



Facultad de
Ciencias Médicas



Escuela de Enfermería

Ciclo de Licenciatura en Enfermería

Sede: Facultad de Ciencias Médicas

TESINA

Tema: “HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN A FAMILIARES Y PACIENTES
DE TERAPIA INTENSIVA”

Autores:

Vicencio Sisterna María del Valle

Carrasco, Verónica Betania

Mendoza, Julio de 2018

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.

Acta de Aprobación

Tribunal examinador:

Presidente:.....

Vocal 1:.....

Vocal 2:.....

Integrantes del Equipo Tutorial:

Profesor:.....

Profesor:.....

Profesor:.....

Trabajo Aprobado el:/...../.....

RESUMEN

Tema: “Humanización en la Atención a Familiares y Pacientes de Terapia Intensiva”

Autores: Vicencio Sisterna, María del Valle – Carrasco, Verónica Betania

Lugar: Servicio Terapia Intensiva del Hospital Malargüe, Mendoza, 2017.

Introducción: La presente investigación se refiere a la calidad de atención brindada por los profesionales de enfermería del servicio de Terapia Intensiva y la satisfacción de los pacientes y familiares que ingresan a dicho servicio.

Descripción del Problema: El compromiso de los profesionales en cuanto a servicio y entrega es primordial para restablecer la vocación de servicio que en nuestros comienzos tuvimos y así, mejorar la realidad del sistema.

Objetivo General: Medir el grado de satisfacción que reciben los familiares y los pacientes de parte de los profesionales de enfermería del Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Malargüe.

Material y Método: La investigación es no experimental, Transversal Correlacional-Causal. Se utilizó encuestas, entrevistas y observaciones.

Población y muestra: Unidad de análisis: familiares de pacientes que ingresaron al Servicio de Terapia Intensiva. Muestra Probabilística por Conglomerada/Racimo

Resultados: El 48.07 % exponen su satisfacción en cuanto a los cuidados humanizados recibidos, y un 28.84 % se encuentran insatisfechos.

Conclusión: Los pacientes y familiares demuestran su satisfacción a los cuidados recibidos, aun así, el personal de enfermería demuestra falta de interés, de compromiso y solidaridad para con el paciente y sus familiares. La falta de humanización no se compensa con los saberes teóricos, científicos y técnicos.

Palabras claves: Cuidados humanizados, compromiso, satisfacción de pacientes y familiares.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer a Dios y a la Virgen Santísima, por permitirme vivir, darme salud, por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por darme una hermosa familia y bendecirme con ella, desde mis padres, quienes inculcaron en mi valores, creencias y me enseñaron el camino correcto por el que hay que transitar, infinitas gracias, los amo al igual que mis hermanos.

Gracias infinitas a los amores de mi vida, a Juan quién estuvo incondicionalmente a mi lado, gracias por apoyarme a cumplir cada decisión y proyecto, gracias por entenderme, por tu amor y tu paciencia. Gracias a mis hijos Joaquín y Juan Pablo. Joaquín gracias por ser la felicidad de mi vida, y perdón por tantos momentos sacrificados debido a la realización de mi carrera, gracias por cada sonrisa y abrazos que llenan mi corazón de amor y felicidad. Gracias Juan Pablo, porque aunque estuviste en mi vientre gran parte de este trabajo me hiciste sentir acompañada y feliz como el día que llegaste a nuestras vidas. Gracias mis hermosos hijos, y espero que este sacrificio sea ejemplo para sus vidas el día de mañana, los amo con mi vida y, aunque no sea fácil cumplir nuestros sueños nunca bajen los brazos y luchen por ellos, la mayor satisfacción es la recompensa.

Quiero agradecer también a la Lic.: Fernández quién siguió de cerca nuestra elaboración y evolución de la tesina, como así también al profesor Marcos Giai, gracias a ambos, porque sin su ayuda la finalización de la misma no hubiera sido posible.

Gracias a mi compañera María Vicencio por su compromiso con la tesis y por su apoyo incondicional en el cursado de la carrera.

A todos muchas gracias por motivarme constantemente para alcanzar mis anhelos.

Verónica Betania Carrasco

Me gustaría que estas líneas sirvieran para expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo, en especial a la Lic.; Virginia Guzmán, Jefa de Unidad de Terapia Intensiva y Dr; Roberto Díaz, Jefe Terapeuta del Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Malargüe.

También así, a los pacientes y familiares por su participación en las encuestas, por su colaboración en el suministro de los datos necesarios para la realización de la parte empírica de esta investigación.

Especial reconocimiento merece el interés mostrado por mi trabajo y las sugerencias recibidas de la profesora de tesina Lic. María rosas reyes, con la que me encuentro en deuda por el ánimo infundido y la confianza en mí depositada. También me gustaría agradecer la ayuda recibida de la profesora Lic. Fernández, por la orientación, el seguimiento y la supervisión continúa de la misma, pero sobre todo por la motivación y el apoyo recibido a lo largo de esta investigación.

Quisiera hacer extensiva mi gratitud a mi compañera de estudio Sra. Betania Carrasco, especialmente por su amistad y colaboración.

Un agradecimiento muy especial merece la comprensión, paciencia y el ánimo recibidos de mi familia y amigos.

A todos ellos, muchas gracias.

María del Valle Vicencio.

PRÓLOGO

La principal motivación que llevó a realizar este trabajo de investigación es la necesidad de conocer el nivel de atención humanizada que brindan los enfermeros del servicio de Terapia Intensiva asociado al grado de satisfacción de los pacientes y familiares que son internados en dicho servicio.

Los profesionales de enfermería tienen como misión cuidar la salud de los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del curso de vida y en sus procesos de desarrollo. Las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana.

Los avances tecnológicos en las últimas décadas han llevado a un considerado aumento de conocimientos técnicos, en contraste con el lento desarrollo de estrategias vinculadas a los factores o aspectos sociales y humanos involucrados.

Para humanizar la asistencia, es necesario mencionar los principios cuidadosos utilizados por Watson, los cuales son referidos al amor, apoyo emocional, apoyo físico y espiritual, crear ayuda y confianza... que permita asistir las necesidades humanas en su totalidad.

Por tal motivo, es que realizamos la presente investigación, ya que una de las autoras pertenece a ese contexto institucional y observa la falta de cuidados humanizados de parte de los profesionales de enfermería.

Índice General

Carátula:.....	Pág.: I
Advertencia:.....	Pág.: II
Acta de Aprobación:.....	Pág.: III
Capítulo I	
Introducción:.....	Pág.: 2
Descripción del Problema:.....	Pág.: 4
Marco Teórico.....	Pág.: 12
Capítulo II	
Diseño Metodológico:.....	Pág.: 47
Capítulo III	
Análisis y Presentación de datos:.....	Pág.: 49
Conclusiones.....	Pág.: 81
Sugerencias.....	Pág.: 84
Bibliografía:.....	Pág.: 86
Anexos:.....	Pág.: 88

Índice de Tablas y Gráficos

Tabla y gráfico N°1: SE UBICA UNA SALA DE ESPERA EN LA UTI.....	Pág.: 50
Tabla y gráfico N°2: ADECUACIÓN DE LA SALA DE ESPERA.....	Pág.: 51
Tabla y gráfico N°3: SALA DE INFORMACIÓN DE LA UTI.....	Pág.: 52
Tabla y gráfico N°4: LIMPIEZA Y ACONDICIONAMIENTO DEL SERVICIO.....	Pág.: 53
Tabla y gráfico N°5: UNIDAD DEL PACIENTE Y LIMPIEZA DE LA MISMA.....	Pág.: 54
Tabla y gráfico N°6: IMPRESIÓN DE LA UNIDAD DONDE SE UBICÓ A SU FAMILIAR RESPECTO AL ORDEN.....	Pág.: 55
Tabla y gráfico N° 7: MEDIOS CON LOS QUE CUENTA EL SERVICIO DE UTI.....	Pág.: 56
Tabla y gráfico N° 8: CONFORTABILIDAD EN LA ESTADÍA DEL PACIENTE EN EL SERVICIO.....	Pág.: 57
Tabla y gráfico N°9: PRESENTACIÓN DE LOS MÉDICOS.....	Pág.: 59
Tabla y gráfico N°10: INFORMACIÓN QUE RECIBIERON LOS FAMILIARES SOBRE EL ESTADO DEL PACIENTE A SU INGRESO A LA UTI.....	Pág.: 60
Tabla y gráfico N° 11: PARTE MÉDICO.....	Pág.: 61
Tabla y gráfico N°12: HORARIO DEL PARTE MÉDICO.....	Pág.: 62
Tabla y gráfico N°13: PRESENTACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.....	Pág.: 63
Tabla y gráfico N°14: RELACIÓN CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.....	Pág.: 64
Tabla y gráfico N° 15: INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE EL SERVICIO.....	Pág.: 65
Tabla y gráfico N° 16: RELACIÓN DIARIA CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.....	Pág.: 66
Tabla y gráfico N°17: INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE LOS CUIDADOS REALIZADOS AL PACIENTE.....	Pág.: 67
Tabla y gráfico N°18: INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE LOS APARATOS QUE INVADEN AL PACIENTE.....	Pág.: 69

Tabla y gráfico N°19: COMUNICACIÓN ENTRE EL PACIENTE Y SU FAMILIAR.....	Pág.: 70
Tabla y gráfico N°20: HORARIO DE VISITAS.....	Pág.: 71
Tabla y gráfico N°21: CAMBIO DE HORARIO DE VISITAS.....	Pág.: 72
Tabla y gráfico N°22: TIEMPO DEL HORARIO DE VISITA.....	Pág.: 72
Tabla y gráfico N° 23: HORARIO DE VISITA ABIERTO.....	Pág.: 74
Tabla y gráfico N°24: CANTIDAD DE FAMILIARES QUE PUEDEN INGRESAR A LA HORA DE VISITAS.....	Pág.: 75
Tabla Matriz.....	Pág.:76

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La humanización de las instituciones de salud puede definirse como una filosofía, una estrategia que conduce a que se crea y se favorezca el trabajo en equipo y la colaboración interdisciplinaria, se estimule la especialización y la formación permanente.

El presente informe de investigación tiene como propósito, conocer “Humanización en la atención a familiares y pacientes de terapia intensiva” que brinda enfermería en el “Hospital Malargüe” del departamento de Malargüe durante los meses de julio a octubre de 2017.

El campo de estudio: el Hospital Malargüe es un centro de media complejidad, que abastece la demanda de toda la población del mencionado departamento. Dentro de la Institución, se cumplen funciones asistenciales, docentes y de investigación. El objetivo fundamental a nivel asistencial es brindar atención médica integral mediante acciones preventivas, de promoción y, de rehabilitación.

La institución cuenta con el servicio de unidad de terapia intensiva, área de mayor complejidad en donde se encuentran internados los pacientes en estado crítico y que requieren una atención especializada. En este tipo de pacientes, la enfermedad está presente hasta el grado de poner en peligro la vida; el cuidado de enfermería entonces, debe estar dirigido a preservar la vida y a la resolución de los problemas más apremiantes; a enfrentar la enfermedad y el sufrimiento; en otras palabras, a lograr el más óptimo nivel de salud posible o una muerte digna.

Por último, para poder medir el grado de satisfacción, se realizaron encuestas a los pacientes que se encontraran consientes y a un familiar de cada uno de los pacientes que ingresaran al servicio, también se realizó una observación a los enfermeros que cumplen ahí sus funciones.

