



FCM
Facultad de
Ciencias Médicas



**TRABAJO FINAL INTEGRADOR DE LA ESPECIALIDAD
DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO AL PACIENTE**

CRÍTICO

**PERCPCIONES DE LOS FAMILIARES DE
LOS PACIENTES INTERNADOS EN
TERAPIA INTENSIVA**

Autora: Lic. María del Carmen Borgatta

Tutora: Dra. María Cristina Cometto

Córdoba, 27 de Julio de 2016

Agradecimientos

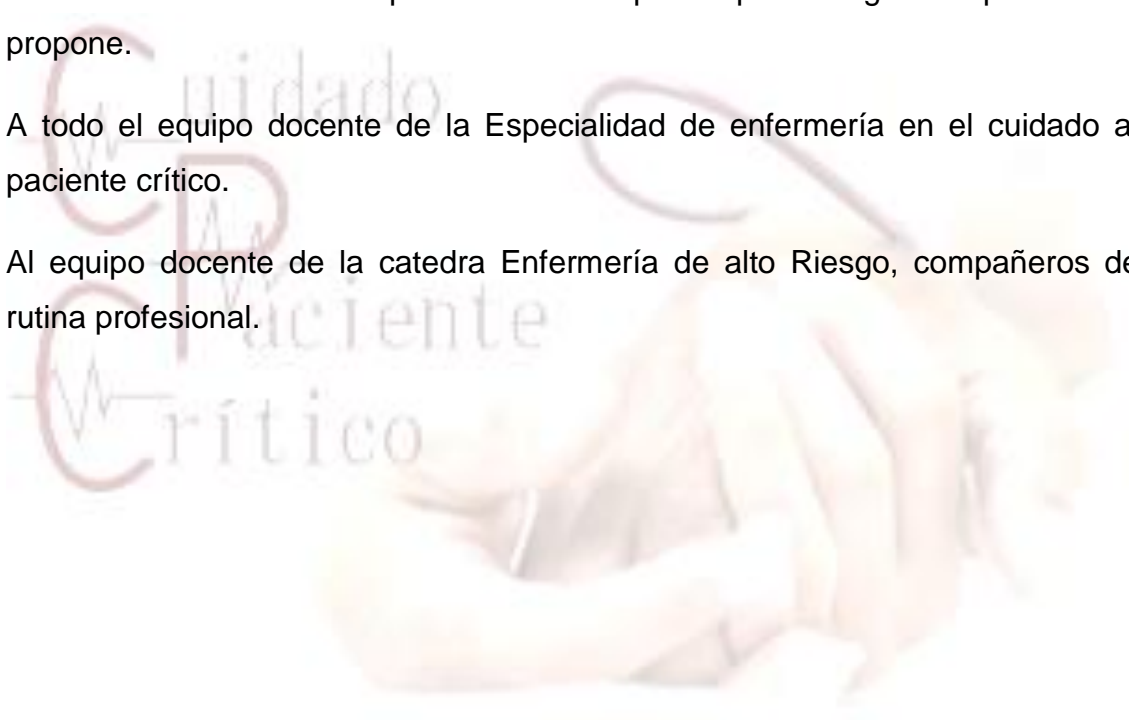
A Eduardo que me sostuvo, apoyó y alentó en los momentos que mi fuerza decaía a continuar hasta el final de manera incondicional.

A la Dra. María Cristina Cometto por enseñarme cuidado enfermero a paciente crítico y guiarme en la construcción de este trabajo integrador.

A la Dra. Patricia Gómez por enseñarme que se puede lograr lo que uno se propone.

A todo el equipo docente de la Especialidad de enfermería en el cuidado al paciente crítico.

Al equipo docente de la cátedra Enfermería de alto Riesgo, compañeros de rutina profesional.



Índice

Resumen -----	3
Abstract -----	3
Introducción -----	4
Objetivo -----	9
Material y Método -----	9
Fuente -----	10
Resultados -----	12
Discusión -----	16
Conclusión -----	18
Bibliografía -----	19

Resumen

Este trabajo intenta describir las necesidades de los familiares de los pacientes internados en unidades de terapia intensiva mientras se encuentran en la sala de espera, aborda aspectos como tipo de familia, temores, inseguridades y sobre todo que el déficit de información, hace que los familiares vivan en una angustia permanente. Considerando que de la UTI se tiene un falso concepto, un mito "el paciente está gravísimo", esto genera incertidumbre, miedo a la muerte y angustia para quien está del otro lado, este estudio intenta conocer las percepciones de las familias de pacientes internados en las UTI. Se utilizó una entrevista con preguntas cerradas para la recolección de datos a familiares de pacientes internados en UTI durante los meses de Mayo y Junio de 2016 en cuatro terapias de alta complejidad de la ciudad de Córdoba, Argentina.

