



Satisfacción de la atención en una Unidad de Cuidados Intensivos al noroeste del país. ¿Cómo lo estamos haciendo?

Satisfaction of care in an Intensive Care Unit in the Northwest of the country. How are we doing?

Satisfação do atendimento em uma Unidade de Terapia Intensiva do noroeste do país. Como estamos fazendo?

Idania Yael Trias Bonilla,* Cíbeles Arrambí Díaz,* Jesús Ariel Morales Barraza,* Jesús Cleofas Ramírez Campaña,*
Isabel Guadalupe Valdez Gil†

RESUMEN

Introducción: el área de cuidados intensivos es un lugar donde se proporciona medicina científico-técnica, y debe armonizar con un trato especial tanto a los pacientes como a sus familiares, siendo estos últimos los representantes de los pacientes en cuanto a los cuidados médicos y toma de decisiones; por lo tanto, la percepción de un trato humanizado establece un ambiente de confianza médica, paciente y familiar.

Objetivo: determinar la satisfacción del familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos en un Hospital de Tercer Nivel de Atención.

Material y métodos: se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo en un Hospital de Tercer Nivel de Atención, donde se aplicó un cuestionario de satisfacción a los familiares de los pacientes hospitalizados en terapia intensiva. Se realizó estadística descriptiva, utilizando frecuencia y porcentajes, así como media y desviación estándar.

Resultados: el nivel de satisfacción familiar de las diferentes dimensiones del cuestionario, mostró una satisfacción del cuidado de 80.34 ± 15.35 , en toma de decisiones 80.83 ± 14.85 y una satisfacción global de 80.55 ± 14.21 .

Conclusión: si el paciente no puede participar activamente en el proceso asistencial debemos acudir a sus familias; en esta situación, en nuestro hospital el grado de satisfacción de los familiares es elevado.

Palabras clave: percepción, satisfacción, calidad.

ABSTRACT

Introduction: the intensive care area is a place where scientific-technical medicine is provided, and must be harmonized with special treatment for both patients and their families, the latter being the representatives of the patients in terms of medical care and decision making. Therefore, the perception of a humanized treatment establishes an environment of medical, patient and family trust.

Objective: to determine the satisfaction of the relative in the intensive care unit in a tertiary hospital.

Material and methods: an observational, descriptive, prospective study was carried out in a tertiary care hospital, where a satisfaction questionnaire was applied to the relatives of the patients hospitalized in intensive care. Descriptive statistics were performed; using frequency and percentages; as well as mean and standard deviation.

Results: the level of family satisfaction of the different dimensions of the questionnaire, showed a satisfaction of care of 80.34 ± 15.35 , in decision making 80.83 ± 14.85 and a global satisfaction of 80.55 ± 14.21 .

Conclusion: if the patient cannot actively participate in the care process, we must go to their families, in this situation, in our Hospital the degree of satisfaction of the relatives is high.

Keywords: perception, satisfaction, quality.

RESUMO

Introdução: a Unidade de Cuidados Intensivos é um local onde se presta medicina científico-técnica, devendo ser harmonizada com um tratamento especial tanto para os doentes como para os seus familiares, sendo estes últimos os representantes dos doentes nos cuidados médicos e na tomada de decisões, portanto a percepção de um tratamento humanizado estabelece um ambiente de confiança médica, do paciente e da família.

* Hospital de Especialidades No. 2, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad Obregón, Sonora.

† Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad Obregón, Sonora.

Recibido: 14/02/2023. Aceptado: 13/04/2023.

Citar como: Trias BIY, Arrambí DC, Morales BJA, Ramírez CJC, Valdez GIG. Satisfacción de la atención en una Unidad de Cuidados Intensivos al noroeste del país. ¿Cómo lo estamos haciendo? Med Crit. 2023;37(5):405-410. <https://dx.doi.org/10.35366/113050>

www.medigraphic.com/medicinacritica

Objetivo: determinar a satisfação do familiar na unidade de terapia intensiva de um hospital de terceiro nível.

