; familia; paciente crítico.

1. INTRODUCCIÓN:

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica relacionada con el tema de estudio, que facilitase el conocimiento de la situación actual de la comunicación en las unidades de hospitalización de críticos a nivel general centrándose, fundamentalmente, en la sanidad española.

Se han revisado 52 textos, de los cuales se seleccionaron 34 en los que se hace referencia a la importancia de una buena comunicación entre el hospital, entendido como una organización, y los profesionales de la salud y la familia del paciente crítico, y a las dificultades que se les presentan, así como las habilidades necesarias para superarlas, sobre todo en el momento de comunicar una mala noticia.

Se han tomado también como referencia las necesidades de la familia del paciente crítico, la satisfacción de las mismas y la influencia del personal de enfermería sobre esa satisfacción.

La comunicación forma parte, como otras muchas cosas, de la competencia exigible a un profesional sanitario. La capacidad de escuchar, la atención, la explicación y la implicación con los demás suponen a menudo, un esfuerzo que, pese a no ser diferente, se percibe como mayor que el que se asume para estudiar un procedimiento o una técnica concreta. Para tratar correctamente a un paciente es necesario disponer de un concepto amplio y flexible de la realidad que le rodea pero tendemos a priorizar los procedimientos tecnológicos sin tener en cuenta la humanidad del paciente. Con frecuencia se hace “todo por el paciente pero sin contar con él” (Llubiá,2008) .

Grunig y Hunt describen cuatro modelos que sintetizan el modo en que se ejercen las relaciones públicas (En 1995, Grunig, su mujer Larissa Grunig y

Dozier propusieron un quinto modelo, denominado de motivación mixta porque combina la simetría y la asimetría bidireccional):

- Modelo de agente de prensa/Publicity
- Modelo de información pública
- Modelo asimétrico bidireccional
- Modelo simétrico bidireccional

Este último se consolida a finales del siglo XX y está considerado como el modelo ideal en la práctica de las Relaciones Públicas.

Se basa en los flujos de comunicación bidireccional entre la organización y sus públicos para modificar la conducta de éstos, pero aceptando que el comportamiento de la organización también puede variar como resultado de las actuaciones de comunicación desarrolladas, para, de esta forma, mejorar la conducta de la organización y sus públicos a través del entendimiento mutuo de ambos.

La buena comunicación es imprescindible en una atención sanitaria de calidad, pues permite obtener la colaboración del enfermo y de su familia y facilita considerablemente las decisiones terapéuticas.

La comunicación con los familiares del paciente crítico deber ser evaluada con regularidad para mejorarla en la medida en que ello sea posible (Santana Cabrera et al., 2007). En los últimos años varios estudios mostraron como el descontento de los familiares se relaciona con una deficiente comunicación con los profesionales.

Cuando una persona es ingresada en una unidad de críticos, su estructura familiar se ve alterada. El ingreso supone un estrés para el enfermo y sus familiares, originado por la gravedad del paciente y también, en gran medida, por las dificultades en la comunicación que existen con éste y con su familia (Hidalgo Fabrellas et al.,2007).

La inestabilidad del paciente obliga al profesional a centrarse exhaustivamente en su observación y monitorización. Las unidades de críticos suelen ser espacios donde la tecnología y la efectividad práctica predominan sobre las relaciones personales y la calidad humana, de modo que, aunque se considere que es necesario tener en cuenta los requerimientos de la familia, como objeto

también de nuestros cuidados, la realidad es que pasan a un segundo plano (Llamas-Sánchez et al.,2009).

De igual modo que el paciente a su ingreso en una unidad de críticos, experimenta una serie de sensaciones traumáticas: miedo, aislamiento, soledad,... también sus familiares pasan por una situación de crisis vital, ante el temor de perder a un ser querido y, además se sienten aislados. Según el estudio publicado por Blanca Gutiérrez JJ et al. (2008), tanto los enfermos como sus familiares señalan la importancia de permanecer juntos todo el tiempo posible, reclamando un sistema mucho menos restrictivo de visitas en estas unidades.

En España, generalmente las unidades de críticos están construidas física y socialmente, sin tener en cuenta a los familiares y, a pesar de que las evidencias ponen de manifiesto que los familiares del paciente crítico requieren atención y flexibilidad en las normas, que existen estudios que demuestran mejoras en los resultados de salud de los pacientes que reciben un régimen de visitas abierto y que el contacto con el paciente es una de las vigas de soporte para pacientes y familiares, continúan manteniéndose regímenes de visita altamente restringidos (García Mozo et al.,2010).

La justificación de esas restricciones suele ser el control de las infecciones nosocomiales, una mejor atención a los pacientes por parte del personal y la creación de un ambiente tranquilo. Sin embargo, hay pocos estudios rigurosos que demuestren las ventajas de un régimen de visitas más restrictivo frente a otro más liberal. Los profesionales y los pacientes priorizan de un modo diferente los factores estresores que afectan al paciente: mientras éste coloca entre los 10 primeros factores de estrés el estar separado de sus seres queridos, los profesionales justifican tener las unidades cerradas, como un bien para el paciente, sobre la base de que la intimidad es más importante que la proximidad de los seres queridos y argumentan la exclusión de los familiares en dos grandes ejes: que el contacto con la unidad de críticos y con las situaciones desagradables es perjudicial para el familiar y, que el contacto con la familia ocasiona un estrés añadido al profesional, porque no entiende en

muchas ocasiones las medidas terapéuticas que se le están aplicando a su familiar (Zaforteza et al.,2010).

Es importante conseguir que las unidades de críticos no se perciban como un lugar hostil. Imagen que está favorecida por el uso de la tecnología, el ruido, la separación del ser querido, la dificultad para obtener información sobre su estado de salud, la estricta norma de visitas, y la falta de espacio para los familiares dentro de la unidad. Una correcta comunicación de todo el equipo médico y de enfermería con el paciente y sus familiares, la participación de éstos en los cuidados (dar la comida, colaborar en el aseo,...) y la liberalización de los horarios de visita de las unidades de críticos contribuyen a hacer la comunicación más fluida y repercute positivamente en la satisfacción de los familiares y de los pacientes (Davidson et al., 2007).

La comunicación interna en una organización asume cuatro funciones principales que Robbins e Judge (2009) identifican como control, motivación, expresión emocional e información.

El control a través de la comunicación se entiende como el modo de evitar el caos por alteraciones en las rutinas de actuación o producción en una organización. La comunicación es eficaz cuando sirve para transmitir las pautas de funcionamiento y facilitar la integración de nuevos medios y cuando sirve para mantener las jerarquías de autoridad.

La motivación entendida como substancia fundamental en la productividad y en el funcionamiento de una organización ya viene siendo estudiada desde teorías clásicas como la de Maslow. Motivar a través de la comunicación es explicarle al trabajador cual es el mejor modo de mejorar la forma de hacer las cosas o corregir la forma incorrecta de realizarlas, pero también de hacerle comprender de una manera clara qué y cómo se hace y transmitirle lo que está haciendo bien.