Palabras claves: paciente, familia, percepciones

Abstract:

This paper attempts to describe the needs of families of patients in intensive care units while in the waiting room, it addresses issues such as family type, fears, insecurities and especially the lack of information, makes the family live in permanent anxiety. Whereas the UIC has a misconception, a myth, " the patient is very serious ", this creates uncertainty, fear of death and anguish for those who are on the other side, this study aims to understand the perceptions of families of patients in ESAs. an interview with closed for data collection relatives of ICU patients during the months of May and June 2016 in four highly complex therapies city of Cordoba, Argentina questions I was used.

Keywords: patient, family, perceptions

Introducción

Ya en 1860, Florence Nightingale señaló las ventajas de establecer un área del hospital para la recuperación del paciente tras la cirugía.

La primera descripción corresponde a la unidad de recuperación post quirúrgica, presente en los años 20 del siglo XX en el hospital Johns Hopkins de Baltimore USA.

Aunque se postula que la primera UCI data de 1940 cuando el neurocirujano Dr. W. E. Dandy abrió una unidad de cuatro camas, específica para cuidados postoperatorios neuroquirúrgicos.

En Alemania las primeras UCIs post quirúrgicas datan de 1930. Durante la II Guerra Mundial, se establecieron unidades de shock, para la resucitación y cuidados post quirúrgicos de los soldados heridos en batalla. Durante los años 50 se desarrolló la ventilación mecánica, tras la experiencia positiva en Dinamarca durante la epidemia de poliomielitis de 1952.

En 1970 se crea la Sociedad Americana de Cuidados Intensivos (Society of Critical Care Medicine: SCCM).

Las Unidades de Terapias Intensivas fueron creadas con el fin de realizar un abordaje y tratamiento de pacientes con compromiso multiorgánicos, que requerían de un cuidado, vigilancia y soportes vitales que las salas comunes no podían brindar, a partir de allí se fue especializando tanto en la disciplina médica, como en enfermería, fisioterapia, y demás profesiones de las ciencias de la salud.

La práctica profesional en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) viene despertando reflexiones sobre la experiencia en este peculiar ambiente, el cual es utilizado para la atención de pacientes graves. Uno de los puntos que surge como significativos es la vivencia de los familiares de pacientes hospitalizados, el cual es tema de este estudio: ¿Qué significa para la familia vivenciar esta situación? ¿Qué implicaciones puede generar esta situación para el trabajo del equipo de salud? El interés en esta temática como enfermeros, no solo está relacionado con vivencias pasadas y actuales, sino también con relación al contexto de salud que viene demandando acciones humanizadas y

acogedoras, que contribuyan para la construcción de la atención integral. El cambio en el paradigma de atención incorpora la propuesta de la humanización de la atención, en todos los niveles de organización de los servicios de salud. Esto involucra y articula de modo más efectivo, los distintos niveles del sistema, comprendiendo que los principios que rigen el Sistema Único de Salud (SUS) deben ser también asegurados en los contextos de la atención a nivel terciario. La valoración del hombre trae una nueva visión de la asistencia en salud, pues la masificación da lugar a la visión de la singularidad, que significa ver al individuo como único, involucrado en un contexto familiar y social que permite que el mismo se sienta saludable o enfermo. De esta forma, esta investigación realizó un corte enfocando específicamente, la vivencia de la familia del paciente internado, considerando el contexto de la UCI. Los modos como las familias experimentan la internación de un familiar, muestran fases importantes que auxilian el repensar la humanización de la atención. Siendo así, la propuesta de este estudio es comprender las vivencias de los familiares de pacientes internados en la UCI, con la intención de contribuir para la humanización del cuidado en este contexto. (1)

Pacientes: los individuos internados en las unidades de cuidados críticos están en una situación de vulnerabilidad dada por la pérdida de su autonomía, la disminución de sus funciones vitales, el miedo a lo desconocido, la separación temporal de sus familiares. (2)

- a) Paciente crítico: se define por la existencia de una alteración en la función de uno o varios órganos o sistemas, situación que puede comprometer su supervivencia en algún momento de su evolución, por lo que la muerte es una alternativa posible.
- b) Apoyo vital: es toda técnica que aplicada al organismo puede sustituir la función fisiológica de un órgano, cuando su afectación ponga en peligro la vida. Cada técnica de apoyo vital puede ser aplicada, o no, según la situación de cada paciente. Ej. de técnica de apoyo vital: la ventilación mecánica y el sostén hemodinámico.