Material e métodos: realizou-se um estudo observacional, descriptivo, prospectivo em um hospital de terceiro nível, onde foi aplicado um questionário de satisfação aos familiares dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva. Realizaram-se estatísticas descritivas usando frequência e porcentagens; bem como média e desvio padrão.

Resultados: o nível de satisfação familiar das diferentes dimensões do questionário, revelou uma satisfação no cuidado de 80.34 ± 15.35 , na tomada de decisão 80.83 ± 14.85 e uma satisfação global de 80.55 ± 14.21 .

Conclusão: se o paciente não pode participar ativamente do processo de cuidado, devemos ir até seus familiares, nesta situação, em nosso hospital o grau de satisfação dos familiares é alto.

Palavras-chave: percepção, satisfação, qualidade.

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Cuidados Intensivos puede ser un lugar adecuado, ya que da vida, pero también puede llegar a ser un sitio poco acogedor e incluso hostil, ya que los pacientes se enfrentan a enfermedades en condiciones ambientales adversas (actividad permanente con ruido, luz excesiva, falta de privacidad en la que los pacientes pueden sentirse incómodos, confusos, con miedo, frustración o dolor). En el paciente crítico, se produce una pérdida de privacidad, de control, del soporte familiar, en la habilidad de comunicación, así como de identidad y apariencia.¹

Los avances científicos y técnicos han logrado aumentar la supervivencia de los pacientes que ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), reduciendo su tasa de mortalidad. Dicha evolución no se ha llevado a cabo en el aspecto más humano de la asistencia, ya que inevitablemente estos avances científicos técnicos han favorecido a la deshumanización de los cuidados, donde la persona ha dejado de ser el centro de atención, cayendo en la cosificación, es decir, la persona se convierte en una cosa (una patología, un procedimiento o un número), olvidándose sus necesidades emocionales; esto, a su vez, condiciona disconformidad y desunión entre la relación médico-paciente y familia, lo que lleva a altas quejas, demandas y con esto al aumento de costos para las instituciones. Por ello se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), en 1996, para contribuir a tutelar el derecho a la protección de la salud, así como a mejorar, la calidad en la prestación de los servicios médicos, ya que es una instancia

especializada que tiene por objeto contribuir a resolver en forma amigable y de buena fe los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de los mismos; que promueve y propicia la buena relación, el trato digno, los valores, el apego a la *lex artis* médica y la ética en la relación médico-paciente. Por ello, surge la necesidad por conseguir Unidades de Cuidados Intensivos más confortable y humana, rediseñando la práctica donde la humanización sea una prioridad para todo el equipo.²

Humanización en terapia intensiva en la práctica diaria

El concepto de humanización en la UCI es importante, ya que promueve y protege la salud al garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual, considerando así a la persona como un ser único. Como sabemos, en la UCI se atiende a pacientes críticamente enfermos, en lucha constante por su vida. El personal de salud trabaja bajo un contexto de estrés continuo y sometido a altas cargas laborales, olvidándose así el aspecto social, espiritual y anímico, tanto del paciente como del propio familiar, dedicándose sólo a estabilizar y controlar la parte fisiológica del paciente.^{3,4}

Estos pacientes experimentan una pérdida de identidad personal multifactorial, ya que, en vez de ser nombrados por sus nombres, se dirigen a ellos por número de cama, enfermedades o tratamiento que recibe. También pierden la capacidad de comunicarse y expresarse al encontrarse con medicamentos para mantener ansiolisis, además de alteraciones neurológicas como delirium, alteraciones en el sueño y vigilia. Esto condiciona la incapacidad para controlar su entorno, gobernar sus propias acciones y decisiones, y asimismo, defenderse.⁵