La principal falencia fue la calidad de comunicación entre las partes, siendo éste una necesidad entre ellos. Las Enfermeras/os juegan un papel relevante en la atención a los familiares, por la continua permanencia junto a los pacientes. Son el elemento fundamental en la relación terapéutica paciente-

enfermera-familia. A pesar de esto, la implicación del Personal de Enfermería en la información a los familiares de los pacientes ingresados en la UCI es insuficiente. Se precisan medidas para implementar y facilitar esta actividad.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El inicio de la Terapia Intensiva se remonta al siglo XIX cuando, en la guerra de Crimea Florence Nightingale agrupaba a los heridos de acuerdo a su gravedad.

A medida que pasaron los años comenzaron a implementarse en los hospitales un espacio físico dirigido exclusivamente a pacientes críticos.

En los últimos 30 años, la capacitación de profesionales tanto médicos como enfermeros y, el desarrollo de nuevas tecnologías en los cuidados intensivos han sido de gran importancia para los pacientes ingresados a dicho servicio y sus familiares, ya que las cifras han mostrado un alto incremento en la supervivencia de los mismos.

Como ya mencionamos las unidades de cuidados intensivos tienen la particularidad de ser un servicio muy complejo y, a su vez cerrado, es una sección especial dentro del área hospitalaria que proporciona medicina intensiva a los pacientes que tienen alguna condición crítica de salud, poniendo en riesgo su vida y que requieren una monitorización constante de sus signos vitales.

En algunos hospitales las UCIs se encuentran divididos en especialidades como: Cuidados Intensivos Cardiológicos, Postoperatorios, Trasplante de Órganos entre otros, pero la mayoría son unidades de Cuidados Intensivos Polivalentes, se diferencian también de acuerdo a la población que tienen a cargo: adultos, pediátricos y/o neonatales.

En Argentina las UCIs pueden pertenecer al sector público, al privado o de la seguridad social ya que, el Sistema de Salud Argentino se encuentra fragmentado en estas tres partes que no están integradas, por lo que se observa desigualdad e inequidad en el acceso al servicio, la organización y el financiamiento, como consecuencia la falta de profesionales especializados, como así también la obtención de nuevas tecnologías afecta directamente a los nosocomios del interior del país que, sumado a la falta de remuneración e incentivo para la especialización de los profesionales son determinantes a la hora de brindar un servicio de calidad a los clientes y a sus familiares.

La UCI a la que está dirigido este trabajo de investigación se encuentra justamente ubicado en el interior del país, al sur de la Provincia de Mendoza en el Departamento de Malargüe, perteneciente al Hospital Público de Malargüe considerado un hospital de media complejidad al cual le fue inaugurado hace poco más de 3 años el Servicio de Terapia Intensiva también denominado de media complejidad en la que se brindan servicios polivalentes. Contiene 4 camas de las cuales una corresponde a una sala de aislamiento.

Respecto a los profesionales, cuenta con un staff médico de 6 profesionales de los cuales sólo uno es especialista en terapia intensiva y es también, el jefe de la misma, los profesionales de enfermería incluida la coordinadora son un total de 10 (5 con título de grado: Licenciados en enfermería y 5 son enfermeros profesionales) y, 4 de ellos se están especializando en terapia intensiva, respecto a lo especificado anteriormente estamos refiriéndonos a una UCI “chica”.

En cuanto a los horarios de visita, tradicionalmente se considera que el servicio de terapia intensiva es un servicio cerrado por lo que dichos horarios deben ser estrictos, en esta terapia hay dos horarios uno matutino desde las 12:30 a 13:30 hs, uno vespertino de 20:30 a 21:00 hs. Los horarios han sido previstos en esos horarios para que los familiares de los pacientes internados ingresen al servicio a acompañar al paciente en el almuerzo y la cena respectivamente. Los familiares de los pacientes sólo reciben un informe médico al día que entre las 11:00 y 11:30, debido a ello, los profesionales de enfermería refieren que “...en algunas oportunidades se reciben llamados de su familiares cercanos o concurrencias al servicio en horarios que no son de visitas y, la información que le podemos brindar muchas veces es muy acotada y no logramos disminuir su ansiedad...”.

En los últimos 10 años, en algunos países y, recientemente en la Argentina se han ido incorporando y asintiendo la necesidad de involucrar en los cuidados de los pacientes a la familia de los mismos, con el fin de “Humanizar los Cuidados Intensivos”, se intenta recuperar el compromiso de los profesionales en cuanto a servicio y entrega, en pocas palabras restablecer la vocación de servicio que en nuestros comienzos tuvimos, con la intención de mejorar la

realidad del sistema y, por sobre todo el bienestar físico y mental de los pacientes y sus familias. Para ello se necesita lograr una mejor y buena comunicación, habilidades de relación con los demás, de escucha activa, respeto, empatía y compasión.

Para concluir, el nuevo paradigma de “Humanización en los Cuidados Intensivos”, pone en marcha iniciativas sobre la flexibilización de los horarios de visita y nuevas medidas para concretar dichos objetivos.

La evidencia recopilada de un sin número de autores entre ellos, Virginia Henderson, Hidalgo y colaboradores, demuestran que la participación de la familia en conjunto con el equipo de enfermería contribuyen a la mejoría y a la elección de posibilidades en el proceso cambiante de salud, impactando positivamente en la reducción de la ansiedad y padecimiento del trauma sufrido por el paciente y su familia debido al estado crítico de la situación.

FORMULACIÓN Y PLANTEO DEL PROBLEMA:

¿Qué grado de atención humanizada consideran recibir los familiares y los pacientes de parte de los profesionales de enfermería que prestan sus servicios en el Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Malargüe, durante el período de Abril a Octubre del año 2017.

OBJETIVOS

1) OBJETIVO GENERAL

Medir el grado de satisfacción que reciben los familiares y los pacientes de parte de los profesionales de enfermería del Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Malargüe.

2) OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar qué tipo de comunicación existe entre los familiares y pacientes con los profesionales de enfermería que cumplen sus funciones en el Servicio de Terapia Intensiva.
- ✓ Describir los aspectos negativos y/o normativas que limitan una buena atención por parte de los profesionales de enfermería del Servicio de Terapia Intensiva.
- ✓ Indagar sobre la opinión que tienen los profesionales de enfermería del Servicio de Terapia Intensiva en cuanto a brindar una Atención Humanizada.
- ✓ Caracterizar la población de estudio.

JUSTIFICACIÓN

Los cuidados profesionales enfermeros, desde un Paradigma Humanístico y Holístico, que orienta y guía nuestra atención, nos exige un compromiso con los pacientes, una atención integral, considerando todas las dimensiones de la persona e integrada al máximo en el contexto socio-ambiental en el que se desarrolla la vida de cada uno, y la familia forma parte de ese contexto, es el elemento terapéutico que permite al paciente una conexión con su medio, le proporciona estímulo para seguir luchando o para morir acompañado.

Desde la época de Florence Nightingale (1885) todo lo que constituye el entorno ha sido considerado como un elemento nuclear en la disciplina de enfermería “El Pensamiento Enfermero” y por lo tanto la familia se considera parte de este inmediato y necesario, entorno del paciente. La familia pasa a convertirse en sujeto de cuidados, ya que el desarrollo de los roles familiares queda totalmente alterado ante estas situaciones críticas por la que pasa un miembro del grupo, situaciones nuevas, aparecidas bruscamente, llenas de incertidumbre, en las que resulta muy difícil la adaptación y superación de los problemas por los grados elevados de estrés que se producen. Las familias han de realizar un proceso de transición, el cambio o movimiento que han de realizar a lo largo del periodo de enfermedad de uno de sus miembros, a la vez para compensar, los familiares elevan demandas de información y seguridad¹.

Virginia Henderson, no especifica una definición propia de la salud, pero en su obra equipara la salud con la independencia, allí cita varias definiciones haciendo uso de distintas fuentes incluida la OMS. Considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda a los 14 componentes de la asistencia de enfermería; al entorno lo define como el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo².

Para Henderson el paciente es un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila. La mente y el cuerpo

^{1,2} Autoras: Algarbe Silvana- Vilchez Virginia. “NECESIDADES DE LAS FAMILIAS DE PACIENTES INTERNADOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS”. UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE ENFERMERÍA. Córdoba, 16 de Febrero del 2011.

son inseparables. Considera al paciente y su familia como una Unidad. Se puede utilizar como marco referencial a los 14 componentes de la asistencia de enfermería de Virginia Henderson, comenzando por las necesidades fisiológicas hasta los componentes psicosociales. Se puede observar una correlación entre estos y las jerarquías de Necesidades de Abraham Maslow³.

La jerarquía de necesidades de Maslow se puede utilizar para evaluar el estado de los pacientes, las familias y los miembros del personal en el ámbito de los cuidados intensivos. Maslow, sostenía que para lograr el mayor nivel de crecimiento personal se deben cubrir todas las necesidades por debajo del nivel de autorrealización. Por lo tanto, para cada individuo de la unidad de las necesidades fisiológicas, la seguridad, el amor, la pertenencia y la autoestima requieren cumplimiento antes de que pueda ocurrir la autorrealización. Cada una de estas necesidades es importante según se relacione con el medio ambiente de cuidados intensivos⁴.

El personal de enfermería no debe limitar su trabajo a la atención exclusiva del cuidado individual del paciente, sino que debe extenderlo y ampliarlo al cuidado de la familia.

En el ámbito de las Terapias Intensivas históricamente, la política de visitas de familiares a los pacientes ingresados en las UCI ha seguido un modelo restrictivo. Se consideraba que este enfoque favorecía el cuidado de los pacientes durante su enfermedad, facilitando a su vez el trabajo realizado por los profesionales.

Actualmente se dispone de evidencia suficiente como para argumentar y promover un cambio en esta política la experiencia en este sentido de las UCI pediátricas y neonatales, donde los padres y cuidadores habituales se consideran fundamentales en el cuidado integral del paciente, justifica una visión crítica sobre este aspecto. Es sabido que la flexibilización de los horarios o la instauración de “puertas abiertas” (por ejemplo) en las unidades de cuidados críticos generan beneficios en pacientes, familiares y profesionales.

^{3,4} Autoras: Algarbe Silvana- Vilchez Virginia. “NECESIDADES DE LAS FAMILIAS DE PACIENTES INTERNADOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS”. UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE ENFERMERÍA. Córdoba, 16 de Febrero del 2011.

Las barreras para una mayor flexibilización de horarios radican en la fortaleza de hábitos fundamentados en la costumbre, por parte de todos los estamentos, y la falta de reflexión crítica sobre sus inconvenientes. La solución tiene que venir de la divulgación y la formación, basadas en las experiencias del éxito de otras Unidades, de nuevas actitudes y hábitos que permitan una modificación aperturista de la política de visitas. Este cambio debe ser adaptado a la idiosincrasia de cada Unidad.