Estos dos conceptos forman parte indisoluble del escenario de los cuidados intensivos y de la toma de decisiones que ocurren en este tipo de servicio,

surgiendo así su interrelación dialéctica con la bioética. Más claro: en la terapia intensiva, tanto por el riesgo que lleva implícito el paciente mismo como por la presunta consecuencia del acto médico, la prolongación de la vida o la muerte puede ser consecuencia directa o indirecta, inmediata o mediata de la decisión médica; en otras ocasiones la urgencia de una decisión no siempre permite el análisis adecuado por parte del médico ni la participación del paciente o de su representante, por lo que en este contexto se generan dilemas morales, que antes no existían al existir una participación pasiva de los pacientes en las decisiones que afectaban su propia vida, y que ahora por el desarrollo socio cultural alcanzado por la sociedad, se convierten en una problemática compleja, pues tanto el enfermo como toda la sociedad deben reflexionar sobre la racionalidad de las acciones médicas que siempre puedan ser emprendidas en cada caso y situación.

Familia: es un grupo cuyos miembros se interrelacionan, están sujetos a la influencia del entorno y ante la hospitalización de uno de sus integrantes, se crea una situación de crisis. El ingreso de un paciente en una unidad de terapia intensiva (UTI) expone a los miembros de su familia a una situación difícil que puede desorganizarlos, preocuparlos y atemorizarlos, ante la idea de gravedad y pérdida del ser querido.

La OMS define familia como "Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos, a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial".

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), podemos definir la familia como "conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan.

Algunas de las acepciones del significado Familia en la RAE la define:

#Grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas.

#Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje. (3)

Según OPS desde una perspectiva psicosocial, la familia es vista como: a. Uno de los microambientes donde permanece el adolescente y, que, por lo tanto, es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable. Este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia. b. Un contexto de por sí complejo e integrado, pues participa en la dinámica interacción de los sistemas biológico, psicosocial y ecológico, dentro de los cuales se movilizan los procesos fundamentales del desarrollo del adolescente. c. Una unidad psicosocial sujeta a la influencia de factores socioculturales protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis o en patrones disfuncionales. d. Uno de los factores protectores cuando funciona en forma adecuada, que es, por lo tanto, uno de los focos de la prevención primordial y primaria. Se acepta, además, que en el cambiante mundo actual no es posible asociar el adecuado funcionamiento con una modalidad particular de familia, sino que es indispensable reconocer la existencia de múltiples formas de familia. Esta dinámica debe ser objeto de estudio para identificar los criterios de adecuación y de salud. (4)

Percepciones: Una de las principales disciplinas que se ha encargado del estudio de la percepción ha sido la psicología y, en términos generales, tradicionalmente este campo ha definido a la percepción como el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización. No obstante que la percepción ha sido concebida como un proceso cognitivo, hay autores que la consideran como un proceso más o menos distinto señalando las dificultades de plantear las diferencias que ésta tiene con el proceso del conocimiento. Por ejemplo, Allport apunta que la percepción es algo que comprende tanto la captación de las complejas circunstancias ambientales como la de cada uno de los objetos. Si bien,

algunos psicólogos se inclinan por asignar esta última consideración a la cognición más que a la percepción, ambos procesos se hallan tan íntimamente relacionados que casi no es factible, sobre todo desde el punto de vista de la teoría, considerarlos aisladamente uno del otro (5).



Objetivo: conocer la percepción de los familiares de los pacientes internados en la UTI.

Material y método, estudio descriptivo y prospectivo. El universo estuvo constituido por todos los familiares de los pacientes internados en una UTI de la ciudad de Córdoba (n:22). Durante el mes de mayo y junio de 2016. La fuente fue primaria y la técnica, entrevista estructurada, con preguntas de tipo cuali /cuantitativas.



Fuente:

ENTREVISTA A FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EN UTI

1. ¿Que edad tiene su familiar?

- 0-10 años
- 10-20 años
- 20-30 años
- 30-40 años
- 40-50 años
- 50-60 años
- 60-70 años
- 70-80 años
- 80-90 años

2. ¿Cuál es el estado civil de su familiar?

- casado
- soltero
- viudo
- divorciado

3. ¿Qué relación tiene con el paciente?

- Esposo/a
- Hijo/a
- Nieto/a
- Amigo/a
- Pareja
- Sobrino/a
- Abuelo/a
- Padre
- Madre

4. ¿Es jefe de familia su familiar?

- Si
- No

5. ¿Es el primer familiar que tiene internado en UTI?

- Si
- No

6. ¿Quién concurre a recibir el informe diario?

- Familia nuclear
- Familia extendida
- Amigos

7. ¿Comprende el informe?

- Si
- No
- Confuso

8. ¿Esta conforme con el informe?

- Si
- No

9. ¿Al tener mas informacion acerca del estado de su familiar? Le produce:

- Ansiedad
- Inseguridad
- No cambia nada

10. ¿Cuál es su mayor preocupacion respecto a su familiar?