La comunicación tiene una función de expresión emocional en el terreno organizativo que se acaba convirtiendo para muchos de sus miembros en el principal escenario de interacción social y, por lo tanto, en el lugar cotidiano de satisfacción de las necesidades sociales.

Actas – VI Congreso Internacional Latina de Comunicación Social – VI CILCS – Universidad de La Laguna, diciembre 2014

Pero la comunicación sirve también para que circule la información que los individuos o grupos de la organización necesitan para evaluar las alternativas posibles y para tomar decisiones.

La comunicación en una organización posee una función informativa para los miembros que la constituyen, y es también el modo principal a través del cual pueden llevar a cabo cambios en la misma, influyendo en las actividades de otros individuos con los cooperan.

Si consideramos la organización como un sistema abierto (Lucas Marín, 1997), relacionado con la sociedad, debemos tener en cuenta que de esa sociedad la organización recibe unas influencias (inputs) y ofrece unos resultados (outputs). De tal modo, podemos hablar de dos procedimientos de relacionarse en las organizaciones: la comunicación interna (que hace referencia a la que mantienen los miembros de la organización entre sí) y también la comunicación externa (que nos lleva a ver la transmisión de información con personas y grupos del exterior).

La comunicación interna se organiza en tres grande ejes asociados a tres tipos de relaciones: profesionales, de convivencia y de identidad que “no pueden mantenerse sin comunicación” (Piñuel, 2010) profesionales son las relaciones vinculadas a la actividad en la organización y la consideración de sus trabajadores como los agentes productores que comparten normas y roles; de convivencia son las que se basan en la comunicación informal y condicionan la motivación y las actitudes personales; y de identidad son las que se asocian a la cultura de empresa de la organización.

Para esta investigación ha sido imprescindible analizar la comunicación interna en el área quirúrgica, dentro de la que se integra la Unidad de Reanimación, identificando los flujos comunicativos para poder ponerlos en relación con la comunicación mixta interno-externa que representan en ese momento los pacientes y sus familiares, como usuarios del servicio sanitario.

Los familiares atraviesan cuatro fases durante el ingreso de un paciente en una unidad de cuidados críticos:

1º Confusión inicial, estrés e incerteza (no saben dónde están ni a quien preguntar);

- 2º Búsqueda de información (les ayuda a salir del estado de confusión inicial);
- 3º Observación del entorno para obtener un seguimiento de la calidad del cuidado que recibe el paciente;
- 4º Obtención de recursos: soporte emocional, descanso o intimidad.

Para que los individuos se adapten a la organización y ayudar, a su vez, a ésta a integrarse dentro de la sociedad global, es indispensable alcanzar un equilibrio entre los canales de comunicación internos y externos (Lucas Marín, 1997).

Según el estudio de Santana Cabrera et al. (2007), una de las estrategias que se demostraron como efectivas, disminuyendo considerablemente el porcentaje de mala comprensión de la información, es la entrega de un folleto informativo a los familiares en el momento del ingreso.

La familia es un sistema abierto que funciona como una unidad y en el que todos sus miembros están íntimamente relacionados, de forma que cualquier efecto adverso que afecte a uno de sus miembros repercute de manera negativa sobre los demás, lo que da lugar a una situación de crisis. La familia se ve obligada a compaginar sus sentimientos de incerteza con la comprensión de explicaciones, la toma de decisiones difíciles y, en ocasiones con la aceptación de lo inevitable. La hospitalización en una unidad de críticos somete a la familia del paciente a una difícil situación que implica cambios de roles, desplazamiento del hogar y miedo a la muerte. La información destaca como una de sus principales necesidades (Bernat, 2008).

En los últimos años el márketing, considerado antes como una actividad al servicio de los objetivos comerciales para obtener la rentabilidad económica a través de operaciones de venta de productos y servicios, ha dejado de ser una dinámica exclusiva del mundo empresarial y se ha puesto al servicio de todo tipo de organizaciones, personas e ideas.

Desde la perspectiva de la comunicación en las organizaciones indica un modo diferente de abordar a relación con los públicos a través de propuestas que exceden el servicio o producto sobre el que se trabaja pero sobre las que se centra la estrategia de atracción del interés del destinatario.

Las relaciones han ido sustituyendo a las transacciones como referencia en las actividades comerciales. El marketing continúa siendo transaccional pero incentivando una parte relacional para atraer, mantener e intensificar las relaciones con los clientes e se apuesta por proponer un producto aparentemente individualizado. El marketing tradicional (marketing mix) busca mantener una relación puntual; el marketing relacional busca estabilizar la relación con el cliente y prolongarla en el tiempo. Las actividades siguen siendo de masas pero se llevan a cabo por canales selectivos, de forma que la oferta se adapte a los gustos, necesidades o prioridades de los públicos a los que va dirigida. La planificación en marketing relacional es una operación costosa e, incluso arriesgada, porque implica desenvolver la fase de investigación de manera meticulosa: no basta con identificar a los públicos si no que es necesario obtener el mayor caudal de información necesaria sobre cada uno de los individuos. Mediante un trato diferencial, sentido como exclusivo por el cliente, es posible aumentar la satisfacción de los consumidores porque la relación cliente-organización se basa en la confianza, el compromiso y la credibilidad, lo que conecta con la gestión de la imagen o reputación basada en el comportamiento y en la comunicación de lo que la organización es y hace. El valor generado en una buena relación comercial favorece, entre otras cosas, el desarrollo de mejoras en el producto, la comunicación entre las partes del intercambio comercial y la satisfacción del cliente (Kotler, 1996).

Los familiares hasta hace poco tiempo no eran considerados como objeto de cuidados. La primera vez que se comenzó a hablar de la atención de la familia de pacientes críticos y de sus necesidades fue en la década de los 70 y, desde finales de los 90, en España se ha iniciado una corriente de investigación que es crítica con la situación de los familiares en las unidades de críticos y aboga porque éstas sean más permeables a los familiares. La información sobre el funcionamiento de la unidad la obtienen de los profesionales de la unidad de críticos, de los carteles informativos y de los diferentes familiares que comparten el espacio en la sala de espera.

Los familiares del paciente crítico tienen carencias en necesidades fundamentales como la necesidad de una información veraz respecto del

estado clínico del paciente, en términos que puedan comprender: “la gestión de la comunicación en una situación de crisis es la gestión de la credibilidad” (Túñez, 2007); la eficacia de la información que se le ofrece a la familia del paciente depende de que ésta la perciba como transparente y veraz y que no surjan versiones antagonistas que perjudicarían, considerablemente, la credibilidad del informador y, por extensión también la imagen de la organización a la que representa. La familia necesita sentir que hay esperanza (de recuperación, de muerte digna y sin dolor o de posibilidades de disponer de tiempo para poder pasarlo al lado de su ser querido). El parentesco con el enfermo se asocia al grado de importancia que se le da a estas necesidades. Tienen necesidad de proximidad con el paciente, de ser tranquilizados y aliviados de su ansiedad, de poder tranquilizar y dar soporte a su ser querido, de disponer de algún tipo de confort durante el proceso y de que se respeten sus creencias culturales y religiosas. Los familiares del paciente en estado crítico necesitan sentir que su ser querido está recibiendo unos cuidados de calidad y percibir que el equipo de salud se preocupa por el paciente. Una unidad de cuidados críticos es el lugar del sistema sanitario donde la familia presenta mayores índices de sufrimiento, derivado de una situación de esperanza incierta y de la percepción de proximidad de la muerte.