MARCO TEÓRICO

APARTADO I:
**BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LAS UNIDADES
DE TERAPIA INTENSIVA**

La primera referencia a la agrupación de enfermos críticos en un área común tiene lugar en la Guerra de Crimea (1854-1856) y su principal precursora fue Florence Nighthingale, quién orientó los recursos para disminuir la mortalidad, agrupando a pacientes postoperatorios en salas adyacentes al quirófano para su recuperación; dichas salas representan el antecedente directo de las Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

La primera unidad de cuidados intensivos neurocríticos fue creada en Boston en 1926 por W. E. Dandy. Esta y otras unidades se fueron consolidando progresivamente con la aparición de sucesos particulares y, evolucionando a lo largo de los años gracias a los avances de la Medicina y de la técnica en general, que hacían posible revertir situaciones clínicas críticas hasta entonces irreversibles: como los primeros respiradores (1954), los sistemas de circulación extracorpórea (1952) e hipotermia (1953), el primer desfibrilador externo (1956), los catéteres venosos centrales, uso extensivo de antibiótico⁵.

Esta evolución se concretó en dos modelos de desarrollo, uno derivado de la necesidad de ventilación mecánica surgida en la epidemia de poliomielitis que en esa década afectó especialmente a los países del Norte de Europa y Norteamérica y que produjeron numerosos casos de insuficiencia respiratoria aguda secundaria. Y un segundo que determinó la creación de unidades específicas para enfermos coronarios⁶.

Uno de los procedimientos que marcó una diferencia radical, fue utilizado por Bjorn Ibsen durante la epidemia de poliomielitis en Dinamarca -1952-, quien empleando estudiantes y enfermeras para apoyo manual, logró pasar de ventilación por presión negativa a la intubación con presión positiva en Blegdam, disminuyendo significativamente la mortalidad de los pacientes en estado crítico. En Latinoamérica, la creación de la primera unidad de cuidado intensivo para adultos data del año 1956 en Argentina. Es a partir de 1970 que

⁵, ⁶ Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. "EL ENFERMO CRÍTICO" O. Introducción. BREVE RESEÑA DE LA MEDICINA INTENSIVA.

se produce una irrupción masiva de Unidades de Terapia Intensiva en nuestro país⁷.

Argentina no ha sido ajena a este desarrollo tecnológico y especializado intrahospitalario, ya que las primeras unidades de cuidado intensivo fueron creadas y reconocidas por el Ministerio de Salud Pública como una prioridad y necesidad en el Sistema de salud asistencial hospitalario.

El desarrollo de la Medicina Asistencial generó la necesidad de crear áreas especializadas, con prácticas de sostén avanzado, que implican el uso de tecnología para la recuperación de pacientes críticos.

EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

Organización y cobertura del sistema de salud

La conformación actual del Sistema Argentino de Salud es el resultado de una compleja evolución y, al igual que muchos países de la región, la cobertura está a cargo de los subsectores públicos y de la seguridad social, además del privado. Diferentes intentos de reforma pretendieron dotar al sector de mayores niveles de articulación y coordinación pero sin mayor éxito. Ejemplo de ello es el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en 1974 y las Leyes N° 23.660 y N° 23.661, de 1989, que propusieron la creación del Seguro Nacional de Salud. Durante la década de 1990 se realizaron reformas sectoriales con resultados insatisfactorios en términos de acceso y solidaridad⁸.

La falta de integración entre los subsectores, público, seguridad social y privado, en los que se encuentran agrupadas las instituciones es una de las particularidades del sistema. El sector salud de Argentina se caracteriza por ser muy segmentado, heterogéneo y poco equitativo tanto en relación con la organización y financiamiento como con el acceso a los servicios. El sector público aporta a este cuadro general su división según jurisdicciones — nacional, provincial y municipal- niveles entre los cuales hace falta una mayor

⁷ Ministerio de Salud de la Nación. “Marco Referencial para la Formación en Residencias Médicas”- Especialidad Terapia Intensiva de Adultos. Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos Año 2013.

⁸ Programa Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD “El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros” / 1a ed. - Buenos Aires, 2011.

coordinación. Adicionalmente, dada la estructura federal del país, los gobiernos provinciales cuentan con total autonomía en materia de políticas de salud. Por este motivo, la mayor parte de las responsabilidades en la provisión de servicios se encuentra a cargo de los gobiernos provinciales y los lineamientos del nivel nacional sólo tienen un valor indicativo, por lo que cobra especial relevancia la negociación de acuerdos entre la Nación y las provincias en el marco del COFESA⁹.

Esta diversidad determina la ausencia de un nivel único básico de cobertura asegurada por la atención pública de la salud a todos los habitantes del país. Adicionalmente, la localización de cada individuo dentro de cada jurisdicción lo coloca en una posición diferencial frente al acceso a cada unidad pública proveedora de servicios de salud. A este cuadro se suma la diversidad de organización hacia el interior de la provisión pública en cada provincia y las dificultades para conformar sistemas coordinados.

La salud "es un elemento fundamental del desarrollo humano. Argentina se ubica en el puesto 45 del índice de Desarrollo Humano, ingresando en el grupo de países con desarrollo humano alto", celebró Martín Santiago Herrero y agregó: "La salud no es una dimensión aislada sino un componente central del progreso de nuestras sociedades"¹⁰.

"La consigna es disminuir la segmentación y las inequidades en salud, las brechas entre las provincias de este país federal y estamos comprometidos, cada uno en su rol y funciones, a aportar hacia ese fin. Un sistema de salud con acceso de calidad es el aporte del sector y junto con los determinantes sociales de la salud contribuye al bienestar y la salud de la población argentina", existe "una superposición de coberturas, lo que genera cierta ineficiencia", evaluó Balladelli¹¹.

En relación con la fragmentación de derechos que aborda el informe, consideró que el país no tiene un sistema de salud centrado en el ciudadano. "Argentina tiene un sistema federal pero dependiendo donde la persona vive, trabaja, o la

^{9,10} Programa Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD "El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros" / 1a ed. - Buenos Aires, 2011.

^{11,12} Programa Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD "El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros" / 1a ed. - Buenos Aires, 2011.

edad que tiene ahora puede tener algún tipo de acceso y de calidad a la salud. No es un sistema que nos iguala como ciudadanos"¹².

Gasto en Salud

Los recursos destinados al financiamiento del sector salud no son nada despreciables. De acuerdo con los últimos datos disponibles, el gasto total en salud era superior al 10% del PIB en 2008. En comparación con otros países de la región se observa que los niveles de gasto resultan elevados. Ello responde, principalmente, a la casi universalidad de la cobertura y a la multiplicidad de cobertura para una proporción importante de la población. De todos modos, cerca de la mitad de esos recursos son gasto privado directo y, obviamente, no se integran al financiamiento de los objetivos de la política de salud ni cumplen funciones redistributivas.

Adicionalmente, alrededor de la mitad del resto queda en manos de instituciones que, si bien no tienen fines de lucro, presentan esquemas redistributivos segmentados y en retroceso y solo parcialmente reguladas (las obras sociales y otras instituciones de la seguridad social).

Al interior del gasto público, se observa que las provincias tienen el mayor peso relativo, lo que deviene como resultado del proceso de descentralización del gasto público (más del 70% del gasto público del sector).

La población que únicamente tiene acceso a la salud pública (48% del total, de acuerdo con el Censo de 2001) contrasta con la superposición de coberturas, sobre la que, lamentablemente, no existen datos oficiales y actualizados.

LA ESPECIALIDAD Y RRHH EN TERAPIA INTENSIVA EN ARGENTINA

Han surgido avances asistenciales, tecnológicos y teóricos, cambios epidemiológicos asociados a trauma, al envejecimiento poblacional, a los aspectos económicos y a cambios en el paradigma de la relación médico paciente. Otros factores como el interés propio de la industria, la exigencia de los usuarios, la lógica intervencionista de los prestadores han contribuido al aumento significativo de los costos en salud, complejizando a la Medicina Crítica en la última década, requiriendo de una permanente actualización para

los profesionales ya formados, y de un programa de capacitación estructurado para quienes deciden iniciarse en la especialidad.

La literatura médica internacional muestra que son los intensivistas los especialistas mejor entrenados para aplicar en las unidades de terapia intensiva la tecnología de la cual se dispone, por cuanto conocen en detalle las condiciones y requerimientos para su empleo seguro eficaz y eficiente, así como las ventajas e inconvenientes de las mismas, siendo esto finalmente costo efectivo¹³.

El intensivismo tiene características que la hacen particularmente distinguible de otras especialidades. Recepciona los pacientes clínico-quirúrgicos con la más alta complejidad, con escaso margen de error y con el mayor porcentaje de resultados desfavorables, donde la mala evolución no es trasladable a otra área de internación o servicio. Es una especialidad absolutamente institucional e intervencionista, que se desarrolla exclusivamente en centros médicos de mayor complejidad y a lo largo de toda la vida profesional. En la Terapia Intensiva la relación costos-resultado es muy alta y por lo tanto la calidad del recurso humano (capacitación, destreza, experiencia) tiene un alto impacto en cuanto a eficiencia y calidad asistencial.

La orientación a la Medicina Crítica presenta características particulares y específicas a la hora de la capacitación: la rapidez de decisión, la necesidad de algoritmos, el reconocimiento de las limitaciones, la atención a la seguridad del paciente, la apropiada interconsulta, el efectivo trabajo en equipo, la relación profesional con el paciente y su familia, la posibilidad de discontinuar las medidas vitales y el estrecho contacto con la muerte, son algunas de las realidades emergentes que implican un profundo desarrollo de la bioética. Las especificaciones de las competencias requieren amplios límites en los campos establecidos, abarcando mucho más que los procedimientos prácticos.

En nuestro país la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva fundada el 22 de diciembre de 1972, fue una fuerte impulsora del sistema de residencias.

¹³ Ministerio de Salud de la Nación. "Marco Referencial para la Formación en Residencias Médicas" - Especialidad Terapia Intensiva de Adultos. Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos Año 2013.

En relación específica a la Residencia de Terapia Intensiva, en 1964 fue creada la primera de ellas en el Hospital Italiano, muy cercana a la del Instituto José María Ferrer. En 1980 se creó la primera Residencia Médica Municipal de Terapia Intensiva en la Ciudad de Buenos Aires¹⁴.

Sobre otras sociedades científicas es necesario destacar a la European Society of Intensive Care Medicine (creada en 1982) por su importante aporte educacional internacional a partir de la elaboración del “Competence Based Training in Intensive Care Medicine in Europe” (CoBaTriCE). Este documento del cual participaron intensivistas de todo el mundo (incluida la Argentina) y que fue considerado en la elaboración del presente Marco de Referencia, describe las competencias específicas de la especialidad¹⁵.

En nuestro país, la especialidad fue reconocida inicialmente por los Colegios Médicos de la Provincia de Buenos Aires, previamente a la creación de la carrera de especialista en la Universidad de Buenos Aires. La Terapia Intensiva fue aceptada por el Ministerio de Salud Pública de la Nación como especialidad de la Medicina, incorporándola al régimen de la Ley N° 17.132 (Disposición N° 01 del Subsecretario de Políticas de Salud y Acción Social del 24 de septiembre de 1990). En la actualidad la especialidad es también otorgada por distintos Colegios Médicos, Ministerios de Salud provinciales, Sociedades Científicas y Universidades Públicas y Privadas¹⁶.

La Terapia Intensiva de Adultos ha sido definida como especialidad prioritaria del área crítica por el Consejo Federal de Salud (COFESA) en su III Reunión Ordinaria del año 2008 considerando la necesidad especialistas y la escasez de postulantes a las residencias de la especialidad. Esta situación posibilitó que el Ministerio de Salud de la Nación incrementara los cupos para la especialidad pasando de 7 cargos en 2004 a 41 cargos en 2013. De igual manera, se observa en forma progresiva cupos vacantes en los regímenes de formación de

^{14,15} Ministerio de Salud de la Nación. “Marco Referencial para la Formación en Residencias Médicas” - Especialidad Terapia Intensiva de Adultos. Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos Año 2013.