La deshumanización se define como un proceso por el cual se considera que el individuo ha perdido sus cualidades humanas positivas. Debido a la enfermedad crítica y las terapias intensivas, los pacientes de la UCI son particularmente susceptibles a la deshumanización porque a menudo carecen de muchos atributos típicos de los seres humanos modernos: conciencia, disposición y autodeterminación.⁶

Por ello, como parte del tratamiento del paciente en UCI, el apoyo familiar juega un rol importante en la recuperación del paciente. La familia fomenta el bienestar psicológico y mejora la motivación del paciente para continuar luchando contra sus enfermedades, por lo que el apoyo que brinda la familia al tratamiento médico es de suma importancia, sobre todo en la UCI, ya que en muchas ocasiones el paciente presenta secuelas importantes que limitan su funcionalidad, además que los efectos de sedoanalgesia limitan la capacidad de tomar

decisiones, por lo que gran parte de las decisiones son trasladadas a sus familiares.⁷

Hasta el momento, la literatura se centra en los resultados de los pacientes, tales como los riesgos de mortalidad, morbilidad, error de médico y eficiencia, dejando de lado la percepción del familiar sobre el trato humanizado que se brinda en áreas hospitalarias. Cabe mencionar que los familiares de los pacientes ingresados a una UCI pueden llegar a tener, además, preocupaciones acerca de la competencia y las capacidades del personal médico.⁸

Durante el paso de los años, se han realizado instrumentos de validación para medir la satisfacción de los familiares respecto al cuidado humanizado que se brinda en la UCI. En el 2001, en el Hospital General de Kingston, Canadá, desarrollaron y aprobaron un cuestionario para medir el nivel de satisfacción de los miembros de las familias con pacientes en estado crítico, llamado FS-ICU (*Familiar Satisfaction in Intensive Care Unit*).⁹

En México, no hay evidencias estadísticas sobre la percepción del familiar sobre el cuidado humanizado. Se han realizado publicaciones en las que hacen hincapié en la necesidad de un tratamiento global en el cual se incluya infraestructura hospitalaria, un equipo multidisciplinario organizado, intervenciones humanizadas y centradas, así como estrategias modificadas para obtener mayores niveles de funcionalidad, esto con la finalidad de tener un gran impacto no sólo en el paciente sino también en sus familias.¹⁰ El objetivo de este estudio fue determinar la percepción del familiar respecto al cuidado humanizado que brinda el servicio de terapia intensiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

Previa evaluación y posterior a ser aceptado por el Comité Local de Ética e Investigación, con número de registro R-2022-2602-052, se realizó un estudio observacional, analítico, transversal, prospectivo donde se incluyeron a familiares a los que se les otorgó informe médico de paciente hospitalizados en la UCI de un Hospital de Tercer Nivel de Atención, que se encontraron durante el periodo de tiempo del estudio, las variables que se analizaron fueron edad, género, parentesco y calidad, considerando como familiar directo a aquella persona con estrecha relación familiar, social o emocional con el paciente, quedando incluidos aquellos parientes no sólo por consanguinidad, sino también por cercanía.

Para la selección de la muestra se incluyeron los que cumplían los siguientes criterios de inclusión: ser familiar directo, familiar de pacientes que tuvieran estancia mayor a 48 horas, que aceptaran participar en el proyecto con firma de consentimiento informado, respetan-

do en todo momento la privacidad y confidencialidad de sus respuestas.

Los criterios de exclusión fueron los menores de 18 años, los familiares de aquellos pacientes que fallecieron en las primeras 24 horas de estancia en la unidad, los familiares de los pacientes que fueron trasladados desde la UCI a otro centro hospitalario y los familiares que no sabían leer.