- Se va a morir ?
- Puedo hablarle ?
- Puedo tocarlo ?
- Me escucha ?
- Varios

11. ¿Cómo se siente en los momentos de espera?

- Seguro
- Angustiado
- Preocupado
- Indiferente

12. ¿Cuánto tiempo permanecen en la sala de espera?

- Lo justo para esperar el informe y verlo
- Mas tiempo
- Todo el tiempo
- Se turnan con otros familiares para estar siempre

Resultados:

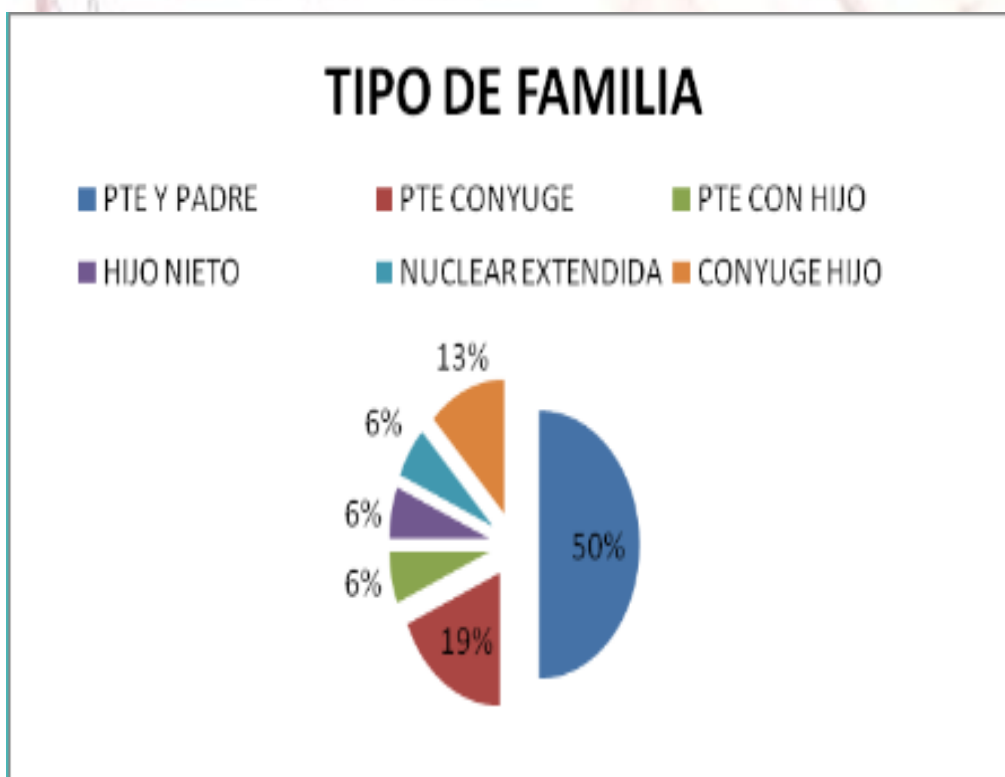
El tipo de familia más representativa fue la familia nuclear (74%) y el 53% de los pacientes internados eran jefes de la familia.

En cuanto a la información recibida, el 72% de los familiares comprendieron lo expresado, mientras el 11% lo vieron confuso, del total de encuestados el 33 % considera que necesitan averiguar más de lo informado. Esperan de los informantes que le digan la verdad y que den esperanza.

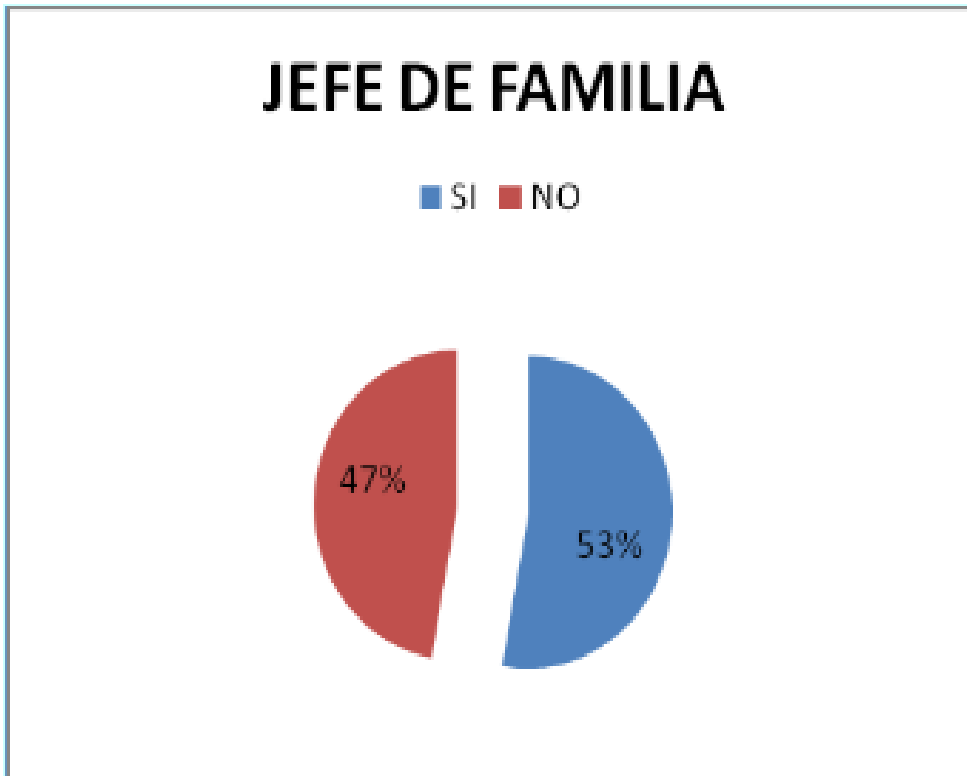
Con respecto a las preocupaciones, la más destacada fue en un 61% el temor a la muerte y la segunda en un 11% la dificultad de comunicarse.