^{16,17} Ministerio de Salud de la Nación. “Marco Referencial para la Formación en Residencias Médicas” - Especialidad Terapia Intensiva de Adultos. Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos Año 2013.

esta especialidad crítica, aun en centros de reconocido prestigio e inserción profesional posterior a la capacitación¹⁷.

Las causas por las cuales este recurso humano es escaso y los médicos abandonan o no eligen los programas de formación en estas áreas es multifactorial y difícil de objetivar. Se han descrito en diferentes publicaciones fenómenos de síndrome de agotamiento profesional como un factor asociado y estilo negativo de vida.

Existen estudios en otros países que identifican factores de riesgo relacionados con la reducción del número o capacitación del personal de UCI, tales como escasa planificación federal para promover la especialidad, aumento de la demanda por parte de la población, escasez de programas que fomenten económicamente la especialidad.

El abordaje para enfrentar la crisis actual de falta de médicos orientados al área de la terapia intensiva requiere tanto del conocimiento de las características y distribución del recurso actual, de sus condiciones de capacitación y laborales, así como de la exploración de los posibles factores asociados a este déficit en la elección y en la continuidad de la especialidad. Parte de las acciones deben estar orientadas a facilitar el ingreso a las residencias de la especialidad de una manera explícita, ponderada y evaluable, a fin de promover el ingreso a esta formación¹⁸.

El sistema de residencias médicas es considerado mundialmente como la mejor educación médica de posgrado al brindar una formación de capacitación en servicio para adquirir las competencias profesionales. Su programa de formación prioriza el aprendizaje a través del trabajo diario tanto en las áreas asistenciales como docentes, realizado bajo supervisión permanente de experimentados profesionales y progresiva responsabilidad en la toma de decisiones, siendo claramente superior a otros sistemas de capacitación.

¹⁸ Ministerio de Salud de la Nación. "Marco Referencial para la Formación en Residencias Médicas" - Especialidad Terapia Intensiva de Adultos. Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos Año 2013.

De esta manera, el Marco de Referencia para la Residencia de Terapia Intensiva de Adultos surge como un instrumento de formación de recursos humanos, para mejorar el nivel de atención en la Salud Pública, desarrollando áreas de competencia, criterios de realización, y actividades en el área crítica.

Importancia de la Terapia Intensiva

La Terapia Intensiva, puede variar su nombre dependiendo del hospital o sanatorio (en algunos casos también se la conoce como Unidad de Cuidados Intensivos) es aquel espacio dentro de un establecimiento para el cuidado de la salud que tiene como objetivo monitorear y controlar de manera permanente los signos vitales del paciente. Normalmente, los pacientes que llegan a esta instancia son aquellos que se encuentran en una situación muy delicada en la cual es peligroso y no recomendable dejarlos sin atención o darles el alta. La Terapia Intensiva suele tener a personas en estado de coma, a enfermos terminales, a víctimas de graves accidentes, a personas que han sufrido quemaduras muy profundas o también a pacientes que están a la espera urgente de un trasplante de órganos, etc.

La importancia de la terapia intensiva es central si tenemos en cuenta que este es el espacio en el cual los enfermos o pacientes más delicados deben ser atendidos por profesionales de la salud, de manera constante a fin de evitar cualquier tipo de sobresalto o cambio abrupto en el estado de su salud. En ella, enfermeros están al permanente cuidado de los pacientes y son constantes también las visitas de médicos y otros profesionales. Lo más importante, además, es el hecho de que en estas unidades los signos vitales están vigilados y controlados por los responsables en todo momento, por lo cual ante un evento de peligrosidad la respuesta a entregar por parte de ellos es mucho más rápida y efectiva.

La Terapia Intensiva va variando dependiendo del tipo de necesidades que se tenga. Así, podemos encontrar diversos tipos de Terapia Intensiva que se especifican en un tipo particular de dolencias, situaciones o condiciones de salud. Entre las más comunes podemos mencionar la Terapia Intensiva Neonatal (para los recién nacidos), la Pediátrica (para niños y menores de edad en general), la Coronaria, cardíaca y cardiovascular (destinadas a

problemáticas relacionadas con el corazón), la de Cirugía, la Geriátrica (para ancianos), la de Quemaduras, las Terapias Intensivas de heridas generadas por Trauma, y la Terapia Intensiva post Anestesia (que es para aquellos pacientes recién salidos de una operación en la cual se utilizó anestesia general).

Si un paciente está internado en terapia intensiva, como dijimos anteriormente, tiene un padecimiento que ha llegado al límite de la gravedad, requiere cuidado y atenciones continuas, ininterrumpidas. Puede haber egresado de una cirugía complicada, prolongada o de alto riesgo, o bien estar sufriendo una descompensación extrema de un sistema vital ya sea, cardiovascular, respiratoria, renal y/o nerviosa.

Dicho paciente, se encuentra en una situación de máximo cuidado, pero también de máxima limitación. El paciente en UTI está aislado, solo. Tanto si tiene o no tiene (o no comprende) toda la información acerca de su enfermedad. Puede estar agobiado, abrumado por las consecuencias probables de su estado (desde la simple incomodidad, hasta grados variables de discapacidad, dolor, sufrimiento). Frecuentemente comparte además experiencias demoledoras, al observar los percances de pacientes más graves o más ruidosos, o bien escucha todos los días la palabrería incomprensible de los profesionales y las enfermeras describiendo su padecimiento, sus condiciones, su evolución. El paciente en UTI pierde la noción del tiempo, al estar excluido de sus actividades cotidianas, en su espacio, con su gente; al estar inundado a toda hora con luz artificial, sonidos de monitores, respiradores, alarmas, quejidos. El paciente en UTI teme. Teme al dolor, al sufrimiento, a las limitaciones desconocidas que puede llegar a soportar. Teme al abandono, a la soledad, a la ausencia de sus seres queridos, a que termine la hora de visita sin ver sus rostros y a menudo sin poder hacer nada para comunicarse con ellos. El paciente en UTI teme a la muerte, a esa presencia que flota en el ambiente y a veces se posa en la cama de al lado. El paciente en UTI teme a la falta de control. Puede ser trasladado a otra sala, al quirófano, a algún estudio, no siempre con la debida información anticipada.

El paciente en UTI sufre una expropiación consentida: su salud, su cuerpo, su vida y su muerte no le pertenecen. Son el dominio de un grupo impersonal, anónimo; médicos y enfermeras, que en coordinación con su familia deciden por él.

A los familiares de los pacientes internados en la UTI desde el ingreso al servicio y principalmente cuando pueden ingresar a ver a su familiar, les surgen infinidad de preguntas, las cuales, muchas veces no son respondidas por los profesionales del equipo médico o enfermero que cumplen sus funciones en dicho servicio.

También los familiares sienten angustia al ver a su ser querido internado en una Terapia Intensiva, ya que muchas veces pueden observar que su ser querido/a tiene "MORETONES" (el término médico es EQUIMOSIS. En general, los pacientes internados en Terapia Intensiva tienen tendencia a presentarlos en los sitios por donde se les extrae sangre para efectuar pruebas de laboratorio, por más que la extracción se haya hecho correctamente. También pueden aparecer moretones en la cara y en la cabeza luego de una cirugía; o en los sitios donde los pacientes traumatizados han sufrido golpes. También frecuentemente presentan equimosis los pacientes ancianos, los desnutridos, y los que poseen enfermedades que por sí mismas aumentan la tendencia al sangrado; por ejemplo, las enfermedades del hígado, de la sangre, u otras.

Otra cosa que afecta mucho la apariencia de los pacientes internados en Terapia Intensiva es la "HINCHAZÓN" (EDEMA es la palabra técnica que usamos para denominarla).

El edema puede aparecer porque el paciente no puede eliminar bien los líquidos que recibe; o como resultado de un traumatismo o golpe; o por algunas enfermedades del corazón, del hígado o de los riñones; también en una enfermedad de las mujeres embarazadas, o que ya han tenido a su bebé, llamada pre eclampsia, o incluso en los pacientes desnutridos, o simplemente por estar en la cama mucho tiempo.

El líquido de edema se acumula en todos los tejidos del organismo, y hasta puede salir a través de la piel por pequeñas heridas o lastimaduras que se

producen solas, o cuando se saca la tela adhesiva. Hasta los ojos pueden hincharse, y puede verse la parte interna de los párpados (la conjuntiva) de un color rojo brillante. El edema de los pacientes provoca mucha angustia en los familiares, sobre todo cuando se manifiesta en la cara; pero es importante saber que el edema disminuye cuando el paciente empieza a mejorar.

Ocasionalmente, verá que su ser querido, u otro paciente, podrá estar con las “manos atadas”. Siempre se intenta que este tipo de inmovilización sea el último recurso; pero cuando existe la posibilidad, o intentos claros, de que un paciente quiera sacarse alguno de los tubos que lo conectan a máquinas que le brindan soporte vital (como los respiradores), o quiera sacarse otros dispositivos, como los catéteres a través de los que recibe fluidos (“sueros”) o medicación, u otros a través de los que orina (sonda vesical), no quedará otro remedio que impedir, transitoriamente, que el paciente “se saque” estos dispositivos. No sólo porque los pacientes dejan de recibir un tratamiento que, a veces, los mantiene con vida, sino porque además, las extracciones violentas pueden causarles daños muy importantes.

Otros dispositivos que van a tener colocados son: a) Las derivaciones del monitor cardiaco: son almohadillas adhesivas que se colocan en el pecho de todos los pacientes, que permiten observar la actividad eléctrica del corazón. b) catéter intravenoso central, un pequeño tubo de plástico hueco puesto en una vena en el cuello, pecho, o en la ingle, que se usa para administrar líquidos o “sueros” (o fluidos), y medicamentos. También se pueden utilizar para medir las presiones de los vasos en los que estén colocados.

En casos muy especiales se utilizan catéteres para alimentar a los pacientes, lo que se llama “Nutrición Parenteral”. Esto se hace con productos muy especialmente diseñados, en los pacientes en los que el aparato digestivo no puede absorber los alimentos. c) catéter en arteria pulmonar: en el mismo sitio de inserción que los catéteres intravenosos centrales, se coloca este tipo especial de catéteres, más profundamente y que permite, a través de la conexión a equipos especiales, monitorear las presiones dentro del corazón y de algunos grandes vasos, medir la cantidad de sangre que bombea el corazón, y calcular la cantidad de oxígeno que consume el cuerpo. d) catéter intravenoso periférico: colocado en un vaso venoso de alguno de los miembros

superiores (brazos), que se usa para administrar fluidos y medicamentos. e) sonda Foley, o sonda vesical: Es una sonda, o catéter, que se coloca en la vejiga para facilitar que la orina se recolecte en una bolsa colectora. f) manguito de tensión arterial: Un “manguito” grande ubicado en el brazo o en la pierna, para medir y controlar la tensión arterial. g) (a) tubo endotraqueal: Un tubo respiratorio insertado en la tráquea, a través de la boca o la nariz. Esta medida se toma cuando el paciente no puede respirar por sí mismo, o su respiración es poco eficiente. En esos casos, el paciente será luego conectado a una máquina que le envía, a través del tubo endotraqueal, una mezcla de aire y oxígeno. Estas máquinas se llaman “respiradores” o “ventiladores”, y todo el procedimiento se llama “ventilación mecánica”.