La investigación se llevó a cabo en el área de informes médicos de la UCI, en el horario de 08:00-13:00 horas de lunes a viernes. Durante los informes médicos, siempre estuvo presente el o la trabajador(a) social; al término de dar los informes médicos, se le explicaba al familiar en qué consistía el estudio y, una vez que autorizaba participar, el trabajador social le daba a firmar el consentimiento informado y le aplicaba la evaluación; esto último ya sin presencia del médico, realizándose una encuesta por paciente. Dentro de los sesgos que encontramos estuvo que en algunas ocasiones el familiar que recibía informes no era el mismo que pasaba a la visita.

El instrumento utilizado fue el cuestionario FS-ICU (encuesta elaborada por Heyland y colaboradores en el año 2001 en el Departamento de Medicina y Enfermería del Kingston, Hospital General en Ontario Canadá), la cual se adaptó a su versión en español como SF-UCI 24 (Satisfacción Familiar del paciente en UCI). Los

ítems del cuestionario se desarrollaron a partir de la definición conceptual de satisfacción de pacientes. La herramienta SF-UCI 24, consta de dos dimensiones: la primera, satisfacción con el cuidado (14 ítems) y, la segunda, la toma de decisiones (10 ítems). La encuesta se completa, usando la escala Likert de cinco puntos: 1 = excelente, 2 = muy bien, 3 = bien, 4 = suficiente, 5 = mal; un puntaje de 6 indica una respuesta de no aplicable. Requerimos hacer una conversión del formato de respuestas de la escala de Likert para obtener resultados cuantitativos, y por escala numérica le dimos valor de 100 al 1, 80 al 2, 60 al 3, 40 al 4, 20 al 5, y posteriormente lo convertimos en porcentaje. Los mismos autores de la FS-ICU 24, proponen esa conversión para poder manejar los resultados de manera más concreta.

Los datos obtenidos se integraron a las hojas de recolección de datos y se analizaron mediante el programa SPSS versión 25 en español. Realizamos estadística descriptiva; para variables cualitativas utilizamos frecuencia y porcentajes; para variable cuantitativa utilizamos media y desviación estándar o medianas.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, se entrevistó a un total de 176 participantes (familiares de pacientes) la media

Tabla 1: Satisfacción familiar con los cuidados otorgados a paciente en Unidad de Cuidados Intensivos.

Ítems de la encuesta	Escala tipo Likert						%	
	Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica	Valor ítem	Ítem Sd
Cuidados recibidos								
Preocupación y cuidado del paciente	71	63	30	12	—	—	81.93	18.35
Manejo del dolor	68	66	29	12	1	—	81.36	18.71
Manejo de disnea	39	88	32	11	—	6	75.57	21.50
Manejo de la agitación	51	78	36	9	—	2	78.52	19.48
Cuidados profesionales								
Consideración de necesidades	67	65	35	9	—	—	81.59	17.68
Apoyo emocional	65	64	35	12	—	—	80.68	18.38
Trabajo en equipo	68	65	35	8	—	—	81.93	17.45
Preocupación y cuidado del personal	63	69	34	10	—	—	81.02	17.66
Enfermería								
Habilidades y competencias	61	69	37	9	—	—	80.68	17.48
Comunicación	61	61	31	21	—	2	77.73	21.68
Médicos								
Habilidades y competencias	77	61	29	9	—	—	83.41	17.69
Unidad cuidados Intensivos								
Ambiente en Unidad de Cuidados Intensivos	66	62	37	11	—	—	80.80	18.31
Ambiente en sala de espera	52	66	29	9	—	—	76.49	20.66
Satisfacción del cuidado								
	Completamente satisfecho	Muy satisfecho	Algo satisfecho	Poco satisfecho	Nada satisfecho		Valor ítem	Ítem Sd
	32	96	44	4	—		77.95	14.03

Fuente: Respuestas obtenidas del SF-UCI 24 aplicado al familiar.

En las columnas se muestra por orden el número de familiares que ha respondido a cada pregunta, seguido por el número. En las últimas columnas se expresan las medias del grado de satisfacción para cada ítem (valor ítem) con sus desviaciones estándar (ítem Sd).

