

III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

LA FAMILIA Y EL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE REANIMACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA ENFERMERA

Autor principal ENCARNA MARIA RODRÍGUEZ PÉREZ

CoAutor 1 CLEMENCIA M^a FERRER MORENO

CoAutor 2 MARÍA DEL MAR MARÍN MORÓN

Área Temática Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Cuidados Críticos y Urgencias

Palabras clave relaciones profesional-familia derechos del paciente cuidados críticos comunicación (en salud)

» Resumen

La relación enfermera-paciente/familia es un aspecto muy importante, pues una relación basada en la confianza constituye un requisito necesario para la buena marcha del proceso terapéutico. Una comunicación propicia que permita obtener una información adecuada y generar en el enfermo un sentimiento de seguridad que lo haga receptivo a la sugerencia y recomendaciones de la enfermera, son aspectos que inciden positivamente en la evolución de la enfermedad.

Los servicios de cuidados de pacientes críticos son unidades cerradas en las que se hace difícil la interacción con la familia, por lo que la enfermera debe ser la responsable de facilitar la información necesaria para crear un ambiente óptimo durante la estancia del paciente. Nuestro objetivo fue conocer la perspectiva enfermera respecto a la calidad de la relación establecida con el paciente y su familia, e identificar las deficiencias que surgen en la unidad de Reanimación del Hospital Torrecárdenas de Almería.

Se llevó a cabo una investigación cualitativa de enfoque fenomenológico realizándose 15 entrevistas semiestructuradas. Se encontraron las siguientes categorías: importancia de la información enfermera a la familia, organización de visitas, falta de intimidad y aumento de la demanda familiar.

Para establecer una relación de calidad con el paciente y su familia debemos prestar especial atención al trato humano y personalizado incidiendo en aspectos bio-psico-sociales para crear un entorno terapéutico óptimo que favorezca una pronta recuperación.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

Marco legal: El Código Deontológico de Enfermería en sus artículos 10 y 11 y la Carta de Derechos del paciente crítico recogen que la enfermera debe mantener informado al paciente y/o familia dentro de los límites de sus atribuciones empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo.

Así mismo, la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, obliga a los profesionales de la salud a cumplir los deberes de información y documentación clínica.

De todos es sabido, que la hospitalización de un enfermo supone tanto para él como para sus familiares niveles elevados de ansiedad y estrés emocional. Más aún si la unidad de hospitalización pertenece a las unidades de cuidados críticos (UCI y Reanimación), en las cuales el estado de salud del paciente se encuentra más comprometido.

Hace ya algunas décadas que la familia no era considerada como relevante en el proceso de cuidado-curación del enfermo. Actualmente supone un pilar fundamental para llegar a conseguir un cuidado integral y un entorno terapéutico óptimo, así como una evolución favorable en el proceso de enfermedad (Torrents, 2003).

Las unidades de cuidados críticos son espacios cerrados y regulados por los profesionales, en particular las enfermeras. Esto significa que el contacto de los profesionales de la salud con los familiares es mínimo y se reduce a los horarios de visita establecidos y al momento de la información médica (García MT, 2000).

El personal de enfermería establece contacto con la familia del paciente en el momento del ingreso en una unidad de cuidados críticos. Esa relación se va fortaleciendo durante los horarios de visitas que, aunque siguen un horario establecido, cada vez más tienden a flexibilizarse. Se considera muy positivo tanto para el paciente en su recuperación como para la familia en su estado de angustia e incertidumbre. En algunos estudios, se observa como las propias enfermeras de estas unidades reconocen que beneficia tanto al paciente como a la familia (Simpson, 1996).

Es fundamental que la enfermera desempeñe un rol autónomo e independiente y sea capaz de proporcionar de forma holística una atención adecuada a la familia.

Todas estas reflexiones nos llevan a plantearnos los siguientes objetivos:

-Conocer la perspectiva enfermera respecto a la calidad de la relación que se establece con el paciente y su familia en nuestra unidad de Reanimación.

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Este estudio se llevó a cabo en la Unidad de Reanimación del Hospital Torrecárdenas de Almería durante los meses de Marzo y Abril de 2012. Se basó en una investigación cualitativa de enfoque fenomenológico. La unidad está compuesta por 35 enfermeras y consta de 28 camas de las cuales 6 corresponden a cuidados críticos postquirúrgicos.

Hay dos horarios de visita al día: a las 11h y a las 20h, con una duración de media hora. Previo a la entrada en la unidad, los familiares reciben información médica en una habitación dispuesta para ello. Y una vez al lado del paciente la enfermera da la información demandada por los mismos.