La ventilación mecánica es uno de los procedimientos más importantes, frecuentes y característicos de la UTI. (b) cánula de traqueotomía: Cuando la intubación endotraqueal lleva varios días, es posible colocar un tubo más corto dentro de la tráquea a través de una pequeña incisión en el cuello, que se efectúa con anestesia local. Este procedimiento se llama Traqueotomía. Este nuevo tubo, más corto que el paciente tenía colocado anteriormente, es mucho más cómodo para el paciente, y permite disminuir la sedación. El paciente puede tener colocado o un tubo endotraqueal o una traqueotomía. h) oxímetro de pulso: Un pequeño artefacto similar a un dedal colocado en el dedo, en la nariz, o en la oreja que permite monitorear el oxígeno en la sangre, y la frecuencia cardíaca del paciente. i) tubo de drenaje pleural: Un tubo hueco más grande insertado en el espacio pleural, que se encuentra sobre los pulmones. Este tubo extrae aire libre o sangre, que podría dificultar la respiración del paciente. j) catéter de diálisis: Un catéter insertado en la ingle o cuello que es conectado a unos tubos externos y a una máquina de diálisis (es lo mismo que hemodiálisis; también llamada “riñón artificial”). k) sonda nasogástrica: Una sonda colocada en el estómago o en el intestino para “sacar” el ácido gástrico o el exceso de secreción del estómago. Sale habitualmente por la nariz. También se puede proporcionar nutrición a través de ella. Se llama “Nutrición Enteral”, y es la forma más frecuente de alimentación en la UTI. l) cánula arterial: Un catéter que se coloca en una arteria de la muñeca o de la ingle para monitorear la presión sanguínea de forma continua. m) catéter de presión intracraneal y/o

ventriculostomía: Un pequeño catéter que es colocado dentro de la cabeza para monitorear la presión que hay dentro del cerebro. Por ejemplo, esto suele ser necesario después de un golpe muy importante (“traumatismo de cráneo grave”), o de luego una operación de la cabeza (“neurocirugía”), o que haya ocurrido una hemorragia dentro de la cabeza. Conocer la presión que existe adentro de la cabeza, permite bajarla cuando sube a niveles mayores de lo normal. Estos catéteres especiales se llaman catéteres para la medición de presión intracraneana, o, simplemente, “de PIC”. También pueden usarse para sacar un exceso de líquido.

Algunos de los dispositivos que hemos mencionado se colocan con anestesia local. En otros no es necesario. En general no provocan dolor, pero algunos pacientes pueden sentir molestias.

Los integrantes del equipo de salud están siempre atentos para tratar cualquier signo de molestia o dolor que los pacientes expresen.

El/la paciente puede despertarse de la anestesia o de la sedación y no tener idea de dónde está, o qué le ha pasado.

Puede tener dolor, o ansiedad, o angustia, o parecer excitado, moviéndose continuamente, luchando con el respirador, o intentando arrancarse el tubo endotraqueal, o los catéteres, y las sondas, intentar incorporarse o hasta tirarse de la cama.

A veces una conversación clara y tranquilizadora con el paciente es suficiente para calmar estos síntomas. Pero generalmente resulta necesario administrar medicamentos sedantes o analgésicos, que lo calman, también le provocan sueño, y posiblemente pérdida de la memoria.

Estos medicamentos también pueden interferir con la capacidad del paciente de pensar claramente. Hasta pueden producir cambios en la percepción. El/ella pueden tener alucinaciones. Pueden parecer enojados, hostiles, incluso hasta agresivos. Este comportamiento anormal puede deberse a la medicación, a otros tratamientos, o a la enfermedad que lo llevó a la internación en Terapia Intensiva. Los pacientes ancianos son muy proclives a desarrollar estas complicaciones.

En la mayoría de los casos, estas reacciones disminuyen o desaparecen cuando el paciente mejora. Hay pacientes que recuerdan toda su estadía en la UTI, pero esto es excepcional. La mayoría tiene una memoria parcial, como “fragmentada” de lo ocurrido. La mitad de los pacientes no recuerda nada.

Generalmente, los primeros recuerdos son de los días posteriores a la intubación. A menudo, los pacientes cuentan experiencias irreales, alucinatorias; o sólo recuerdan a algunos médicos, o enfermeras, o algunos procedimientos en particular.

Aun no se conocen totalmente las causas de estos problemas, pero es posible que se deba al tipo de enfermedad que llevó al paciente a la UTI, a su gravedad, a los medicamentos que se encuentra recibiendo, y a la pérdida de referencias externas, (por ejemplo, en las UTIs el día y la noche no se diferencian).

El paciente quizás no pueda comunicarse por varios motivos, en primer lugar, si tiene colocado un tubo endotraqueal, o una cánula de traqueotomía para ayudarlo a respirar, que, a través de la boca, le llega a la tráquea, ese dispositivo también está pasando a través las cuerdas vocales, limitando de esta forma su función. También puede estar recibiendo medicamentos para disminuir la ansiedad y la excitación. Este proceso se llama sedación, y ayuda a los pacientes a adaptarse al respirador y a dormir. Otro efecto que provocan es la pérdida de la memoria de su estadía en la UTI (amnesia que puede ser total, o parcial).

También se utilizan medicamentos para que los pacientes no tengan dolor (analgesia). Estos medicamentos (sedantes y analgésicos) pueden hacer que al paciente le cueste despertarse, e incluso que no se despierte, sobre todo cuando está conectado a un respirador.

También puede ocurrir que un paciente no hable porque haya tenido una lesión cerebral importante (un traumatismo o golpe importante, o un ataque cerebral). En estos casos, los médicos le dirán cuáles podrían ser las posibilidades de recuperación, pero tenga en cuenta que la medicina no es una ciencia exacta y que cada paciente puede evolucionar de forma distinta.

En ciertas situaciones, las alteraciones en los líquidos corporales, en algunos elementos químicos (llamados “electrólitos”), o la aparición de toxinas que

circulan por la sangre, pueden provocar que un/una paciente esté somnoliento, o no recuerde quién es o dónde está. O que esté agresivo, o dormido, o incluso en coma. Para tratar estos problemas se utilizan procedimientos complejos, como la diálisis, líquidos, algunos elementos químicos, y otros tratamientos.

Los pacientes necesitan sedación para poder adaptarse al respirador, y también para tratar la ansiedad y la excitación. Siempre se trata de utilizar la menor cantidad posible de estos medicamentos. En la mayoría de los casos los pacientes se encontrarán parcialmente despiertos. En este momento la voz de alguien que ellos conocen es útil en la mayoría de los casos y crea sentimientos de seguridad.

APARTADO II

EL ROL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE PACIENTES CRÍTICOS

Cuidar es para enfermería la promoción, el mantenimiento de la salud y la continuidad de la vida en individuos o colectivos, sanos o enfermos y/o el acompañamiento al ser humano en fase terminal. Para brindar este cuidado de enfermería se requiere de principios éticos, conocimientos, destrezas y calidad humana, cualidades que identifican y legitimizan la profesión de enfermería.

Natividad Pinto Afanador (2001) en su artículo de Indicadores de Cuidado presenta la siguiente definición: “se dice que cuidar es la esencia de Enfermería, y que el cuidado es el elemento paradigmático que hace la diferencia entre enfermería y otras disciplinas del área de salud”, también manifiesta claramente que: “cuidar” implica el deseo de dar cuidado. Las acciones de cuidar pueden ser observaciones positivas, de soporte, comunicación, o de intervenciones físicas de la enfermera. Cuidar es dedicarse a un fin, a la protección, la mejoría y la preservación de la dignidad del otro”.¹⁹

En las Unidades de Cuidados Intensivos se brinda un cuidado especial y para tal fin se requiere de un profesional de enfermería con cualidades especiales cuyo significado de cuidar no es sólo vigilar el comportamiento hemodinámico, la identificación de problemas y/o la administración de medicamentos por vías invasivas entre otras; implica también tener una formación basada en el interés real de restablecer la condición del otro, sensibilidad para percibir, comprender los sentimientos y para mantener la confidencialidad e intimidad, capacidad para actuar y humanizar su accionar basado en conocimientos científicos.

Aranda Otero D. Antonio (2005-2006) en su artículo “La Ética del Cuidado manifiesta: “desde el punto de vista ético podría llegar a la conclusión de que cuidar, en su más amplio y rico sentido de la palabra, es reconocer en el otro su dignidad y su diferencia”²⁰.

El cuidado humanizado debe ser proporcionado por un profesional de enfermería con características especiales como son: capacidad de comunicación y escucha, respeto por las creencias del otro, gran dimensión de entrega, compromiso ético y calidez humana.

¹⁹ PINTO AFANADOR, Natividad. Indicadores de Cuidado. En Actualización de Enfermería. Bogotá: s.n. 2001. V4, n. I. p. 13-19.

²⁰ ARANDA OTERO D. Antonio. La Ética del Cuidado. “Conferencia Clausura del Curso Académico de la E.U.E. Virgen de la Paz de Ronda.

Furegato (1999) manifiesta que “los pacientes describen a las enfermeras como personas competentes, bondadosas, entregadas y cariñosas, que luchan a cada instante por el bienestar de quien cuidan; además, están constantemente próximas para aliviar el dolor, el sufrimiento y propiciar alternativas de mejoría y distracción ante la situación actual. Por encima de las intervenciones técnicas, indispensables para mejorar su estado de salud, las enfermeras están siempre ahí presentes para atender su llamado, escuchar su angustia y esto es justamente lo que hace la diferencia en el cuidado”.²¹

Los profesionales de enfermería interesados en la humanización del cuidado, deben interrogarse constantemente sobre los sentimientos que realmente experimentan estos pacientes frente a su situación clínica y la atención que reciben con el fin de generar un proceso de enfermería acorde con esas necesidades que permitan brindar un cuidado humanizado y eficiente.

La atención integral requiere subjetividad, cualificación, sensibilidad y ética. Necesita grandes dotes de comunicación y habilidades de relación: escucha activa, respeto, empatía y compasión. Un conjunto de herramientas fundamentales en las que los profesionales, en mayor o menor medida, tenemos carencias.

El cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica. La enfermera es la llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimientos de sí mismo. Desde éste punto de vista, el cuidado no sólo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe de los cuidados humanos.

El análisis de la valorización del rol profesional de enfermería en terapia intensiva se realizó partiendo del concepto de H. Grace (2000) acerca que el futuro del cuidado de la salud en las Américas depende mucho del rol que

²¹ VARGAS TOLOZA RUBY Elizabeth. “Cuidado Humanizado al Paciente Críticamente Enfermo: Enfermería Pieza Clave En La Atención”. Ciencia y cuidado- volumen 4.-NO. 4- ISSN- 17949831.

jueguen las Enfermeras. Sin Enfermería, será imposible lograr una atención adecuada en cantidad y calidad.²²

El profesional de Terapia Intensiva proporciona cuidados a pacientes con situación clínica crítica que presentan un desequilibrio severo de uno o más sistemas fisiológicos principales, con compromiso vital real o potencial, utilizando una metodología basada en los avances producidos en el área de los cuidados de la salud, la ética y la evidencia científica.

Requiere de un sólido marco científico-técnico, que considere tanto la complejidad y diversidad de los problemas de salud, como la aplicación de la tecnología apropiada, los procedimientos y técnicas avanzadas, que implica la rápida y correcta toma de decisiones para la resolución de situaciones que implican riesgo para la vida de los pacientes.