Tabla 2: Satisfacción familiar con el proceso de la toma de decisiones. N = 176.

Ítems de la encuesta	Escala tipo Likert					%	
	Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	Valor ítem	Ítem DE
Frecuencia en comunicación	39	84	32	21	—	76.02	18.39
Facilidad para conseguir información	71	60	33	12	—	81.59	18.57
Comprensión en la información	42	83	37	14	—	77.39	17.37
Honestidad	62	58	44	12	—	79.32	18.74
Exhaustividad de la información	66	68	27	15	—	81.02	18.67
Consistencia de la información	60	60	39	17	—	78.52	19.48
Toma de decisiones	Muy incluido/ apoyado	Algo incluido/ apoyado	Indiferente	Algo excluido/ apoyado	Excluido	Valor ítem	Ítem DE
Se sintió excluido							
Se sintió apoyado							
Sintió control sobre el cuidado del paciente	74	49	47	6	—	81.70	18.12

Fuente: Percepción del familiar sobre el cuidado humanizado que brinda el servicio de terapia intensiva en la Unidad Médica de Alta Especialidad número 2. En las últimas columnas se expresan las medias del grado de satisfacción para cada ítem (valor ítem) con sus desviaciones estándar (ítem DE)

Tabla 3: Nivel de satisfacción familiar de las diferentes dimensiones del cuestionario SF-UCI 24.

Variable	Media ± desviación estándar
Satisfacción del cuidado	80.34 ± 15.35
Satisfacción en toma de decisiones	80.83 ± 14.85
Satisfacción global	80.55 ± 14.21

SF-UCI 24 = satisfacción familiar del paciente en unidad de cuidados intensivos.

Fuente: Percepción del familiar sobre el cuidado humanizado que brinda el servicio de terapia intensiva en la Unidad Médica de Alta Especialidad No. 2.

de edad de ellos fue de 46 años; 121 (68.8%) pertenecían al género femenino y 55 (31.3%) al masculino.

De acuerdo a la distribución del parentesco con una mayor frecuencia se encontró a la pareja del paciente, siendo 51 (29%) esposas, 42 (23.9%) esposos, seguido con 32 (18.2%) madre, 30 (17%) hijos, 14 (8%) hermana y, por último, siete (4%) padre.

Con base en las respuestas obtenidas mediante la aplicación del instrumento, respecto al trato del paciente, 71 (40.3%) dijeron que fue excelente; en la evaluación del manejo de síntomas, 68 (38.6) describieron que su percepción para el manejo del dolor fue excelente; en la disnea, 50% de los encuestados refiere que el manejo estuvo muy bien, y en el caso de la agitación la mayoría consideró que su paciente estuvo muy bien atendido. De acuerdo al cuidado otorgado por el personal de salud, en la evaluación de la atención otorgada por enfermería, 69 familiares la calificaron como muy bien entendidos, y en el caso de la atención de los médicos fue calificada por la mayoría (43.8%) como excelente. El ambiente en general fue excelente, y en la satisfacción del cuidado 96 (54.5%) personas respondieron que estaban muy satisfechos (*Tabla 1*).

En cuanto a la evaluación de la satisfacción familiar con el proceso de la toma de decisiones, donde se aborda lo referente a la información otorgada por el médico, se calificaron como excelente tanto la facilidad para conseguir la información 71 (4.34%) como la honestidad 62 (35.22%). En el proceso de toma de decisiones, la mayoría describe que se sintió muy incluido/ apoyado (*Tabla 2*).

De acuerdo al nivel de satisfacción familiar y las diferentes dimensiones que evalúa el cuestionario (lo relacionado con los cuidados brindados por el personal de salud, como en la satisfacción de la familia con la toma de decisiones con respecto al cuidado del paciente crítico y la percepción global del familiar con respecto tanto al cuidado, necesidad de información y proceso de toma de decisiones), estuvieron muy satisfechos (*Tabla 3*).