Al mirar las vivencias familiares el un 22% se manifestaron seguros; el 22% angustiado; el 17% preocupados; en el 11% cautelosos y un 22 % no opinaron.

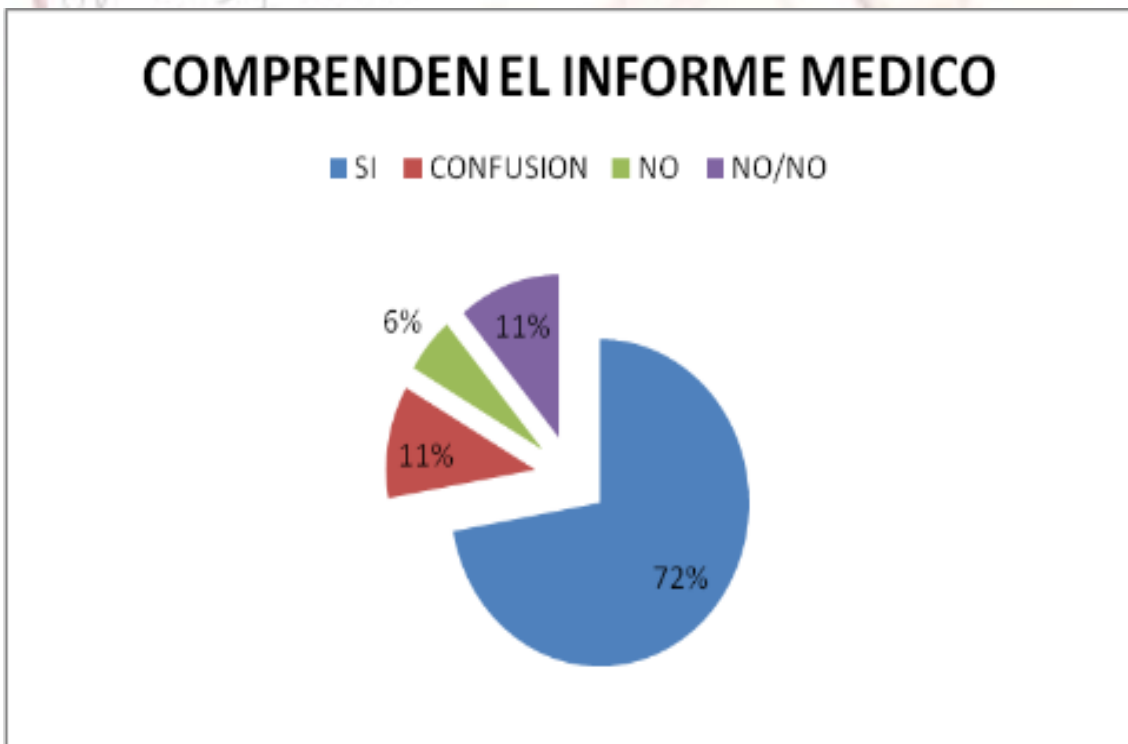
En virtud de las necesidades expresadas refirieron mayor comodidad en la sala de espera y contención del equipo de salud, además de mayor accesibilidad al horario de visitas.



