

V CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Evidencia científica en la Seguridad del Paciente: Asistencia sanitaria de calidad y promoción de salud"

ANSIEDAD DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRITICO DEBIDO AL DESCONOCIMIENTO DE LA TECNOLOGÍA UTILIZADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Autor principal CARLOS ALMENARA DOMINGUEZ

CoAutor 1 SARA RUIZ ORTEGA

CoAutor 2

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería de Cuidados Críticos y Urgencias

Palabras clave ansiedad desconocimiento Unidades de terapia intensiva familia

» **RESUMEN.** Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)

La hospitalización de un paciente en la unidad de cuidados intensivos, concretamente en la unidad de recuperación post quirúrgica, ocasiona un alto nivel de ansiedad, inseguridad y un desequilibrio para todo el núcleo familiar del paciente. Esta ansiedad e inseguridad se acentúa aún más en las visitas a sus familiares ingresados, a consecuencia del impacto de verlo conectado a diversas máquinas y cables que ayudan al equipo sanitario a evaluar el estado de salud del enfermo y suplir algunas necesidades fisiológicas del paciente.

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS.** Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.

Para la mayoría de la población, el hecho de que una persona ingrese en cualquier unidad hospitalaria, supone un aumento del nivel de ansiedad tanto para la persona en sí, como para su familia creando inseguridad y malestar en el paciente y en su familia. Pero en el caso de que el paciente esté siendo atendido en la unidad de críticos, supone una percepción aun más negativa y una falta de seguridad mas acentuada para la familia, debido a que entienden esta situación de mayor gravedad para su familiar, y además aumenta este nivel de ansiedad-temor debido al impacto de ver a su ser querido conectado a diversas máquinas extrañas y cables por todos su cuerpo. Hoy en día todo esto nos puede parecer previsible e incluso lógico, pero no es hasta finales de la década de los 70 cuando, tras la publicación de la tesis de Molter en 1976, se empieza a tener en cuenta la esfera psico-social del paciente del paciente crítico, y cómo influye su ingreso en su contexto cotidiano, su familia. En esos años, por supuesto predominaba una atención centrada única y exclusivamente en el ámbito fisiológico y patológico del paciente, nada más, sin incluir al paciente en su contexto social, cultural, y psicológico. No era de extrañar que algunos familiares e incluso profesionales de la salud pudieran asemejar las Unidades de Cuidados Intensivos más como unos servicios/unidades de sufrimiento que una unidad de recuperación y restauración de la salud.

Hoy en día, se puede apreciar una despersonalización de la atención, ya que se deja al margen el concepto biopsicosocial del paciente, apartando a la familia de los cuidados de enfermería. Es decir, se sigue prestando mucha importancia a la atención única de la fisiopatología del paciente olvidándonos de la esfera psico-social del paciente. Además en los últimos años puede apreciarse una mayor atención en el área administrativa-burocrática, que ayuda en parte a esta despersonalización del cuidado y una disminución por tanto de la seguridad del paciente en el area de cuidados críticos.

En un primer momento, la rutina y el día a día normal deja paso a la incertidumbre, el cambio de roles, el miedo, la ansiedad, la depresión y otros síntomas psicológicos. Se puede afirmar que, en numerosos casos, la experiencia del ingreso es más estresante para la familia que para el propio paciente. No solo el aspecto psicológico del paciente crítico se ve afectado, sino que también conlleva connotaciones físicas; estos se encuentran, de repente, en un lugar extraño y desconocido en el que no saben qué hacer, a quién preguntar, cuándo verán a su familiar e incluso en qué estado lo encontrarán.

Por esta misma razón, se ha observado que los familiares precisan de un proceso de adaptación, durante el cual pasan a convertirse también en sujetos de cuidados. Es aquí donde el papel de enfermería puede adquirir un papel relevante para identificar las necesidades de los familiares, aclararles dudas, y animarlos a superar sus miedos