La recogida de datos se llevó a cabo a través de la observación y de entrevistas semiestructuradas. Las entrevistadas fueron 15 enfermeras que llevarán trabajando en el servicio de Reanimación del hospital al menos 6 meses consecutivos. Las preguntas pretendían dar respuesta a

como necesidades demandadas por los familiares, acuerdo o desacuerdo del horario de visitas, factores humanos y factores estresantes para el profesional y la familia.

El análisis de los datos se realizó con la transcripción literal de las entrevistas además del estudio de los datos obtenidos con la observación. Posteriormente se analizaron los textos en profundidad y se extrajeron las unidades mínimas de análisis encontradas. A su vez, éstas se agruparon en categorías, previo consenso de todos los investigadores. Cuando se produjo la saturación de la información, se extrajeron las categorías de análisis.

En cuanto al aspecto ético de la investigación, se mantuvo la confidencialidad de los datos obtenidos y el anonimato de los participantes. Cada entrevista se codificó con la letra E y el número de entrevista correspondiente. Las observaciones se codificaron con las siglas OBS.

Los resultados obtenidos arrojaron las siguientes categorías:

-Importancia de la información enfermera a la familia:

Las enfermeras reconocen que, para la familia, lo más importante es conocer el estado de salud de su familiar, hablar con el médico para que le explique la gravedad de la situación y poder ver al paciente y estar con él un rato.

La familia también se preocupa por temas tales como, si tiene o no fiebre, si se le han realizado determinadas pruebas diagnósticas o cuando se le dará el alta a planta.

Ellos quieren saber sobre todo, cómo ha salido la operación, cuál es el pronóstico y si va a estar muchos días ingresado, es lógico.(E1)

La familia lo primero que nos pregunta es si su familiar está bien, y ya una vez más tranquila quieren saber los detalles de la operación. Cuando el paciente lleva varios días ingresado, aunque la información médica es fundamental y la solicitan se preocupan más por el estado del paciente, es decir, por aspectos más cotidianos relacionados con el sueño, el dolor, el cansancio (E2).

Algunas enfermeras piensan que nuestra labor de informar a los familiares es aún desconocida para ellos y deberíamos dar un paso más e implicarnos de una forma más humana ya que ésta es la esencia de la profesión enfermera.

Por otro lado la mayoría está de acuerdo que para lograr ese acercamiento al paciente en situaciones difíciles necesitaríamos un entrenamiento en habilidades sociales.

No tienen claro que la enfermera también le puede dar información útil se lo preguntan todo al médico (E3).

Yo durante mi turno de trabajo en la hora de las visitas lo que hago es presentarme, como la enfermera que va a cuidar a su familiar, como enfermera responsable, así se sienten mejor, tienen a alguien a quien poder dirigirse si hay dudas y creo que eso les reconforta (E14).

En otras ocasiones, la familia no entiende la información dada por el médico y acude al personal de enfermería para aclarar sus dudas.

Muchas veces los familiares me preguntan qué les ha explicado el médico, pero yo no puedo entrar en cuestiones clínicas, puedo informarles sobre los cuidados que le doy al paciente (E6).

Las enfermeras piensan que el hecho de dar información complementaria a la información médica hace que crezca la relación de proximidad, empatía y confianza con la familia.

-Organización de las visitas

En este apartado hay división de opiniones ya que algunos profesionales piensan que debería flexibilizarse el horario en casos especiales y que esto aportaría beneficios para la recuperación del paciente y para la relación enfermera-paciente-familia. Sin embargo, otros piensan que esta flexibilización podría generar más carga de trabajo y estrés para el profesional y podría interrumpir determinadas actuaciones y cuidados de enfermería.

Estoy de acuerdo que en situaciones especiales las visitas de familiares directos como padres, hijos no deberían de ser tan restrictivas (E4).

-Falta de intimidad

Se observa durante el horario de visita una falta de intimidad entre pacientes y familiares. El poco espacio que hay entre las camas hace que muchos familiares estén más pendientes de otros pacientes que del suyo propio.

Es rara la vez que no esté hablando con los familiares, e incluso con el paciente, y esté más pendiente de lo que está sucediendo en la cama de al lado que de lo que yo estoy diciendo (E1).

Hay veces que cuando estás informando se acercan pacientes de unas camas a otras para ver o hablar con el médico, y es muy difícil de controlar que no salgan de su box (E15).