Las intervenciones de enfermería están orientadas a la atención integral del usuario, incluyendo aspectos bio-psicosociales, y la inclusión participativa del grupo familiar. La práctica asistencial incluye la valoración, diagnóstico y el tratamiento de la respuesta humana a los problemas percibidos, reales o potenciales, físicos, psicosociales y espirituales del usuario.

Para finalizar, hay que destacar que en el actual contexto en cuanto a políticas de salud, sociales, culturales y económicas, modifican las relaciones de trabajo y junto a las innovaciones tecnológicas, imponen nuevas relaciones en el mundo de trabajo y, por lo tanto cambios en el rol de los profesionales de las unidades de terapia intensiva.

Cuidados Humanizados

Humanizar, es un proceso complejo que comprende todas las dimensiones de la persona y que va desde la política, a la cultura, a la organización sanitaria, a la formación de los profesionales socio-sanitarios, al desarrollo de los planes de cuidados, etc. Si un elemento es central en la humanización, seguro que es porque a través de él se articulan todos los demás, relación directa con el paciente, relación en el trabajo interdisciplinar, relaciones institucionales,

²² FERNANDEZ, CHÁVEZ, N. FELIX AZCÚNAGA, M. ROCHA, F. PASTRANA "Valorización del rol profesional de enfermería en terapia intensiva". Revista Uruguaya de Enfermería, Noviembre de 2007, 2 (2): 5-13

relación de la persona con los grupos con los que planifica y decide el presente y se juega el futuro del hombre. Merece la pena destacar que la experiencia adquirida en el trabajo con equipos multidisciplinares puede ser de utilidad para el análisis y rediseño futuro de nuevos procesos en el hospital, con el objetivo de lograr una mayor coordinación entre profesionales, eliminar acciones que no aportan valor añadido y como consecuencia mejorar la eficiencia hospitalaria.

Según Watson “la Humanización del cuidado es la interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia con calidad centrada individuo, a través de un vínculo”²³.

El cuidado enfermero según Peplau H. “Es un proceso interpersonal terapéutico, entre una persona que tiene necesidad de ayuda y una enfermería capaz de responder a la necesidad de ayuda, la utilización terapéutica de sus conocimientos y de su propia persona llevan a la enfermera a practicar el arte enfermero”. Melia S apoya esta teoría diciendo que “...la herramienta central del cuidado es el vínculo”...Medina sostiene: “Cuidar es prestar una especial consideración a la dimensión psicológica, emocional y moral de la salud y la enfermedad. Se trata de valorar a la persona en términos de humanidad centrándose en sus necesidades y en un cuidado comprensivo y sensible... satisfaciendo la necesidad humana de estima a través de la manifestación del compromiso y el interés por cuidar”.²⁴

La teoría del cuidado humano fue iniciada por Dra. Jean Watson en 1979, basada en 3 premisas²⁵:

Premisa 1. “El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.

^{23,24,25} HOSPITAL DE CLÍNICAS, DIVISIÓN ENFERMERÍA: “Manual General de Enfermería: Humanización del Cuidado”.

Premisa 2. “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

Premisa 3. “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

Apoyados en estas premisas se promueven aspectos de reflexión, acerca de la actuación de los enfermeros en el momento de curar y cuidar pacientes.

El cuidar es el núcleo de la profesión de enfermería; no obstante, analizando el contexto social y sanitario actual, debemos llevar a cabo un esfuerzo consciente para preservar la humanización en nuestra práctica, en la formación, investigación y gestión de los cuidados.

La enfermería posee un saber científico, habilidad técnica y comportamientos y actitudes. Cuidar exige a los profesionales de salud utilizar sus cualidades humanas: la capacidad de razonar, de sentir y demostrar empatía hacia el paciente. Incluye un compromiso científico, filosófico y moral hacia la protección de la dignidad humana y la conservación de la vida.

Aspectos que favorecen la relación humana enfermera-paciente:

- Brindar atención de enfermería individualizada considerando valores, creencias, sentimientos, como ser único indivisible que vive y responde ante la enfermedad según sus experiencias, conocimientos y modo de vida. Ser conciente y sensible a la salud emocional y mental del paciente, además de su salud física.
- Ser receptivo de las necesidades y percepciones que tiene el paciente de las mismas.

- Humanizar el cuidado promueve en el paciente la adhesión a tratamientos y cuidados.
- Ser sensible a vulnerabilidad del paciente, ante su situación de salud. • Permitir que el paciente se sienta singular e importante durante la prestación del cuidado.

El profesional de enfermería ha de mantener una actitud crítica y reflexiva frente a la realidad social del ser humano y sus derechos y hacer de su práctica diaria un medio para la visibilidad de dicha actitud mediante la investigación y aplicación de modelos teóricos que alimenten un cuidado de calidad y sensibilidad humana que le reporte crecimiento como persona y profesional generando un impacto transformador en el sistema de salud.

Hay que resaltar que hay buenos profesionales. Pero, por otro lado, parece existir un sentir general de que las máquinas han podido relegar a las personas a un segundo plano: no hay tiempo para la escucha activa por las cargas de trabajo y los propios profesionales, insatisfechos por no poder realizar su trabajo en unas condiciones aceptables y la pérdida del reconocimiento social, han perdido su vocación.

A través de iniciativas concretas de cambio que son objetos de estudio a nivel internacional, se pretende hacer la UCI tan necesaria y tan anhelada por todos, donde los conocimientos científico-técnicos puedan convivir con la parte más humana de todos los protagonistas: se trata de un despertar emocional, de flexibilizar los horarios de visita y dar protagonismo a las familias incluyéndolas en el equipo sanador, estudiar y prevenir el síndrome de burnout para remotivar al profesional, recuperar la narrativa, formar en habilidades de comunicación, empatía, escucha activa y duelo, rediseñar los espacios y derribar los muros mentales, apostar por una Sanidad integrativa, prevenir las secuelas post-UCI y naturalizar el proceso de morir. Se debe recuperar ese tiempo de estar sentado con el paciente y escuchar. Lo importante es darse cuenta, de lo contrario es imposible generar el cambio.

La humanización es la asignatura pendiente de nuestro sistema de salud y los enfermeros somos los profesionales más aptos para desarrollarla, debemos de

llamar la atención ante este hecho con el fin de perseguir una asistencia más digna para el profesional que la da y más humana para el enfermo que la recibe.

APARTADO III

LA IMPORTANCIA DE INCLUIR LA FAMILIA EN LOS CUIDADOS AL PACIENTE

El paciente necesita del contacto pleno de otro ser humano, que comprenda la necesidad del afectado para saciar la angustia y el dolor en una situación de alto riesgo, ya que éste le proporciona un estado de armonía con respecto al grado de vulnerabilidad ante el peligro actual y el futuro que se pueda presentar; de esta forma los pacientes experimentan una comunicación afectiva, confiable y de protección. Por lo tanto, el incluir una expresión de amor, demostrar preferencias y un apoyo incondicional, permite que se vea una mejor labor médica, que no se dificulte la esperanza y que se desplace la frustración, la impotencia y la impaciencia, por lo cual es necesario que se permita a la familia estar cerca y prolongar el tiempo de visita o de acompañamiento para estar al tanto de la situación clínica del paciente.

Un 70% de los familiares de los pacientes ingresados en la UCI presentan ansiedad y hasta un 35% depresión, además de las situaciones de estrés en el momento agudo y postraumático.

Los familiares, la mayoría de las veces desean participar en el cuidado del paciente. Si las condiciones clínicas lo permiten, las familias que se muestren dispuestas podrían colaborar en algunos cuidados (el aseo personal, la administración de comidas o la rehabilitación), siempre bajo el entrenamiento y la supervisión de los profesionales sanitarios. Dar a la familia la oportunidad de contribuir a la recuperación del paciente puede tener efectos positivos sobre el paciente, sobre ellos mismos y sobre el profesional, al reducir el estrés emocional y facilitar la cercanía y la comunicación de las partes implicadas.

Existen recomendaciones sobre cómo integrar la participación familiar en la atención del paciente. Se trata de la implementación de la unidad persona enferma-familia y su manejo de forma global.²⁶

El desarrollo de investigaciones acerca de la presencia familiar durante los procedimientos se inicia en la década del ochenta. En general, los profesionales de las UCI no consideran oportuna la presencia de familiares durante estos procedimientos, aludiendo al posible trauma psicológico y ansiedad que puede generar a la familia, la interferencia en los procedimientos,

^{26,27} PLAN DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA “Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos”. Consejería de Sanidad- Madrid. 2016

la distracción y el posible impacto sobre el equipo sanitario. Por otro lado, las encuestas demuestran que la mayoría de pacientes y familiares desearían permanecer juntos a sus seres queridos en esos momentos. Aunque los estudios no son concluyentes, la presencia de los familiares no se ha relacionado con consecuencias negativas, pero se acompaña de cambios de actitud como una mayor preocupación de los profesionales en relación a la privacidad, dignidad y manejo del dolor durante los procedimientos presenciados, así como una mayor satisfacción de las familias y una mayor aceptación de la situación favoreciendo el proceso del duelo.²⁷

Es indispensable anotar que la recuperación de la persona en estado crítico es la meta fundamental de la práctica enfermera; por ello, bajo la concepción de integralidad del ser humano y la satisfacción de las necesidades familiares y del paciente crítico, Bernat²⁸ considera que deben convertirse en la prioridad de las intervenciones de enfermería, de manera que la vinculación familiar se hace esencial en el cuidado y en la conexión del individuo con el entorno.

La participación familiar es un proceso en el cual uno o varios familiares del paciente crítico se vinculan de forma voluntaria, progresiva y dirigida, con ayuda del profesional de enfermería, al cuidado del paciente en estado crítico, en función de sus posibilidades y el estado de salud del paciente, a partir de un acuerdo entre el familiar, la enfermera y el paciente cuando la condición de salud lo permita. Tales aspectos se relacionan con el referente teórico de la teoría *hombre-vida-salud* de Rosemarie Parse.²⁹

Según Hansen y Marriner, esta teoría se considera única en enfermería, pues se basa en las ciencias humanas que describen la interrelación del hombre con el entorno; de manera que dicha reciprocidad contribuye al significado que

²⁸ Bernat R. Necesidades de la familia del paciente crítico: revisión bibliográfica. Nursing. 2008;26 (9):60-3

^{29,30,31} Diana Marcela Achury Saldaña y Luisa Fernanda Achury Beltrán. "Participación familiar en el cuidado de pacientes críticos: una propuesta de fundamentación teórica". Investigación de Enfermería. Imagen Desarrollo. ISSN 0124-2059 15 (2) : 137-151, julio-diciembre de 2013

adquiere la salud para el individuo de acuerdo con los constituyentes particulares de cada situación.³⁰

La teoría de Parse destaca de forma importante el valor que adquiere la interrelación del hombre con el entorno. La familia se constituye en un componente fundamental, pues el hombre interpreta y da significado a sus patrones de relación con cada uno de los miembros de su familia. Desde la conceptualización de Parse y Torres y Morales, se entiende por familia a cualquier persona que guarde relaciones estrechas con el individuo o que mantenga una relación afectiva reconocida.³¹

Es importante considerar que el grupo familiar deja de funcionar normalmente cuando se produce una crisis situacional como la hospitalización de uno de sus miembros en la unidad de cuidado intensivo; entonces, ubicando a la persona críticamente enferma como parte de un entorno o estructura familiar, es congruente pensar que la participación de los allegados en el cuidado del paciente crítico modifica el significado que el paciente o la familia dan a la enfermedad y genera beneficios que impactan positivamente en su recuperación y mantienen la esperanza en el proceso de mejoría de la enfermedad.