Pese a que valorar las necesidades del familiar es una de las competencias enfermeras destacadas en la Unidad de Cuidados Intensivos, y entre ellas la actividad de informar y comunicar aquellos aspectos desconocidos para la familia, y a pesar incluso que los profesionales de enfermería son conscientes de su función informadora; se observa que en la práctica diaria de la UCI las acciones que se llevan a cabo no están basadas en una evaluación de las necesidades específicas de los familiares, ni en el análisis de sus situaciones concretas, ni tampoco en un desglose correcto de la información acerca del entorno actual de su familiar ingresado (maquinaria, aparataje, cableado, cabecero). Por ello, los familiares siguen siendo considerados como sujetos ajenos a la UCI y, por lo tanto, como personas que no requieren de los cuidados de los profesionales sanitarios. Debemos hacer hincapié sobre todo en el aspecto informativo-comunicativo, tanto del estado de salud del paciente y evolución de este, como en el entorno que le rodea en ese momento (incluyendo aparataje y equipo de soporte utilizado en esta unidad). Con este propósito se pretende disminuir el nivel de estrés/ansiedad de la familia del paciente y aumentar su seguridad, siendo este el objetivo principal de este estudio. El estar en un ambiente de aparatos extraños y complejos y cables que rodean a su familiar ingresado acentúa en las familias la falta de comprensión sobre lo que ocurre; por lo que se precisa de una explicación detallada de todo el equipo que está siendo utilizado por su familiar; pero la realidad es otra, el profesional de salud utiliza un discurso explicativo científico y algo complejo provocando un aumento de la distancia entre la familia y ellos.

El profesional tiene que entender que las familias no desean encontrarse en este lugar, lo hacen porque son las representantes temporales de sus familiares, son las que dotan de voz al paciente mientras está sedado-dormido; quienes tienen que interpretar como conversarian los enfermos con los médicos, si pudieran; que preguntas les harían o que contestarían a las cuestiones complejas que les puedan plantear los profesionales referente a su estado clínico; que preguntarían si ellos fueran los que se viesan con toda la parafernalia que incluye la UCI (Maquinaria, cables, sistema, aparatos).

La falta de utilización de una terminología comprensible frente a los procesos asistenciales y aparataje de la UCI, se da también en la mayoría de estos procesos hospitalarios, aunque incide con especial crudeza en aquellos grupos familiares que han tenido un menor contacto con el mundo hospitalario ya que desconocen totalmente completo las claves del lenguaje utilizado dentro de las instituciones sanitarias. Por lo que debemos considerar un uso del lenguaje más comprensible con la familia, para poder así garantizar el entendimiento de los aspectos que rodean a su familiar.

La difícil tarea de la comunicación con los familiares del paciente crítico se considera multidimensional. Es razonable que muchos profesionales

Recuperación Post Quirúrgica para reducir sus niveles de ansiedad/temor y así favorecer la seguridad del paciente y su entorno.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Elaborar un programa de educación para la salud que solvente este desconocimiento e intente paliar esta ansiedad.
2. Conocer el nivel de ansiedad vivida por los familiares del paciente crítico.
3. Identificar los aspectos que desconocen sobre los equipos de soporte usado en la Unidad de Recuperación Post Quirúrgica, valorando las necesidades, y demandas de apoyo que requiere la familia.

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

¿Se vería reducido este nivel de ansiedad y preocupación con una mejor información sobre el uso del aparataje en esta unidad? Es decir, si preparando e informando detalladamente al familiar del paciente de toda la tecnología que envuelve a su familiar, en el contexto clínico de Cuidados Intensivos, podría disminuir esa incertidumbre y preocupación que se aprecia en cada visita que realizan en este tipo de unidades.

MATERIAL Y MÉTODO

Este proyecto de investigación lo podemos definir como un estudio o ensayo clínico, analítico, cualitativo, experimental y participante. La investigación se considera transversal. De intervención aleatoria con evaluación pre y post test/cuestionario.

ÁMBITO DEL ESTUDIO

Entorno de los pacientes ingresados en la unidad de Recuperación Postquirúrgica del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.

SUJETOS DE ESTUDIO

Los familiares de 50 pacientes cardiopatas con cirugía cardiaca programada, y que se encuentran ingresados en la Unidad de Recuperación Postquirúrgica; concretamente pacientes intervenidos de valvulopatías y bypass coronario, seleccionados al azar, mediante un muestreo aleatorio simple por orden de ingreso en la unidad anteriormente citada. Un máximo de 3 familiares por cada paciente.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

No serán incluidos en el estudio aquellos sujetos con las siguientes características:

No dominio del lenguaje castellano.

Personas con alteraciones auditivas y visuales agudas.

Aquellas personas que se nieguen a participar en el estudio.

Familiares menores de 14 años.

Reingresos durante los dos últimos años.

MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

Entre las herramientas metodológicas que vamos a utilizar se encuentran: la observación participante, la entrevista en profundidad. Escala de Ansiedad de Hamilton. Una completa documentación que refleje los diferentes aparatos utilizados en Unidad de Recuperación Post Quirúrgica (su función, parámetros que mide, y posibles alarmas que puedan sonar) concretamente vamos a detallar el Ventilador Mecánico, Sistemas de Infusión Continua, y Monitores. Escucha activa a los sujetos de estudio por parte del profesional. Programa estadístico informático de referencia para selección aleatoria de los sujetos de estudio (IBM SPSS Statistics 20.0.0).

Se seleccionará de manera aleatoria a dos grupos (grupo experimental, y grupo control); (grupo A y grupo B respectivamente). Cada uno de los dos grupos estarán integrados por un mínimo de 25 familiares y un máximo de 75 (hasta 3 familiares por paciente), que va a ser sometido a intervenciones quirúrgicas de valvulopatía y Bypass coronario, y que posteriormente van a permanecer en la Unidad de Recuperación Post quirúrgica.

A ambos grupos se le pasará, en la primera toma de contacto, una escala de Ansiedad de Hamilton, para valorar el nivel de ansiedad clínica inicial que padece el familiar del paciente crítico.

A uno de ellos, grupo experimental (A), se le dará información desglosada, detallada y comprensible, junto con documentación de apoyo, sobre el uso básico del aparataje de la unidad de recuperación post. Resolviendo todo tipo de dudas que puedan tener.

Tras 3 días de margen, se volvería a contactar con los cuidadores principales del grupo A para asegurarnos de que comprenden bien toda la información recibida.

Con respecto al otro grupo, el grupo control (B), se le realizara la información habitual de la unidad, se mantendrá la observación del comportamiento normal de una familia del paciente crítico; como responde normalmente frente a las situaciones de ansiedad en las visitas a su familiar. Y tras 3 días se volverá a contactar con ellos para saber sus dudas e inquietudes.

Tras la intervención quirúrgica del paciente, y después que este haya pasado unos días en la unidad de recuperación, exactamente a los 5 días

» **RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

APLICABILIDAD

Este proyecto como tal, no ha sido llevado a cabo por ninguna entidad ni en ningún hospital referente, por lo que en cuanto a la discusión de los resultados se podrá establecer que siempre y cuando los resultados esperados sean positivos en cuanto a la hipótesis inicial planteada, y se concluya que con una mejor información sobre la tecnología utilizada en la Unidad de Recuperación Post Quirúrgica disminuye el nivel de ansiedad de los familiares del paciente crítico, podríamos implantar este programa de educación para la salud en los cuidados críticos.

Este programa debería hacerse en la primera toma de contacto o en una entrevista inicial de enfermería con la familia.

La posible implantación de este programa podría suponer numerosos beneficios tanto al sistema sanitario, como a la calidad de la atención y de los cuidados del paciente crítico y su familia.

Beneficios al sistema sanitario

Seguridad del paciente

Calidad

Beneficios al hospital de referencia

» **APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

Lo que realmente busca este proyecto es comprobar si con una mayor información previa y conocimiento sobre el aparataje y el equipo de soporte utilizado en esta unidad se vería amortiguado este impacto buscando una disminución del nivel de ansiedad de estas familias y un aumento de la seguridad del paciente y su entorno.

Aquí surge el papel de enfermería, entre cuyas competencias se encuentran el cuidado, la valoración y el manejo de las necesidades no solo del paciente crítico, sino también de su familia. Mostrando apoyo en todo momento, intentando disminuir ese nivel de ansiedad sobre todo mediante el uso de una información concreta, detallada y comprensible y el desarrollo de una comunicación empática.

» **PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.**

A continuación, se incluye una lista de los mecanismos de difusión posibles en general, que se podría utilizar usaría para difundir este proyecto:

o Publicación en diversas revistas científicas de enfermería.

o Actividades de formación. Enseñar a los profesionales de enfermería de cuidados críticos a transmitir la información de manera correcta y eficaz.

o Publicación y colaboración en diferentes congresos y foros de enfermería.

» **BIBLIOGRAFÍA.**

- L.de la Cueva Ariza. La realidad de los cuidados a la familia del paciente crítico en España: la necesidad de actuar ya. Enferm Intensiva. 2012.
- Velasco Bueno JM. Visitas de familiares en UCI: a ambos lados de la puerta. Evidentia. 2007 ene-feb.
- Cabezudo Torres, Martina Mirtha y Nélide. Vivencias de los familiares de pacientes con ventilador mecánico en la Unidad De Cuidados Intensivos. In Crescendo, jun. 2011, vol.2.