Una de las más evidentes situaciones de crisis a la que puede tener que enfrentarse la familia del paciente crítico y los profesionales sanitarios es aquella que necesita de un giro emocional, desde la esperanza de curación a la aceptación de medidas paliativas o de limitar el soporte vital. Es el momento de reconducir la esperanza. Hacer hincapié en que se estará bien atento a la evolución, que diariamente se evaluará la situación y que se tratará inmediatamente cualquier síntoma de malestar, dolor o sufrimiento.

La capacidad o incapacidad del paciente y de sus familiares para participar en los procesos de toma de decisiones en el contexto de la enfermedad crítica es lo que se conoce como autonomía en la toma de decisiones (Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de noviembre).

En la mayor parte de los pacientes críticos, es la familia y los profesionales sanitarios responsables de la asistencia del paciente quienes deben afrontar la situación y las decisiones a tomar. Pero la decisión de los familiares está condicionada por la forma de exponerles la situación. Es necesario recordar que no todos asimilamos las cosas a la misma velocidad ni de la misma manera y que una noticia impactante puede entenderse pero no asimilarse al mismo tiempo. Ocultar información es mala praxis pero demasiada información, sobre todo repetitiva e insistiendo en un mal pronóstico de forma continuada, también puede serlo. Es peligroso informar sin escuchar previamente hasta qué punto se sabe y hasta dónde se quiere y se necesita saber. Hace falta paciencia para explicar, poner ejemplos y verificar qué es lo que se ha entendido (Villa, 2007).

Desde el punto de vista sanitario, mala noticia es aquella que va a cambiar de un modo grave o adverso las perspectivas del paciente sobre su futuro. La persona más indicada para la comunicación de las malas noticias (CMN) es el profesional que atiende directamente al paciente y el que posea mayor información sobre el proceso y las alternativas terapéuticas, pero ya se empieza a entender la CMN como un proceso multidisciplinar enfocado a atender al paciente y a su familia desde el enfoque de cada profesional (Sobrino, 2008).

El primer paso es buscar un lugar donde la intimidad, la comodidad y la falta de interrupciones estén garantizadas. Es preferible tardar un poco más en comunicar una mala noticia que hacerlo en un lugar poco apropiado. La información debe darse de una forma clara y concisa, evitando tecnicismos y asegurándose de que está siendo comprendida y asimilada por el receptor. Mantener la proximidad física, la voz pausada y una mirada serena, así como una escucha activa, mostrando empatía y asertividad y emplear el silencio para permitir la reflexión sobre lo que se ha dicho, son habilidades que contribuyen a disminuir en gran medida el impacto de una mala noticia. Una vez comprendida la información hay que saber cómo se siente el receptor y responder a sus reacciones e inquietudes. Finalmente se establecerá un plan de cuidados basado en las expectativas que se intentarán cumplir (Mirón, 2010).

Actas – VI Congreso Internacional Latina de Comunicación Social – VI CILCS – Universidad de La Laguna, diciembre 2014

La mala noticia depende, en muchas ocasiones, del impacto que va a causar en quien la recibe. Entre los temores de los profesionales sanitarios a la hora de comunicar una mala noticia están el miedo a causar dolor, la incomodidad de percibir el estrés del otro ante la noticia, el miedo de que la situación sea interpretada como un fallo terapéutico y ocasione una demanda legal o el miedo a sentirse desvalorizados si no se encuentra una respuesta a alguna de las dudas que se le presenten a quien recibe la noticia.

La salud constituye un sector de actividad que implica a varios actores sociales. Cada vez son más las organizaciones que se interesan por este ámbito. Entre todas las organizaciones, de lo que es propiamente el sector sanitario, destaca sobre todo el hospital. El hospital es, por el rol esencial que desempeña en la sociedad, el tipo de empresa que la mayor parte de los ciudadanos asocian el concepto de salud. Por ello es fundamental en estas organizaciones dar una importancia mayor a la comunicación, tanto la dirigida al ciudadano (público externo) como la dirigida a los propios trabajadores de la organización (público interno) que, a pesar de poseer una elevada cualificación técnica y científica, carecen a menudo de la formación necesaria para desarrollar una óptima comunicación interpersonal con los pacientes y que garantizaría el éxito de la relación con los mismos, mejorando a su vez la imagen que los ciudadanos crean de la organización sanitaria (Medina, 2012).

Se percibe una dificultad de las enfermeras para abordar el contacto con los familiares y, lo habitual en las unidades de críticos es que la información sea transmitida por el médico, mientras que los profesionales de enfermería se inhiben de esa relación. Pero dentro de la práctica enfermera debe considerarse una dimensión humanística que disminuya el impacto del entorno en los familiares y pacientes, por ello es importante la formación que permita conocer las necesidades de los familiares, las estrategias de comunicación y las intervenciones dirigidas a manejar las situaciones de crisis (Zaforteza et al., 2008) .

La función de la enfermería es importante antes, durante y al final del proceso, pues se trata del profesional que pasa más tiempo con el paciente y, por lo tanto, quien tiene la mayor confianza e información sobre él (Mirón, 2010).

En el momento de ingreso del paciente en la unidad de cuidados críticos, la familia debe ser informada por el médico lo antes posible; son acompañados a la unidad por el personal auxiliar y allí será el personal de enfermería quien aclare sus dudas en relación con los cuidados que recibe el paciente, ofrecerá su disponibilidad para lo que quieran preguntar, transmitiendo seguridad, actitud próxima y tranquila, explicándoles tanto el funcionamiento de la unidad como el entorno del paciente.

El personal de enfermería se ha convertido en uno de los comunicadores más importantes del hospital, puesto que se trata del interlocutor fundamental de cuantos dispone el hospital a la hora de hablar con el paciente (Medina, 2012).

Una enfermera competente en las habilidades técnicas, pero capaz de dar atención también a las respuestas emocionales es la considerada como ideal por el paciente y por su familia (Blanca et al., 2008).

La comunicación permite orientar las conductas individuales y establecer relaciones interpersonales funcionales, ayudando a coordinar esfuerzos y trabajar juntos para alcanzar un objetivo común.

Es necesario que entre el personal médico y el personal de enfermería exista una comunicación precisa que les permita a ambos disponer del tiempo necesario para comentar el caso de cada paciente, pues de la correcta coordinación comunicativa entre ambos depende la evolución del estado de salud del paciente.

Ser conscientes de los problemas que tienen los familiares de los pacientes que se atienden en las unidades de críticos y de la satisfacción que tienen con la atención que reciben, favorece la planificación de los cuidados y la identificación de los aspectos de la hospitalización que requieren mejoras (Llamas-Sánchez et al., 2009).

2. OBJETIVOS Y JUSTIFICACIÓN:

Las dificultades en la comunicación con el paciente crítico post-quirúrgico y su familia, junto con la gravedad de su estado de salud, condicionan que se produzca un elevado nivel de ansiedad ante el ingreso en una unidad de hospitalización de acceso restringido.