Parse maneja tres principios en su teoría: 1) estructuración de un significado, 2) cocreación y 3) cotrascendencia (impulso de acciones más allá de las posibilidades).³²

La estructuración del significado

El primer principio surge de un proceso de valoración que realiza el individuo a partir de su percepción acerca de determinada situación, la cual puede manifestarse por medio del lenguaje verbal o no verbal. También surge de la interrelación del hombre con el mundo, así como de su percepción del propósito de la vida y de los momentos significativos, en los cuales la familia

³² Diana Marcela Achury Saldaña y Luisa Fernanda Achury Beltrán. "Participación familiar en el cuidado de pacientes críticos: una propuesta de fundamentación teórica". Investigación de Enfermería. Imagen Desarrollo. ISSN 0124-2059 15 (2) : 137-151, julio-diciembre de 2013

desempeña un papel relevante. De la misma forma, las necesidades familiares cobran gran importancia en el proceso, en la medida en que determinan el significado que la familia les otorga a la salud del paciente y a la situación en general.

Algunos estudios, como los de Hildalgo y colaboradores y Molter, muestran la prioridad que las familias de las personas en estado crítico le otorgan a las necesidades. Aquí la información y la seguridad se consideran de la mayor importancia; sin embargo, autores como Eggenberger, Rodríguez y colaboradores, Engström y Söderberg y Verhaeghe y colaboradores identifican y destacan las necesidades de tipo social y práctico, donde la cercanía y el deseo de la participación activa en el cuidado del paciente, especialmente en la alimentación y la higiene, son significativas.³³

Las necesidades de las personas críticamente enfermas varían de acuerdo con su condición de salud y con el significado que estos les hayan dado; no obstante, los pacientes críticos requieren cuidados especializados que faciliten su proceso de comunicación y que eviten las complicaciones de una hospitalización prolongada, como las infecciones cruzadas, el síndrome de descondicionamiento físico, las úlceras por presión y el delirium; por tal motivo es necesario establecer espacios en las unidades de cuidado intensivo que permitan al familiar participar activamente según las condiciones del paciente en los cuidados que se le proporcionan, y así favorecer la recuperación de la persona críticamente enferma.

La cocreación³⁴

El segundo principio de la teoría de Parse se refiere a la creación de patrones rítmicos de relación, que se fundamentan en una reciprocidad paradójica entre la revelación-ocultación, la capacidad-permisividad-limitación y la conexión-separación.

^{33,34} Diana Marcela Achury Saldaña y Luisa Fernanda Achury Beltrán. "Participación familiar en el cuidado de pacientes críticos: una propuesta de fundamentación teórica". Investigación de Enfermería. Imagen Desarrollo. ISSN 0124-2059 15 (2) : 137-151, julio-diciembre de 2013

Desde la revelación-ocultación, el paciente en estado crítico evidencia algunos patrones comportamentales o aspectos relacionados con la enfermedad; pero de forma simultánea oculta otros que no puede revelar por su condición. De esta manera, según Torres y Morales, la familia da a conocer al profesional de enfermería algunos aspectos de la persona antes de enfermar y lo provee de recursos importantes que favorecen el bienestar de la persona críticamente enferma, como el conocimiento sobre el proceso de enfermedad, la vivencia esperada de la situación y los mecanismos de afrontamiento (cognitivo-emocional). El familiar ejerce, entonces, un papel esencial en la actualización constante del rol desempeñado por el paciente y se convierte, así, en una fuente de humanización para los miembros del equipo de salud.

En cuanto a la permisividad-limitación, el paciente en estado crítico es incapaz de realizar todas las actividades que desea, pues su condición de inestabilidad hemodinámica o el efecto de algunos medicamentos, como los sedantes, no se lo permiten; de modo que queda limitado, y ello le exige reorientar sus relaciones, en la búsqueda que quien satisfaga sus necesidades básicas, de comunicación y de confort.

La conexión-separación implica para el paciente crítico la distancia con sus seres queridos. En la medida en que las políticas institucionales son todavía muy restrictivas y limitan el ingreso de los familiares a la unidad de cuidado intensivo, el paciente, en la búsqueda de nuevas relaciones, establece lazos con el personal de enfermería, que se convierte en el principal cuidador.

La cotrascendencia³⁵

El tercer y último principio de la teoría alude al proceso por medio del cual el ser humano puede impulsar acciones más allá de sus posibilidades para generar un proceso de transformación: la cotrascendencia. Este principio se relaciona fuertemente con las fases del proceso de participación familiar, en que los cuidadores se involucran de forma activa en el cuidado del paciente crítico para ayudarlo en su recuperación.

³⁵ Diana Marcela Achury Saldaña y Luisa Fernanda Achury Beltrán. "Participación familiar en el cuidado de pacientes críticos: una propuesta de fundamentación teórica". Investigación de Enfermería. Imagen Desarrollo. ISSN 0124-2059 15 (2) : 137-151, julio-diciembre de 2013

La cotrascendencia demuestra que el proceso de participación familiar en el cuidado de la persona críticamente enferma implica la relación entre la *impulsión* o *el poder*, desde la conceptualización de Parse, y la fase de motivación, en la cual el cuidador toma conciencia ante la posibilidad de ayudar a su ser querido en estado crítico por medio de su participación en el cuidado. Por lo tanto, a través de la “generación” es capaz de materializar su vinculación voluntaria, gradual y guiada, para que —en función de sus posibilidades y de la situación de la paciente— haga operativa la iniciativa y se involucre en las acciones de cuidado.

Según Hidalgo y colaboradores, la participación de la familia se convierte en un proceso continuo, establecido de común acuerdo entre el personal de enfermería y los familiares, cuya intención va más allá del proceso de acompañamiento y tiene como objetivo generar *acciones transformadoras* que maximicen los efectos benéficos de la interacción, con base en una excelente comunicación terapéutica y relación de ayuda.

El proceso de transformación guarda relación con las otras dos fases de la participación familiar (básica y avanzada), pues el cuidador, en el ejercicio de su rol, tiene la capacidad de decidir el momento en el cual intensificará su vinculación y ascenderá en el cuidado de la persona en estado crítico, de acuerdo con los recursos que vaya adquiriendo, el deseo del paciente (cuando la condición de salud lo permita) y la determinación del equipo asistencial. Ello desencadena unos cambios que llevan, finalmente, a una mayor participación en los cuidados del paciente crítico.

Por una parte, la participación básica implica el inicio en la colaboración del cuidado por parte del familiar, sobre todo en los aspectos de menor demanda (componentes cognitivos y emocionales), los cuales deben individualizarse de acuerdo con el paciente y el cuidador; por la otra, según Rodríguez y colaboradores, la participación avanzada se centra en el desarrollo de acciones que requieren una intervención educativa específica, para que la colaboración por parte del familiar se preste activamente.

Gracias al proceso de participación familiar y la teoría hombre-vida-salud, se hace más evidente la responsabilidad que posee el profesional de enfermería

para identificar oportunamente a aquellos familiares que podrían asumir el rol de cuidador, darlo a conocer y realizar el registro correspondiente en la historia clínica. Según Davidson y colaboradores, este proceso de identificación del cuidador requiere que el profesional de enfermería posea una adecuada competencia en entrevista clínica, relación de ayuda, valoración y diagnóstico de respuestas humanas de afrontamiento, desesperanza, impotencia, déficit de conocimientos y manejo del régimen terapéutico, además de habilidades en el uso de técnicas de comunicación en situaciones difíciles, uso de escalas de valoración de la función familiar, establecimiento de relaciones empáticas, escucha activa y un modelo de práctica orientado al paciente.³⁶

La teoría de Parse considera la práctica de enfermería “una participación intersubjetiva que permite guiar al familiar en la elección de las posibilidades en el proceso cambiante de la salud”. Ello es fundamental tanto en el proceso de participación familiar como en la estancia de un paciente en la unidad de cuidado intensivo, porque los dos suponen la toma constante de decisiones. Antes, dicho proceso se basaba en los modelos paternalista y de autonomía del paciente o su sustituto, pero ha evolucionado hasta el modelo actual, en el cual la opinión del personal de salud, el paciente y su familia sustentan una toma de decisiones compartida y de común acuerdo; tendencia que disminuye la ansiedad de las familias, tiene en cuenta los deseos del paciente y le permite al equipo de salud facilitar el proceso.³⁷

Con base en el actual modelo, el proceso de participación familiar implica la toma de decisiones multidisciplinares. Aquí el establecimiento de un clima compartido favorece la relación de los agentes implicados: paciente, familia y profesionales de salud, de forma que se exponen todas las opciones disponibles, las consecuencias de cada decisión y se utilizan los medios de apoyo necesarios para facilitar el proceso. Ello hace imprescindible que el

³⁶ Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E, et al. 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. Crit Care Med. 2007;35(2):605-22.

³⁷ Diana Marcela Achury Saldaña y Luisa Fernanda Achury Beltrán. “Participación familiar en el cuidado de pacientes críticos: una propuesta de fundamentación teórica”. Investigación de Enfermería. Imagen Desarrollo. ISSN 0124-2059 15 (2) : 137-151, julio-diciembre de 2013

personal sanitario posea las suficientes habilidades de comunicación, facilitación y destrezas en el manejo de conflictos, de manera que el proceso se lleve a cabo bajo las mejores condiciones.

Conocer la dinámica de la participación familiar y sus implicaciones para el cuidado del paciente crítico hace necesario tener en cuenta los distintos escenarios de participación de la familia en el cuidado de la persona críticamente enferma. Muchos de ellos todavía generan polémica y controversia; sin embargo, los estudios de Rodríguez y colaboradores, Garrouste y colaboradores, Wasser y colaboradores y Meyers y colaboradores demuestran que la presencia familiar es completamente inexcusable y benéfica para todos los actores implicados en el proceso de hospitalización del individuo.³⁸

Ante la identificación de las necesidades familiares, algunas instituciones poco a poco han contemplado la posibilidad de abrir espacios que favorezcan la participación de la familia en el cuidado de la persona críticamente enferma, y allí es donde la liberalización de las visitas se constituye en el primer paso para vincular a la familia en la satisfacción de las necesidades básicas del paciente crítico; sin embargo, no se han contemplado otros espacios de participación familiar que, aunque más críticos, son igualmente importantes para la satisfacción de las necesidades familiares.

Entonces bajo el enfoque holístico del cuidado, la enfermería actual extiende sus intervenciones no solo a los pacientes, sino a sus familiares, lo cual se refleja en los esfuerzos constantes para integrarlos al proceso de participación familiar donde se pretende una recuperación más rápida de la persona en estado crítico y la satisfacción de los actores implicados en el proceso, de manera que ello se refleje en la calidad del cuidado de enfermería.

³⁸ Diana Marcela Achury Saldaña y Luisa Fernanda Achury Beltrán. "Participación familiar en el cuidado de pacientes críticos: una propuesta de fundamentación teórica". Investigación de Enfermería. Imagen Desarrollo. ISSN 0124-2059 15 (2) : 137-151, julio-diciembre de 2013

CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

1) VISUALIZACIÓN DEL ALCANCE DEL ESTUDIO: MIXTO (CUANTITATIVO-CUALITATIVO).