DISCUSIÓN

El trato humanizado en la atención sanitaria implica que el profesional de la salud respete la intimidad y autonomía del paciente, que realice una adecuada comunicación tanto con el paciente como con la familia, haciéndoles partícipes de los cuidados y la toma de decisiones en el enfermo crítico. Las dimensiones de calidad cobran un significado más intenso, ya que son pacientes más vulnerables; por ello, en la última década, la satisfacción en la UCI es un tema que está adquiriendo relevancia.¹¹

La encuesta utilizada (FS-UCI 24) al ser una abreviación o adaptación de la FS-ICU 34, cumple con los criterios necesarios que debe cumplir todo instrumento que pretenda medir la satisfacción de los usuarios. Aplicada en 2015, por Holanda Peña y colaboradores,¹² donde se

entrevistaron 192 familiares, de los cuales más de 50% pertenecían al género femenino, el grado de parentesco que predominó fueron las esposas, concordando con lo que obtuvimos en nuestro estudio, en el que predominó que el familiar presente era el conyuge.

En el estudio realizado por Pérez Cárdenas y asociados,¹³ la edad media de los entrevistados fue de 56 años, el parentesco que predominó fueron los hijos; sin embargo, coincidimos en que la mayoría de los familiares dijeron que la sala de espera no era adecuada, ya que en los resultados que obtuvimos en nuestro estudio, el ambiente de la sala de espera fue calificado como malo.

A pesar del tiempo, coincidimos en que la satisfacción en la sala de espera fue calificada con un grado desfavorable, como en el estudio realizado por Holanda-Peña y Embriaco N y su grupo.^{12,14}

En cuanto a los grados de satisfacción de acuerdo a los cuidados recibidos por su familiar, en nuestra unidad se percibieron como «muy buenos» en su calificación de la satisfacción global, siendo similares a los descritos en la investigación de López Chacón y colegas, donde los familiares mostraron niveles altos de satisfacción, arrojando una puntuación alta para la satisfacción global (80.2%). También los cuidados otorgados por el personal de la UCI fueron catalogados como altos (82%), y en el proceso de toma de decisiones obtuvimos que los entrevistados se sintieron muy incluidos en (79.42%), coincidiendo con lo informado por Holanda Peña y su equipo, al obtener un grado de satisfacción alto con respecto a la toma de decisiones (77.7%).¹⁴

Los resultados que se plasman en las investigaciones anteriores son similares a los obtenidos en nuestra investigación, donde la mayoría de los familiares percibían la satisfacción de manera global como muy buena ($\geq 80\%$).

El objetivo de la medicina intensiva es ofrecer a los enfermos críticos una asistencia sanitaria ajustada a sus necesidades, de calidad y de la manera más segura posible. Por esa razón se crearon los «indicadores de calidad del enfermo en estado crítico», siendo éstos la medida cuantitativa que se utiliza como guía para controlar y valorar la calidad de aspectos importantes de la práctica asistencial,¹⁵ en donde la medición de la satisfacción de la atención es considerada como un indicador relevante; por ello es prioritario este tipo de estudios.

CONCLUSIONES

Un cuidado humanizado, salvaguarda la integridad y autonomía de los pacientes e incluye a sus familiares en las tomas de decisiones, logrando que se sientan cómodos y no excluidos, con el personal que labora en la unidad.

Con esta investigación, logramos un avance, ya que nos permite conocer el grado de satisfacción del familiar de un paciente ingresado en una UCI. En un próximo estudio, buscaremos determinar el grado de satisfacción del paciente que (aunque sea sólo a un subgrupo de pacientes) sí se pueda cuestionar, lo que nos permitiría obtener información más precisa sobre cómo se siente el propio paciente, y así poder evaluar la concordancia entre la percepción de los pacientes y sus familiares, y determinar si realmente los familiares pueden ser adecuados representantes de los pacientes.