Actas – VI Congreso Internacional Latina de Comunicación Social – VI CILCS – Universidad de La Laguna, diciembre 2014

La inestabilidad del paciente conduce, a menudo, a los profesionales sanitarios a centrar su atención, exclusivamente, en la observación minuciosa del mismo, dejando a la familia en un segundo plano.

Los familiares del paciente crítico se sienten aislados y pasan por una situación de crisis vital, por el temor de perder a un ser querido y porque el contacto que pueden mantener con el paciente y con los profesionales responsables de su asistencia se reduce, únicamente, a unos restrictivos horarios de visita y al momento de la información médica.

El acceso de los familiares al paciente es importante que se lleve a cabo respetando los derechos del mismo y sin interferir con su proceso de asistencia, pero evitando, en la medida de lo posible, que la ansiedad que presenta la familia, sea consecuencia de una falta de atención apropiada a sus necesidades.

La identificación de los aspectos del proceso de hospitalización que necesitan mejoras, entendiendo el hospital como organización de prestación de servicios de salud y la planificación de los cuidados dentro de una atención de enfermería de calidad, requieren tomar conciencia de las necesidades y problemas que presentan los familiares de los pacientes que están recibiendo un cuidado intensivo después de una intervención quirúrgica y de la satisfacción que tienen con la atención recibida.

La comunicación incide directamente sobre el clima laboral, en la percepción de calidad del servicio recibido y en el posicionamiento de la organización en la mente del usuario a modo de reputación referencial como valor de enjuiciamiento de acciones posteriores de cualquier miembro de la entidad. Lo fundamental en la Unidad de Hospitalización es la salud del paciente, pero conjugar los cuidados sanitarios con una eficiente gestión de la comunicación permitiría la satisfacción de las necesidades que presentan los usuarios ante la situación de crisis personal y familiar que supone el ingreso de un ser querido en una unidad de cuidados críticos, repercutiendo favorablemente en la opinión de los mismos con respecto a la propia organización hospitalaria.

Por eso la investigación se ha ocupado primero de los públicos internos (análisis de flujos) para centrarse después en las actitudes y niveles de

recepción y satisfacción de los públicos/usuarios de la unidad de cuidados críticos(cómo perciben a la organización y cómo reaccionan a sus propuestas), en la organización (cómo puede o debe adaptarse a las reacciones de los públicos) y las relaciones públicas (el grado de efectividad de las actuaciones desarrolladas en los niveles de entendimiento entre la organización y sus públicos).

En base a la literatura científica consultada se ha considerado de gran importancia la realización de un estudio de campo que permita valorar la situación real de la gestión de la comunicación de la familia del paciente crítico post-quirúrgico con la organización sanitaria, y con el personal sanitario implicado en atención del mismo y viceversa.

Se han establecido los siguientes objetivos:

- 2.1. Análisis de la comunicación del hospital como organización sanitaria y del personal sanitario de la Unidad de Reanimación con las familias de los pacientes ingresados y la influencia de esa comunicación sobre los niveles de satisfacción con la asistencia sanitaria y en la percepción que los usuarios tienen de la organización.
- 2.2. Identificar los flujos de comunicación interna en la Unidad de Reanimación.
- 2.3. Identificar y analizar los flujos y frecuencias informativas entre el hospital y el personal sanitario con las familias de los pacientes, determinando los elementos susceptibles de ser mejorados.
- 2.4. Elaboración de una guía de acogida a la familia del paciente crítico post-quirúrgico.

3. HIPÓTESIS:

3.1. La satisfacción de la familia del paciente crítico post-quirúrgico con la comunicación que el hospital y el personal sanitario mantienen con ella aumenta en proporción a la frecuencia y a la calidad de la información que reciben.

3.2. La satisfacción de la familia del paciente crítico post-quirúrgico aumenta de forma proporcional a las posibilidades de contacto con el paciente.

3.3. Las guías de acogida son una herramienta útil para los familiares de los pacientes ingresados pero deben estar elaboradas con altos niveles de legibilidad, es decir, escritas con lenguaje textual y visual fácilmente codificable por los lectores.

4. MATERIAL Y MÉTODOS:

La toma de datos en la que se ha basado el presente estudio se ha llevado a cabo en los meses de Mayo-Junio del año 2011 en la Unidad de Reanimación Post-Quirúrgica del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Se trata de una unidad de cuidados críticos, de acceso restringido, a cargo del Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor de la Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela (XXIS), perteneciente al Servicio Galego de Saúde (SERGAS).

La Unidad de Reanimación está situada en la planta (-1) del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, sus usuarios son pacientes críticos post-quirúrgicos con un ratio enfermera/paciente 1:2.

El horario de visita a familiares está restringido a dos veces por día (a las 15:30 horas y a las 21:00 horas). En ese momento se autoriza el acceso a dos acompañantes por paciente durante veinte minutos. La vestimenta necesaria para poder acceder al interior de la unidad está a disposición de los usuarios en los estantes colocados en la entrada de la sala de espera para familiares.

La sala de espera de familiares está situada justo al lado de la puerta de acceso a la Unidad de Reanimación, dispone de varios asientos, de ventanas con vistas al exterior y aseos en el pasillo lateral.

La información médica para los familiares de los pacientes de Reanimación se ofrece sólo una vez al día (en la franja horaria de las 13:30 horas a las 15:00 horas). Los familiares son avisados por el médico responsable de la asistencia al paciente desde una puerta situada en la sala de espera y que da acceso a unos despachos donde se les facilita la información relativa al estado clínico actual de su familiar.

Cuando se produce algún cambio relevante en la situación clínica del paciente que suponga un empeoramiento de su estado, los familiares son avisados por

el médico responsable de la unidad en ese momento y pone en su conocimiento las circunstancias en las que se halla el paciente.

En el momento del ingreso en la Unidad de Reanimación los familiares reciben de manos del personal de enfermería una guía de acogida en la que se les explican brevemente las normas de la unidad en la que se encuentra el paciente y la información referente a horarios de visita e información, que acostumbra a decirse también de modo verbal para facilitar su comprensión.

El estudio de las relaciones entre la Unidad de Hospitalización y los familiares de los pacientes ingresados en ella ha requerido:

a) Elaborar un mapa de flujos de comunicación entre los distintos profesionales sanitarios y entre éstos y los familiares del paciente (**figura 1**) en el momento del ingreso en Reanimación y durante la estancia del paciente en esta unidad de cuidados críticos para poder conocer los fallos de comunicación entre los familiares del paciente crítico post-quirúrgico y los distintos miembros del personal sanitario, así como las ausencias o accesos a la comunicación con el paciente durante el proceso de ingreso de éste en la Unidad.

b) Realizar un cronograma en el que se reflejen los tiempos de ausencia de información y de contacto de la familia con el paciente o con el personal sanitario (**figura 2**). Cabe destacar la extensa franja horaria en la que paciente y familia permanecen separados mientras aquel permanezca ingresado en la unidad de críticos: obsérvese que desde las 22:00h no vuelven a tener contacto hasta las 15:30h del día siguiente; así como la información médica: en un período de 24 horas la familia solamente tendrá acceso en una única ocasión a conocer, de manos de un facultativo, cual es el estado clínico del paciente.

c) Identificar los niveles de satisfacción de los familiares con la información recibida durante el tiempo de permanencia del enfermo en la Unidad y evaluar los niveles de comprensión de la guía de acogida comparando un texto incluido en la actual Guía de acogida con otro de redacción alternativa.