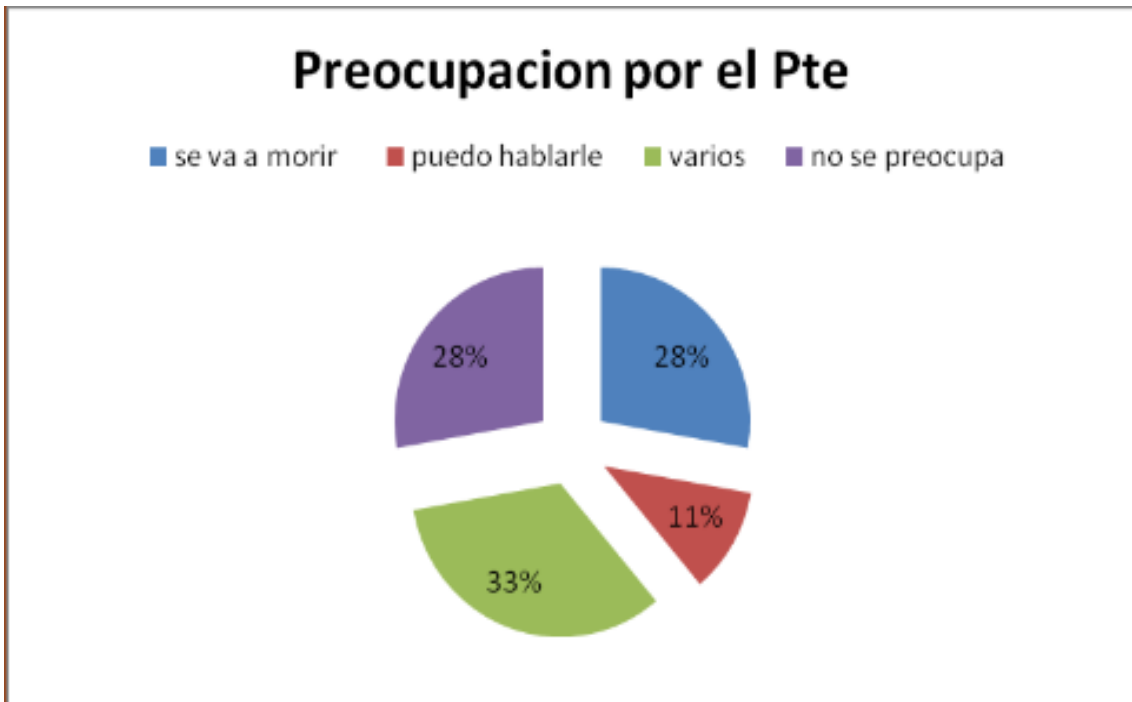
Fuente: Entrevista a familiares de pacientes internados en UTI, Mayo-Junio 2016.



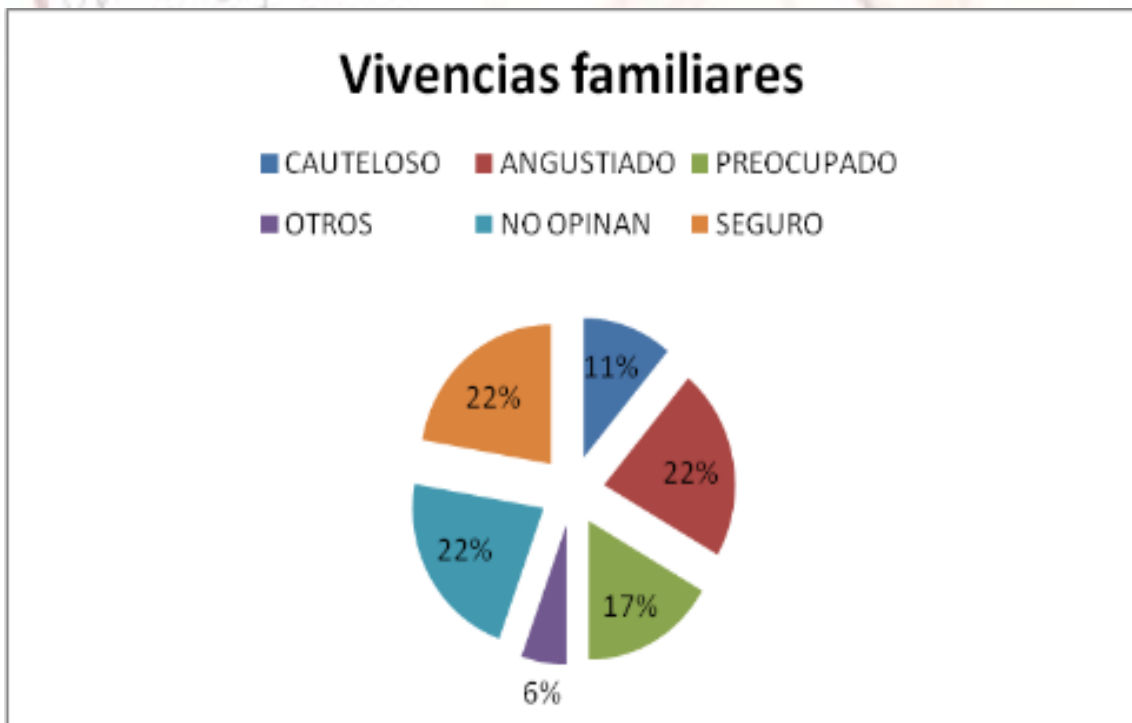
Fuente: Entrevista a familiares de pacientes internados en UTI, Mayo Junio 2016.