-Aumento de la demanda familiar

Cada vez los familiares exigen más información. El fácil acceso a internet hace que la familia llegue con una predisposición al proceso quirúrgico, en ocasiones muy errónea.

Tanto el paciente como la familia viene con una idea preconcebida sobre lo que le va a pasar, cuando ven que todo es diferente a lo que ellos creían, y la información que les damos la aceptan con recelo (E3).

Por otro lado están las personas que no tienen ningún conocimiento sobre la materia. Muestran ansiedad ante el aparataje y dispositivos técnicos conectados al paciente y que son desconocidos para ellas. El ruido ambiental y el sonido incesante de las alarmas suponen de la misma manera un factor estresante.

Algunos familiares durante las visitas se ven desbordados por las alarmas, las máquinas, se sienten extraños y demandan una atención excesiva, hay que tranquilizarlos (E2).

Algunos de nuestros resultados concuerdan con el hecho de que las enfermeras creen que la visita abierta obstaculiza la planificación y la atención directa de enfermería adecuada.

Coincidimos con Casado et al (2002) en que no debemos permitir que el paciente se convierta en una víctima de normas y protocolos rígidamente establecidos ya que deben adecuarse a las necesidades reales del paciente.

Según algunos autores, el horario de visitas abierto favorecería principalmente a la familia para reducir su ansiedad y se incluirían restricciones en el número de visitantes y en la duración de las mismas. Pero no existiría tal restricción en las visitas de familiares directos. La mayoría de las enfermeras entrevistadas estaría de acuerdo en no restringir las visitas, ya que consideran que es una necesidad del paciente aún cuando la política del hospital las restrinja argumentado promover así el descanso de los pacientes, la carga de trabajo de la enfermera y la disminución del ruido ambiental (Simon, 1997).

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

El hecho de tener que afrontar situaciones de estrés, sobre todo emocional, hace que pensemos que es necesario el entrenamiento en técnicas de comunicación y habilidades sociales para proporcionar cuidados rigurosos, permanentes, éticos y empáticos.

Con frecuencia, identificamos a los familiares como algo molesto que viene a interrumpir nuestro trabajo y adquirimos actitudes de evitación

derivadas probablemente de la inseguridad que nos genera el no poder responder de forma satisfactoria sus necesidades. Informar no implica comunicar. Muchas veces nos limitamos a dar las instrucciones precisas sobre la organización del servicio y aclarar dudas. Además, la mayoría de las veces no conocemos la información que reciben del médico, ya que se realiza en un sala habitada para ello, con lo cual el abordaje de situaciones difíciles es más complicado, como dice Delgado Hito (2001). Entendemos que el médico y la enfermera deben dar la información de manera conjunta, para que sea de mayor calidad y con el fin de evitar la aparición de dudas. Para mejorar la intimidad durante la información, ésta debería darse siempre a puerta cerrada en la sala destinada para ello y así prevenir interrupciones y crear un ambiente más adecuado y una mejor relación con los familiares. Consideramos que la flexibilización de las visitas sólo debería hacerse en casos especiales, siempre y cuando no aumentara la carga de trabajo ni redujera los cuidados sobre el paciente.

» **Barreras detectadas durante el desarrollo.**

Este estudio ha sido acogido satisfactoriamente entre los profesionales de nuestra unidad abriendo un debate sobre temas que nos afectan a nivel profesional, favoreciendo la implicación y la comunicación entre el personal sanitario. Sin embargo, pensamos que es necesaria una mayor implicación a nivel institucional, que permita eliminar barreras, buscar soluciones y, por qué no, decidir cambios consensuados en aquellas materias que nos ayuden a mejorar la calidad en nuestros cuidados.

» **Oportunidad de participación del paciente y familia.**

La participación de la familia es muy necesaria y beneficiosa, ya que facilita recursos a la enfermera que aumentan las posibilidades de intervención sobre el paciente, humanizando así los cuidados. Además favorece la recuperación de éste y la comunicación con el personal de enfermería. Se genera una interacción entre familia, paciente y enfermera que aumenta la satisfacción y disminuye la ansiedad. A través de la educación sanitaria podemos crear un vínculo más estrecho con el paciente y la familia para implicarlos activamente en el autocuidado y facilitar la autonomía tras la fase crítica.

» **Propuestas de líneas de investigación.**

Podrían ir encaminadas a:

- Conocer los factores estresantes para el profesional de enfermería y la familia y qué habilidades utilizan para ello.
- Valorar la implicación del resto del equipo multidisciplinar.
- Implantación de un plan de acogida informativo a familiares.