Estas acciones se han desarrollado a partir de un estudio exploratorio transversal en el que se seleccionaron dos muestras de 25 individuos cada una. La primera formada por familiares de pacientes que recibieron el alta de la Unidad de Reanimación en las 48horas previas a la recogida de datos y la

segunda por familiares de pacientes que habían recibido el alta en la Unidad de Reanimación en los seis meses anteriores.

En el primer caso se incluyeron sistemáticamente a los 25 pacientes que fueron dados de alta durante las tres semanas que duró la recogida de datos. En cuanto a la segunda de las muestras, se seleccionaron mediante muestreo aleatorio: a partir de los datos de carácter administrativo de los que se dispone en el Servicio de Anestesia y Reanimación se elaboró un listado con los números de historia clínica de los 295 pacientes que fueron dados de alta en la Unidad de Reanimación en ese período (excluyendo a los fallecidos), ordenado por fecha de ingreso y se seleccionó uno de cada doce, comenzando por el primero de la lista.

Se decidió excluir del estudio a los familiares de los pacientes que hubiesen fallecido en el momento de la recogida de datos, para evitar posibles interferencias en el proceso de duelo.

La toma de datos se ha realizado mediante encuesta personal, en el caso de los familiares de pacientes que todavía permanecían ingresados en el hospital, y mediante encuesta telefónica para los familiares de pacientes que ya hubiesen recibido el alta domiciliaria en el momento de la recogida de datos. En ambos casos se les presentó el mismo cuestionario.

Basándonos en los estudios publicados por Santana Cabrera et al. y Llamas-Sánchez et al. y las encuestas por ellos empleadas, se elaboró un formulario de 26 ítems (**Anexo 1**) en el que se utilizó como número de referencia para cada individuo el número de historia clínica del paciente en la Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela (XXIS), evitando así la realización de más de una entrevista a familiares del mismo paciente.

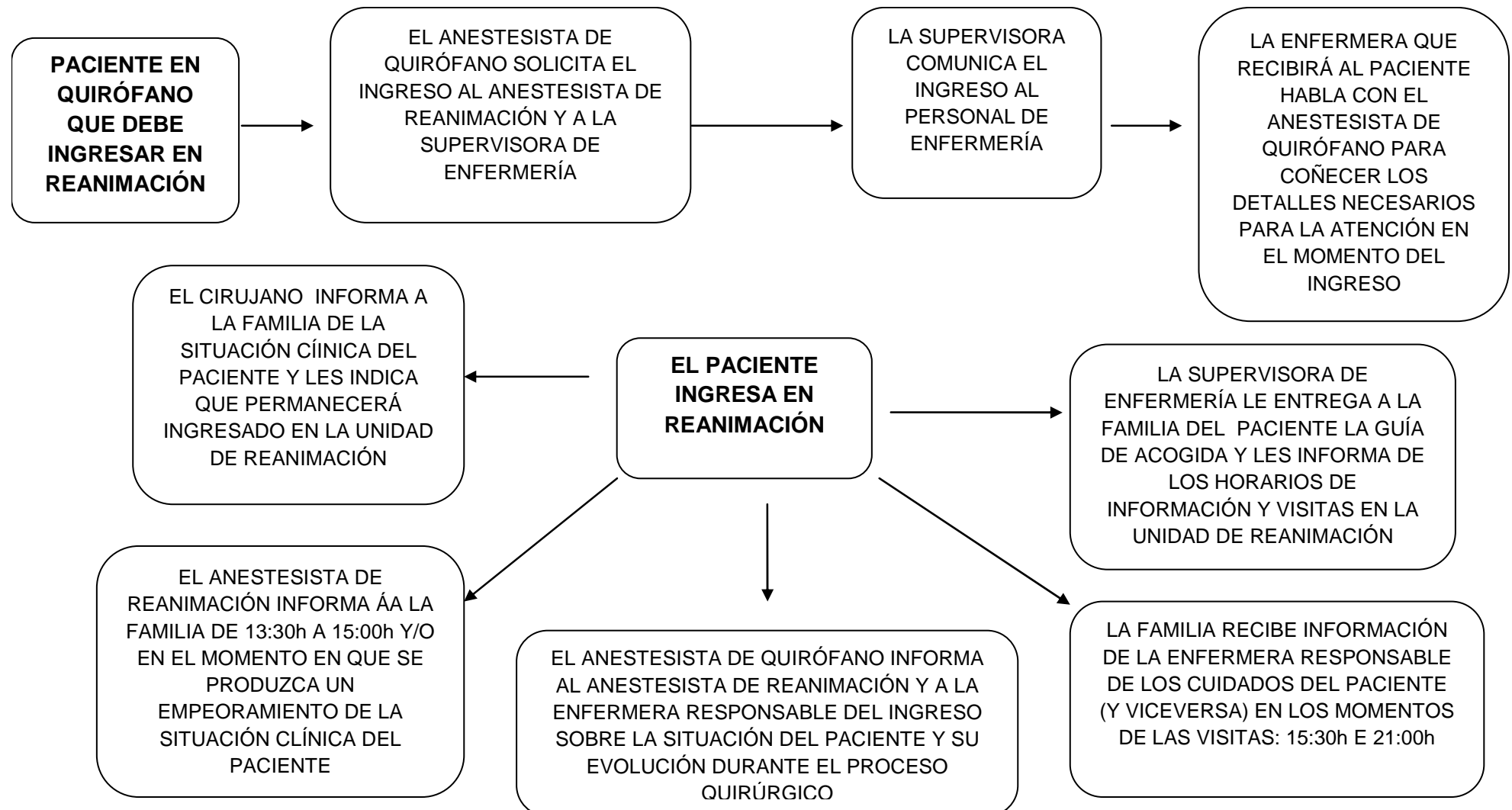


Figura 1. Flujos de comunicación en el área quirúrgica

Actas – VI Congreso Internacional Latina de Comunicación Social – VI CILCS – Universidad de La Laguna, diciembre 2014