Obtuvimos implicaciones potencialmente significativas, ya que la medición de la satisfacción es considerada con un indicador relevante que debe cumplirse en todas las unidades de cuidados intensivos, por lo que este tipo de estudios debe realizarse en todas las unidades médicas, buscando instaurar medidas para mejora para la calidad y calidez de la atención otorgada al paciente y su familiar.

AGRADECIMIENTOS

Se extiende un agradecimiento a todos los familiares que aceptaron participar en este estudio, así como al personal de la UCI del Hospital de Especialidades No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Sonora.

REFERENCIAS

1. Geller G, Branyon ED, Forbes LK, et al. ICU-RESPECT: an index to assess patient and family experiences of respect in the intensive care unit. *J Crit Care*. 2016;36:54-59. doi: 10.1016/j.jcrc.2016.06.018.
2. Zurita NGR. Estado actual de las demandas. *Cirujano General*. 2011;33(S2):141-146.
3. Bailey JJ, Sabbagh M, Loiselle CG, Boileau J, McVey L. Supporting families in the ICU: a descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive Crit Care Nurs*. 2010;26(2):114-122. doi: 10.1016/j.iccn.2009.12.006.
4. Pena H, MJ DA, Wallmann RJMI. Measuring the satisfaction of patients admitted to the intensive care unit and of their families. *Med Intensiva*. 2014;39(1):4-12. doi: 10.1016/j.medint.2013.12.008.
5. Wilson ME, Beesley S, Grow A, et al. Humanizing the intensive care unit. *Critical Care*. 2019;23(1):32. doi: 10.1186/s13054-019-2327-7.
6. Luce JM. End-of-life decision making in the intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med*. 2010;182(1):6-11. doi: 10.1164/rccm.201001-0071CI.
7. Peña MH, Talledo NM, Ruiz EO, et al. Satisfacción en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): la opinión del paciente como piedra angular. *Med Intensiva*. 2017;41(2):78-85. doi: 10.1016/j.medint.2016.06.007.
8. Stevens JP, Kachniarz B, O'Reilly K, Howell MD. Seasonal variation in family member perceptions of physician competence in the intensive care unit: findings from one academic medical center. *Acad Med*. 2015;90(4):472-478. doi: 10.1097/ACM.0000000000000553.
9. Heyland DK, Tranmer JE, Kingston General Hospital ICURWG. Measuring family satisfaction with care in the intensive care unit: the development of a questionnaire and preliminary results. *J Crit Care*. 2001;16(4):142-149. doi: 10.1053/jcrc.2001.30163.

10. Jones R MM, Morales D, Pérez O. Los elementos esenciales para una Unidad de Cuidados Intensivos Humanizada (H-ICU). *ICU Management & Practice*. 2021;21(9):2.
11. Rojas, V. Humanización de los cuidados intensivos. *Rev Med Clin Condes*. 2019;30(2):120-125. doi: 10.1016/j.rmclc.2019.03.005.
12. Holanda PM, Marina TN, Ots RE, et al. Satisfacción en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): la opinión del paciente como piedra angular. *Med Intensiva*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medint.2016.06.007>
13. Pérez-Cárdenas M, Rodríguez Gómez M, Fernández-Herranz A, et al. Valoración del grado de satisfacción de los familiares ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Revista Medicina Intensiva*. 2004;28(5):237-249.
14. Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Curr Opin Crit Care*. 2007;13(5):482-488. doi: 10.1097/MCC.0b013e3282efd28a.
15. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y unidades coronarioas. Indicadores de calidad del enfermo en estado crítico. Disponible en: semicyuc.org/wp-content/uploads/2018/10/actualizacion_indicadores_calidad_2011.pdf.

Conflictos de intereses: los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses.

Financiamiento: no se requirió financiamiento ni se recibió compensación alguna para la realización de este trabajo.

Correspondencia:

Dra. Cibeles Arrambí Díaz

E-mail: cibelesarrambi@hotmail.com