Fuente: Entrevista a familiares de pacientes internados en UTI, Mayo-Junio 2016.



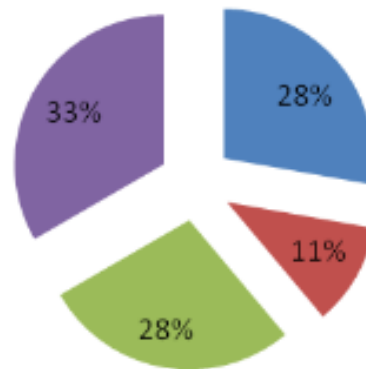
Fuente: Entrevista a familiares de pacientes internados en UTI, Mayo-Junio 2016.



Fuente: Entrevista a familiares de pacientes internados en UTI, Mayo-Junio 2016.

Que esperan del informante

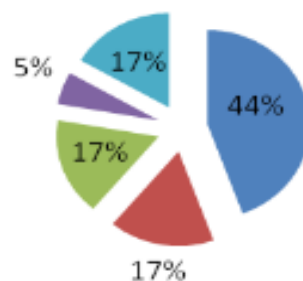
■ DÉ ESPERANZAS ■ OTROS ■ NO OPINAN ■ VERDAD



Fuente: Entrevista a familiares de pacientes internados en UTI, Mayo-Junio 2016.

Modificación de conductas en la sala de espera.

■ PERMANECE MAS TIEMPO EN SALA DE ESPERA
■ SE ALEJA
■ BUSCAN SUSTITUTO
■ OTROS
■ NO CORRESPONDE



Fuente: Entrevista a familiares de pacientes internados en UTI, Mayo-Junio 2016.

Discusión:

Según lo estudiado en trabajos científicos elaborados por otros autores similares al presente es que se compara y discuten algunos aspectos coincidentes en dichos trabajos.

Es de importancia enmarcar que el 77,5% de la población es de primer grado de consanguinidad (esposa/so, hijos/as.), lo cual indica que conviven en un mismo hogar y se relacionan íntimamente entre sí, por tal motivo el hecho de que un miembro del núcleo familiar en especial la cabeza de familia como en el caso de este estudio donde es el cónyuge el que se encuentra hospitalizado, los demás parientes del entorno familiar requieren de atención por parte del personal de salud, no de tipo asistencial sino emocional que incluya una adecuada y clara comunicación sobre el estado de salud del paciente, ya que dicha hospitalización implica disfuncionalidad en la familia como unidad y genera en los miembros una crisis emocional, evento para el cual no están preparados para afrontar, debido a que suele suceder de manera inesperada, y genera al final inestabilidad familiar.

La percepción que tienen los familiares sobre el apoyo emocional, se puede relacionar con Rivera y Triana ⁽⁶⁾ quienes resaltan que “los familiares dentro de las instituciones hospitalarias valoran más los aspectos del cuidado, que tienen relación con la valoración del ser humano como un ser holístico, donde comportamientos como la empatía, el afecto, el tacto como acción de apoyo y cuidado por parte del personal de enfermería a cargo de su salud, son percibidos como un cuidado con calidad”.

En general para brindar el apoyo emocional que requieren los familiares, se debe contar con un cuerpo de conocimientos científicos y éticos, tomando en cuenta que al individuo se le contempla en sus tres esferas: biopsicosociales, donde se abarca el apoyo emocional que comprende la empatía, el cuidado, el amor y la confianza que una persona ofrece a otra, por consiguiente la enfermera (o) debe tener los conocimientos necesarios y la sensibilidad para

poder atender y brindar esta necesidad que la familia demanda día a día durante la estancia hospitalaria.