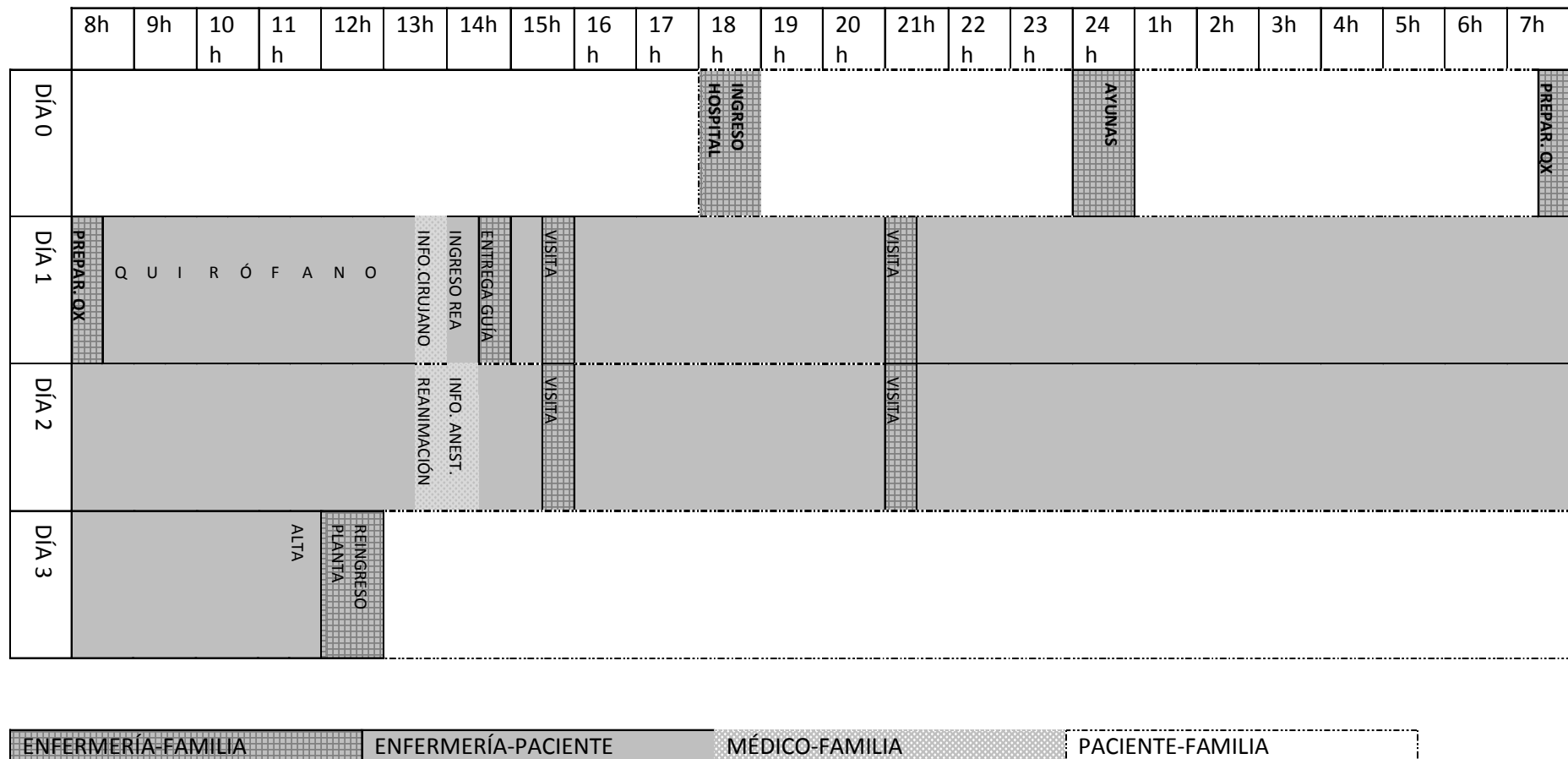


Figura 2. Cronograma de la información a las familias

Actas – VI Congreso Internacional Latina de Comunicación Social – VI CILCS – Universidad de La Laguna, diciembre 2014

En el encabezamiento del formulario se indica a quién va dirigido y cuál es su finalidad, al mismo tiempo que se garantiza la confidencialidad de los datos obtenidos a través del mismo.

En la encuesta se incorporaron datos socio-demográficos como la edad, el sexo, y la relación de parentesco entre el sujeto de estudio y el paciente de referencia y los aspectos referidos a la información recibida durante el tiempo de ingreso en la Unidad de Reanimación, tanto por parte del personal médico como de enfermería y la satisfacción del individuo con la comunicación que el hospital mantuvo con él, con el actual régimen de visitas y con la situación y comodidad de las instalaciones.

De las 26 preguntas del formulario, 25 de ellas están redactadas con un tipo de respuesta cerrado y una con respuesta abierta. Las tres primeras preguntas son relativas a los datos socio-demográficos del sujeto participante: edad, sexo y grado de parentesco con el paciente. En el cuestionario se formulan cuatro preguntas dicotómicas, pero mayoritariamente el tipo de respuesta que se ofrece al entrevistado es una respuesta de valoración, así en 14 de las 26 preguntas se muestra una escala de intensidad creciente o decreciente de categorías de respuesta. Cada una de las preguntas tiene una única opción de respuesta.

Se han incorporado algunas preguntas de control que permitiesen ser contrastadas con otras que podrían recibir una respuesta de cortesía y evitar, de este modo, posibles sesgos de información (ver preguntas 6-7, 12-21).

Se elaboró también la encuesta en formato informático, de forma que fuese posible su envío a través del correo electrónico y facilitar, de este modo, la participación de aquellos sujetos que aceptasen entrar a formar parte del estudio pero no tuviesen la disponibilidad de responder a las preguntas telefónica o personalmente en el momento de solicitar su participación.

El acceso al formulario de preguntas se establece a través del enlace web: <https://spreadsheets.google.com/spreadsheet/embeddedform?formkey=dFdBRGdfN3VZQ0ZYdTJNZ3NYT0ZKQnc6MQ>

Se redactaron dos textos alternativos para sus respectivos párrafos actuales de la guía de acogida (**Anexo 2**), uno relativo a la identificación de la Unidad de

Reanimación y otro explicando las normas y horarios de visita e información médica. La opción **(a)** correspondería a la actual guía de acogida y la opción **(b)** sería la redacción alternativa.

Se han sometido a evaluación de 25 de los 50 sujetos de estudio para estimar la necesidad de desarrollar una reforma completa de la guía de acogida.

5. RESULTADOS:

Las respuestas obtenidas a través de las encuestas reflejan una mayor necesidad de información, pues aunque solamente el 14% de los consultados consideran que la información que recibieron sobre la salud de su familiar durante el tiempo que permaneció ingresado fue escasa o muy escasa, el 48% manifiesta que el número de veces que reciben información es poco o muy poco; un 44% cree que transcurre mucho tiempo, y un 6% incluso lo califica como “demasiado”, desde que son informados hasta la vez siguiente en que pueden recibir información. Un 34% de los entrevistados manifiestan que hubo ocasiones en las que comprendieron correctamente lo que les decía el médico respecto a la evolución de su familiar.

Del 34% de las respuestas relativas a cuál fue el momento del proceso de atención en que ha sentido una mayor necesidad de información relativa al estado de salud de su familiar, que situaban ese momento en la Unidad de Reanimación, el 65% considera que se encuentra en el intervalo de tiempo que transcurre desde la visita de la noche (21:00h) y la del día siguiente por la tarde (15:30h).

Si comparamos este porcentaje con el 60% de los entrevistados que consideran que el número de visitas permitidas es insuficiente y, con el 46% que califican el tiempo permitido para cada visita como poco o muy poco, aunque no se trata de una muestra estadísticamente significativa, podemos intuir que existe una notable necesidad de contacto por parte de la familia con el paciente y con el personal que le presta asistencia.

Con respecto a los párrafos de reforma de la actual guía de acogida se ha observado que la nueva redacción relativa a la definición de la Unidad de Reanimación tuvo una aprobación unánime por parte de los sujetos de estudio

y la reforma del texto en el que se explican los horarios y las normas de la Unidad fue elegida por el 72% de los entrevistados.

6. CONCLUSIONES:

La literatura científica consultada y los resultados obtenidos durante la investigación realizada, aunque no resulten estadísticamente significativos, nos permiten intuir que la satisfacción de la familia del paciente crítico postquirúrgico aumenta de forma proporcional tanto en cuanto a las posibilidades de contacto con el paciente como a la frecuencia y a la calidad de la información que reciben y que una guía de acogida elaborada en lenguaje fácilmente codificable por el lector es también una herramienta útil para conseguir una comunicación eficaz entre la organización sanitaria y su público externo.

7. ACLARACIÓN:

De conformidad con la legislación vigente en lo relativo a protección de datos de carácter personal (Ley 15/1999 de 13 de diciembre) y el consentimiento informado (Ley 41/2002 de 14 de noviembre), para la recogida de los datos se les ha explicado a los sujetos de estudio la finalidad del mismo y se ha solicitado su consentimiento verbal, garantizando el anonimato, tanto del paciente como de su familiar, así como la confidencialidad de la información proporcionada.

8. BIBLIOGRAFÍA:

- Bernat Bernat,R.(2008).Necesidades de la familia del paciente crítico: revisión bibliográfica. *Nursing*, 6(9),60-63.
- Blanca,J.J., Blanco,A.M., Luque,M., Ramírez,M.A.(2008). Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería Global*, 12,1-14.
- Davidson,J.E., Powers,K., Hedayat,K.M., Tieszen,M., Kon,A.A., Shepard,E., et al.(2007). 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. *Critical Care Medicine*,35,605-622.

- García Mozo,A., Sánchez Roldán,F. et al.(2010).Desarrollo de una guía de atención a los familiares del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*,21(1),20-27.
- Gundlach,G., Murphy,P.E.(1993).Ethical and Legal Foundations of Relational Marketing Exchanges. *Journal of Marketing*,57,35-46.
- Gundlach,G., Achrol,R., Mentzer,J.(1995).The Structure of Commitment in Exchange. *Journal of Marketing*, 59(1),78-92.
- Grunig,J.E. Hunt,T.(2003): *Dirección de relaciones públicas* .Edición en español de Managins Public Relations. Florida (EEUU): Harcourt Brace Jovanovich; 1984. Barcelona: Gestión 2000 SA.
- Hidalgo Fabrellas,I., Vélez Pérez,Y., Pueyo Ribas,E.(2007).¿Qué es importante para los familiares de los pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos? *Enfermería Intensiva*,18(3),106-114.
- Hunt,S.D.(1983).General Theories and the Fundamental Explanada of Marketing. *Journal of Marketing*, 47,9-17.
- Kotler,P.(1972).A Generic Concept of Marketing. *Journal of Marketing*, 36,46-54.
- Kotler,P.(1974). *Fundamentos de marketing*. Madrid: Ediciones del Castillo.
- Kotler,P., Andreasen,A.R.(1996). *Strategic marketing for non-profit organizations*. 5ª ed. Upper Saddle River. New Jersey: Prentice-Hall.
- Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15/11/2002).
- Ley de Protección de Datos de Carácter Personal. Ley 15/1999 de 13 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 298, (14/12/1999).

- Llamas-Sánchez,F., Flores Cordon,J., Acosta Mosquera,M.E., González Vázquez,J., Albar Marín,M.J., Macías Rodríguez,C.(2009). Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos. *Enfermería Intensiva*,20(2),50-57.
- Llubíá,C.(2008).Cuidados críticos: La comunicación como terapia imprescindible. *Psicooncología*, 5(2-3): 233-243.
- Lucas Marin,A.(1997).*La comunicación en la empresa y en las organizaciones*. Barcelona: Bosch Casa Editorial,S.A.
- Medina Aguerrebere,P. (2012).*Comunicar y curar.Un desafío para pacientes y profesionales sanitarios*. Barcelona: Editorial UOC.
- Mirón González,R.(2010).Comunicación de malas noticias: perspectiva enfermera. *Revista Española de Comunicación y Salud*,1(1),39-49.
- Moliner,M. A., Callarisa,L.J.(1997). El marketing relacional o la superación del paradigma transaccional. *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, 6(2),67-80.
- Morgan,R., Hunt,S.D.(1994). The Commitment-trust Theory of Relationship Marketing. *Journal of Marketing*,58,20-38.
- Pinto,S. (1997).Marketing de relación o la transformación de la función de marketing. *Harvard Deusto Business Review*,79,32-40.
- Piñuel,J.L.(2010).*Teoría de la comunicación y gestión de las organizaciones*. Madrid: Síntesis.
- Robbins, Sthephen, Judge T. *Comportamiento organizacional*.13ª ed. (2009).México: Pearsons Educación.
- Santana Cabrera,L., Sánchez Palacios,M., Hernández Medina,E., García Martul,M., Eugenio Robaina,P., Villanueva Ortiz,A.(2007). Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional. *Medicina Intensiva*, 31(6),273-280.
- Santana Cabrera,L., Yañez Quintana, B., Martín Alonso,J., Ramírez Montesdeoca,F., Roger Marrero,I., Perez de la Blanca,A.S.(2009). Actividades de comunicación del personal de

enfermería con los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Clínica*,19(6),335-339.

- Santesmases, M.(2007). *Marketing. Conceptos y estrategias*. 5ª ed. Madrid: Pirámide.
- Sheth,J., Parvatiyar, A.(1999). *Handbook of Relationship Marketing*. Estados Unidos: Sage Publications.
- Sobrino López, A.(2008).Comunicación de malas noticias. *Seminarios Fundación Española de Reumatología*,9:111-122.
- Túñez López,M.(2007).*Comunicación preventiva*.1ª ed. A Coruña: Netbiblo.
- Villa López,B.(2007).Recomendaciones sobre cómo comunicar malas noticias. *Nure Investigación*,31
- Zaforteza Lallemand,C., García Mozo,A., Quintana Carbonero,R., Sánchez Calvín,C., Abadía Ortiz,E., et al.(2010). Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿Qué opinan los profesionales? *Enfermería Intensiva*,21(2),52-57.
- Zaforteza Lallemand,C., Prieto González,S., Canet Ferrer,T.P., Díaz Lopez,Y., Molina Santiago,M., Moreno Mulet,C., et al.(2010). Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas. *Enfermería Intensiva*,21(1),11-19.
- Zaforteza,C., Sánchez,C., Lastra,P.(2008). Análisis de la literatura sobre los familiares del paciente crítico: es necesario desarrollar investigación en cuidados efectivos. *Enfermería Intensiva*,19(2),61-70.