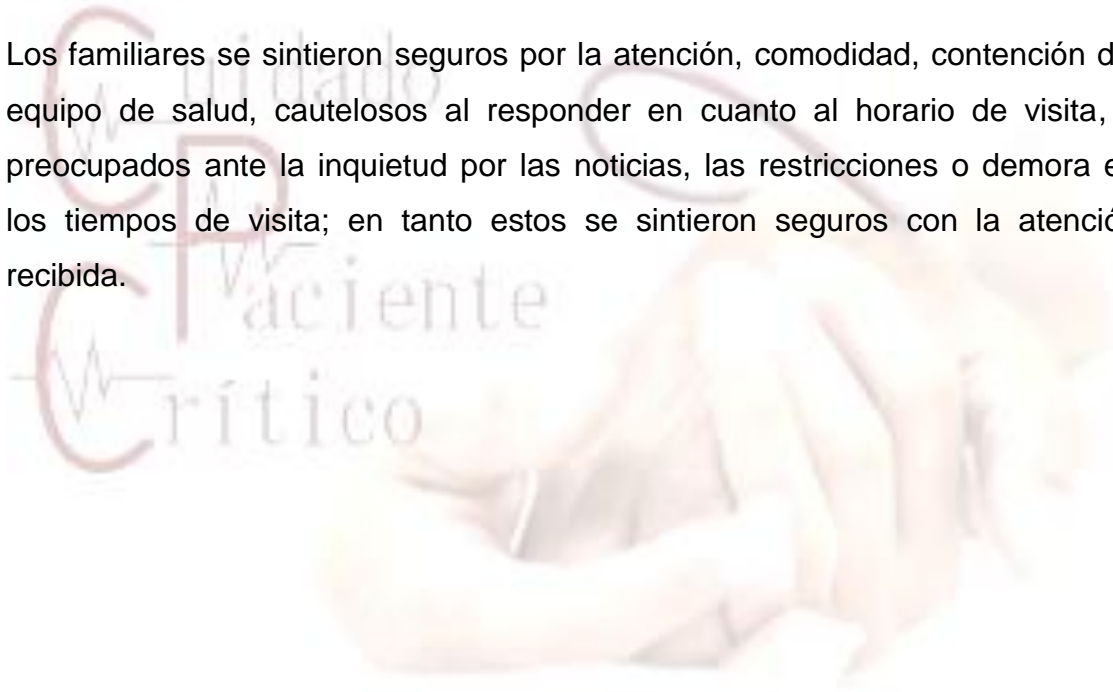
Las habilidades, estrategias y gestos de los profesionales de enfermería más destacados para poder realizar una eficaz comunicación con los familiares, es la empatía, la confianza, el empleo de una información adecuada, clara y sencilla al nivel sociocultural del familiar, además de un tono de voz cálido y comprensivo con un volumen y ritmo combinado con posturas corporales, expresión facial y mirada dulce que genere tranquilidad y esperanza en cada uno de los miembros de esa familia que está en crisis.

En general cuando el personal de enfermería se comunica con los familiares de pacientes hospitalizados en una UCI, debe considerar al brindar la información un lugar físico apropiado (no en los pasillos, ni en colectivo), escuchar con atención y tiempo suficiente todas las dudas y preguntas, utilizar palabras sencillas hasta donde sea posible, para que la familia pueda comprender el estado de salud del paciente hospitalizado, mostrar empatía y reconocer que se debe tratar a las demás personas como si se evidenciara una situación personal similar, que tarde o temprano se puede presentar. De igual modo, la atención y cuidado al paciente y su familia debe ser efectuada de manera diaria, continua y pensando siempre en el otro como un ser humano (7) y no sólo a solicitud del paciente o su familia.

Conclusión

Se puede concluir que la familia nuclear es quien concurre a las visitas en mayor porcentaje, que comprenden y están conformes con los informes, las preocupaciones más importantes de los familiares son: que se les diga la verdad acerca del estado del paciente; que se les de esperanza respecto al estado del familiar, el miedo a la muerte y si pueden hablar con el paciente, en este último aspecto referente a la comunicación del familiar con el paciente refieren en un alto porcentaje que no saben qué hacer cuando están al lado del paciente, si pueden hablarle, tomarle de la mano, y si son escuchados y sentidos por su familiar.

Los familiares se sintieron seguros por la atención, comodidad, contención del equipo de salud, cautelosos al responder en cuanto al horario de visita, y preocupados ante la inquietud por las noticias, las restricciones o demora en los tiempos de visita; en tanto estos se sintieron seguros con la atención recibida.



BIBLIOGRAFIA

- (1) Fabiane Urizzi, Corrêa Adriana Katia. Vivencias de familiares en terapia intensiva: el otro lado del ingreso. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2007 Aug [cited 2016 July 20]; 15(4): 598-604. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000400012&lng=en.
- (2) Schwartzmann, Laura. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: ASPECTOS CONCEPTUALES. Cienc. enferm. [Internet]. 2003 Dic [citado 2016 Jul 20]; 9(2): 09-21. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=es.
- (3) <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Familia%20y%20adolescencia.%20Indicadores%20de%20salud.pdf>
- (4) VARGAS MELGAREJO L M, Sobre el concepto de percepción. Alteridades 1994447-53. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004>. Fecha de consulta: 20 de julio de 2016.
- (5) Rivera L, Triana A. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la clínica del country. Av Enfermería. 2007; XXV; (1):56-68.
- (6) Bautista LM, Arias MF, Carreño ZO. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. Rev Cuid. 2016; 7(2): 1297-1309. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>