(ANEXO 1)

ENCUESTA PARA VALORACIÓN DE LA COMUNICACIÓN CON LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES DE REANIMACIÓN DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

La presente encuesta está destinada a valorar la efectividad de la comunicación entre los profesionales sanitarios del Servicio de Reanimación del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela y los familiares de los pacientes ingresados en esa unidad de hospitalización. Su participación en esta encuesta es de gran importancia para ayudarnos a mejorar la atención que les prestamos, tanto a los pacientes como a sus familias. Por eso le solicitamos que tenga la amabilidad de dedicarnos cinco minutos de su tiempo para la cumplimentación de estas preguntas. Le garantizamos el manejo confidencial de toda la información que nos facilita, según lo dispuesto por la normativa vigente. Gracias por su colaboración.

Número de Historia Clínica

1. Edad

- De 18 a 30 años
- De 31 a 45 años
- De 46 a 60 años
- De 61 a 75 años
- De 76 a 90 años
- Más de 90 años

2. Sexo

- Hombre

- Mujer

3. Parentesco que le une con el paciente

- Cónyuge/Pareja
- Padre/Madre
- Hijo/Hija
- Hermano/Hermana
- Otro:

4. ¿De qué forma localizó la Unidad de Reanimación el primer día?

- Muy fácil
- Fácil
- Difícil
- Muy difícil

5. ¿Recibió usted la guía de acogida cuando su familiar ingresó en la Unidad de Reanimación

- Si
- No
- No sabe/No contesta

6. ¿Le ha resultado fácil de comprender toda la información escrita en la guía de acogida?

- Si
- No
- No sabe/No contesta

7. En la guía de acogida dice que Reanimación es una "unidad de cuidados críticos post-quirúrgicos", ¿qué cree usted que significa esto?

An empty rectangular text input field with a light gray border. It features a vertical scrollbar on the right side and horizontal scrollbars at the bottom, indicating it is a multi-line text area.

8. Cuando ingresó su familiar en la Unidad de Reanimación, ¿le informaron de forma verbal sobre los horarios de información médica?

- Si
- No
- No sabe/No contesta

9. ¿Entendió correctamente lo que le decía el médico respecto a la evolución de su familiar?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

10. ¿Recibió por parte del personal de enfermería la información que necesitaba respecto a los cuidados que recibía su familiar?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

11. La asistencia que recibió su familiar durante el tiempo que estuvo ingresado en el hospital...

- Mejoró la opinión que usted tenía sobre el hospital
- No influyó en la opinión que usted tenía sobre el hospital
- Empeoró la opinión que usted tenía sobre el hospital

12. El número de veces que la familia recibe información cada día le parece:

- Muy poco
- Poco
- Suficiente
- Mucho
- Demasiado

13. El tiempo que transcurre desde que la familia recibe información hasta la siguiente vez que vuelven a ser informados, le parece:

- Muy poco
- Poco
- Suficiente
- Mucho
- Demasiado

14. ¿En qué momento del proceso de atención a su familiar sintió usted una mayor necesidad de recibir información sobre su estado de salud?

- Durante el tiempo que permaneció dentro del quirófano
- Durante el turno de mañana en Reanimación
- Desde la visita de las 15:30h hasta la visita de las 21:00h

- En el momento del ingreso en Reanimación
- Durante el turno de noche en Reanimación
- Otro:

15. Cuando ingresó su familiar en la Unidad de Reanimación, ¿le informaron de forma verbal sobre los horarios de visita?

- Si
- No
- No sabe/No contesta

16. El número de visitas permitidas cada día lo considera:

- Muy poco
- Poco
- Suficiente
- Mucho
- Demasiado

17. El tiempo permitido para cada visita a su familiar lo considera:

- Muy poco
- Poco
- Suficiente
- Mucho
- Demasiado

18. ¿Se ha sentido usted cómodo/a durante el tiempo de visita a su familiar en la Unidad de Reanimación?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces

- Casi nunca

- Nunca

19. El número de personas que pueden pasar a ver a los pacientes durante el horario de visita le parece:

- Muy poco

- Poco

- Suficiente

- Mucho

- Demasiado

20. Considera que la comunicación que se mantuvo con usted durante el tiempo de ingreso de su familiar fue:

- Muy buena

- Buena

- Regular

- Mala

- Muy mala

21: La información que recibió usted sobre la salud de su familiar durante el tiempo que estuvo ingresado fue:

- Muy escasa

- Escasa

- Suficiente

- Mucha

- Demasiada

22. La comunicación que el personal del hospital mantuvo con usted durante el tiempo de ingreso de su familiar:

- Mejoró la opinión que usted tenía sobre el hospital

- No ha influido en la opinión que usted tenía sobre el hospital
 - Empeoró la opinión que usted tenía sobre el hospital
23. ¿Utilizó la sala de espera para familiares de pacientes de Reanimación?
- Nunca
 - De 1 a 3 horas diarias
 - De 4 a 6 horas diarias
 - Más de 6 horas diarias
24. La sala de espera le ha parecido:
- Muy cómoda
 - Cómoda
 - Poco cómoda
 - Incómoda
 - Muy incómoda
25. La sala de espera con respecto a los despacho donde se recibe la información médica, le parece que está:
- Muy bien situada
 - Bien situada
 - Mal situada
 - Muy mal situada
26. La sala de espera de familiares con respecto a la Unidad de Reanimación, le parece que está:
- Muy bien situada
 - Bien situada
 - Mal situada
 - Muy mal situada

ANEXO 2

Estamos valorando la comprensión de la información contenida en la guía de acogida que se les entrega a ustedes en el momento del ingreso de su familiar en la Unidad de Reanimación. Le proponemos a continuación dos cuestiones con dos alternativas cada una de ellas. Le agradecemos que nos dedique cinco minutos para elegir en cada una de ellas cuál le resulta más comprensible.

1. ¿Qué es la Unidad de Reanimación? (Seleccione una de las dos alternativas)

a) La Unidad de Reanimación es una unidad de cuidados críticos post-quirúrgicos, de acceso restringido y a cargo del Servicio de Anestesia y Reanimación.

b) La Unidad de **Reanimación** es una unidad de hospitalización para pacientes que se están recuperando de una operación quirúrgica y necesitan un cuidado intensivo. Para facilitar ese cuidado el acceso de visitas está restringido a unos horarios determinados, dos veces al día. La Unidad forma parte del **Servicio de Anestesia y Reanimación**.

2. Normas y horarios de la Unidad de Reanimación: (Seleccione una de las dos alternativas)

a) El horario de visita aproximado es: a las 15:30 y a las 21 horas, siempre en función de las necesidades del servicio, entonces podrá acceder a la unidad durante 20 minutos. Es importante que durante la visita sólo permanezcan dos acompañantes por paciente. En el caso de querer entrar más, deberán hacerlo por turnos y no entrar hasta que salgan los que están dentro (esto no significa un aumento del tiempo de visita).

b) Pueden **visitar** a sus familiares todos los días a las **15:30h** y a las **21:00h**, aunque, por necesidades del servicio, este horario puede sufrir pequeñas variaciones. Se permite el acceso de **dos acompañantes** por paciente. Si quieren entrar más personas podrán hacerlo pero antes deben salir los que están dentro. El tiempo total de la visita es de **20 minutos**.