2) ELABORACIÓN DE LA HIPÓTESIS:

“El bajo número de camas del Servicio de UTI, del Hospital Malargüe permite brindar satisfactoriamente atención humanizada a los pacientes y familiares.”

3) DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

No Experimental, Transversal Correlacional-Causal.

4) DEFINICIÓN Y SELECCIÓN DE MUESTRA:

Unidad de Análisis: Familiares de pacientes que ingresaron al Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Malargüe, durante los meses de Julio a Octubre del año 2017.

5) MUESTRA

Probabilística por Conglomerada/Racimo.

a- FUENTES: Los datos se obtendrán de personas y observaciones.

b- Las fuentes son los familiares de los pacientes ingresados al Servicio de Terapia Intensiva y los profesionales de enfermería que cumplen sus funciones en dicho servicio.

c- MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Se realizará mediante encuestas, entrevistas y observaciones.

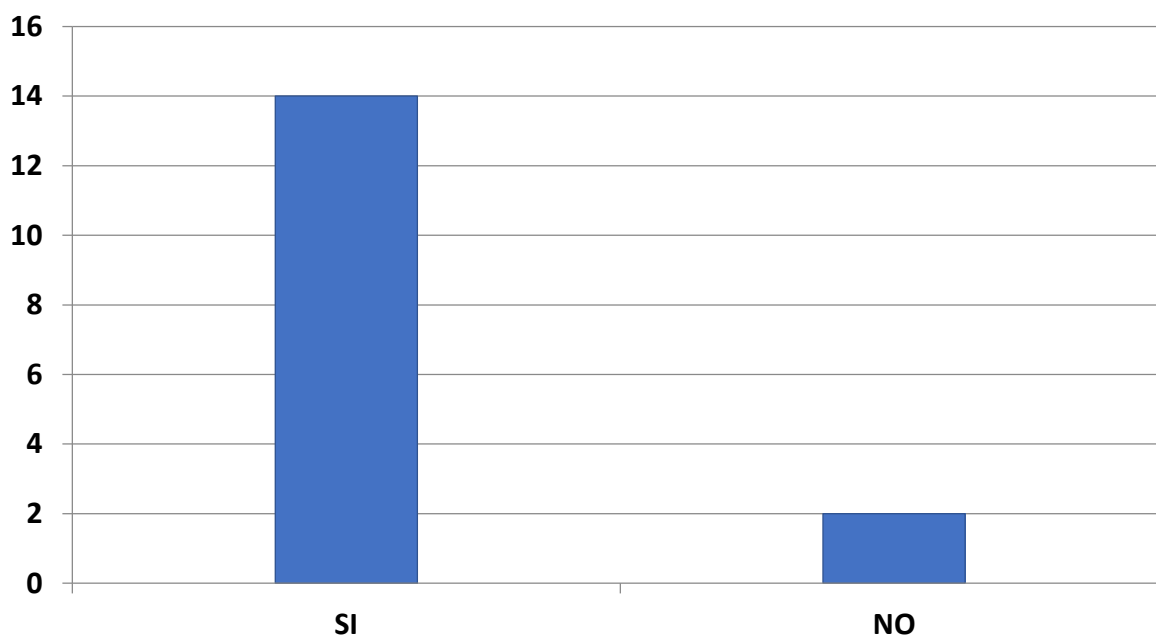
CAPÍTULO III

ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE DATOS

SE LOCALIZA UNA SALA DE ESPERA EN LA UTI- Tabla N° 1

SI	NO	TOTAL
14	2	16

HAY SALA DE ESPERA EN LA UTI- Gráfico 1



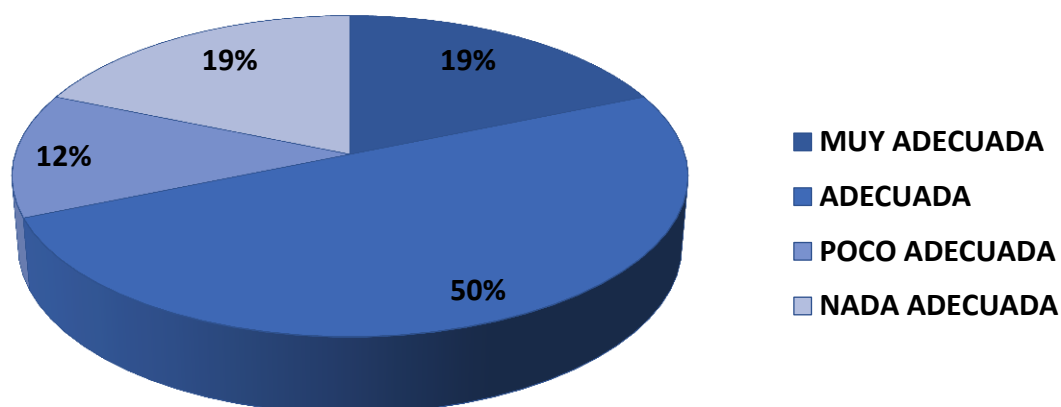
COMENTARIO: La sala de espera del servicio se encuentra en el pasillo interno del hospital, en el cual se han colocado un par de sillas como así también un baño de uso público.

Según la encuesta, la mayoría de los familiares de los pacientes internados en dicho, servicio consideran que hay una sala de espera, mientras que dos personas no lo creen.

ADECUACIÓN DE LA SALA DE ESPERA- Tabla N°2

MUY ADECUADA	ADECUADA	POCO ADECUADA	NADA ADECUADA	TOTAL
3	8	2	3	16

ES ADECUADA LA SALA DE ESPERA- Gráfico 2

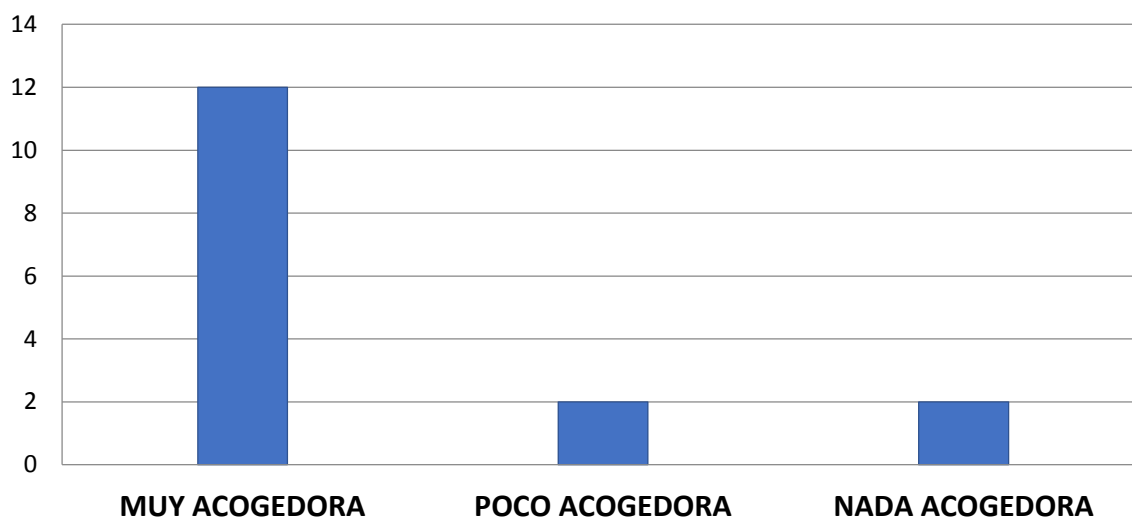


COMENTARIO: Como se puede observar en la encuesta en cuanto a la sala de espera la cual fue detallada anteriormente, la mayoría de los familiares consideran que es adecuada pero, hay tres personas que la encuentran muy adecuada y la misma cantidad cree que es nada adecuada, por último otras dos personas consideran que es poco adecuada. Por lo tanto la mayoría de los encuestados considera sentirse cómodo en la sala de espera que hay en el servicio.

SALA DE INFORMACIÓN DE LA UTI- Tabla N°3

MUY ACOGEDORA	POCO ACOGEDORA	NADA ACOGEDORA	TOTAL
12	2	2	16

SALA DE INFORMACIÓN- Gráfico 3



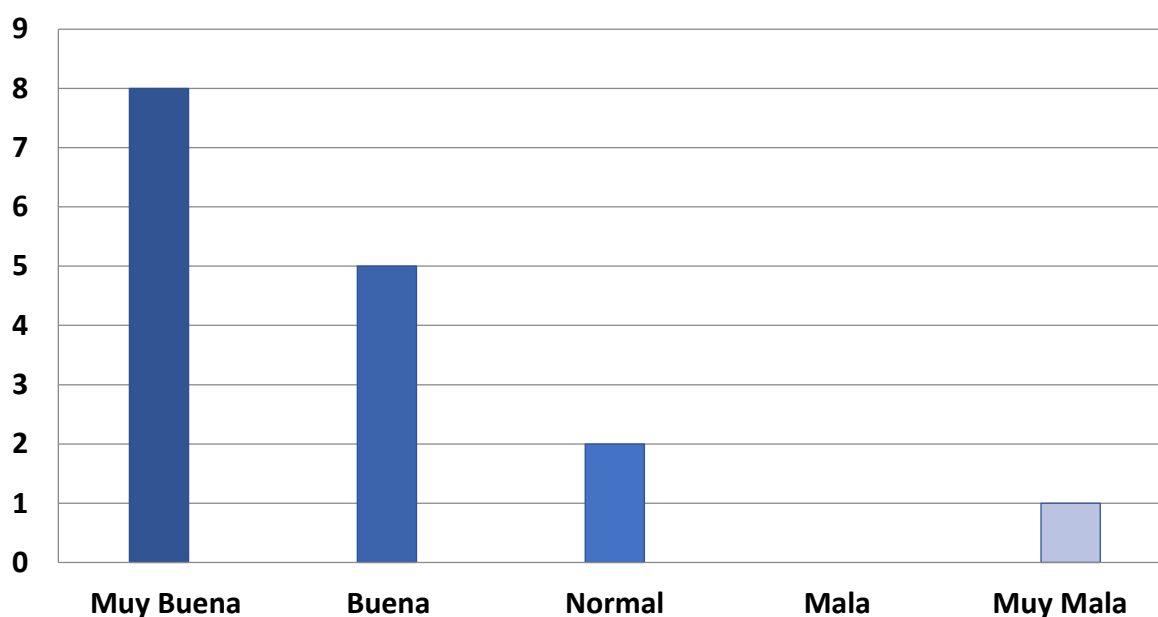
COMENTARIO: Es de suma importancia que el servicio cuente con una sala de información para los familiares del paciente que se encuentre internado, ya que al recibir el parte médico cada día los familiares necesitan intimidad al recibir la información, para poder conversar tranquilamente con el médico sobre el delicado estado de su ser querido. Por ello también, la misma debe ser cálida y acogedora, para que los familiares se sientan contenidos y no sientan que están en un lugar frío y deshumanizado.

Según nuestra encuesta, la mayoría de los familiares encuentra a la misma muy acogedora y una pequeña minoría poco acogedora y nada acogedora.

LIMPIEZA Y ACONDICIONAMIENTO DEL SERVICIO- Tabla N° 4

MUY BUENA	BUENA	NORMAL	MALA	MUY MALA	TOTAL
8	5	2	0	1	16

LIMPIEZA DE LA UTI-Gráfico 4



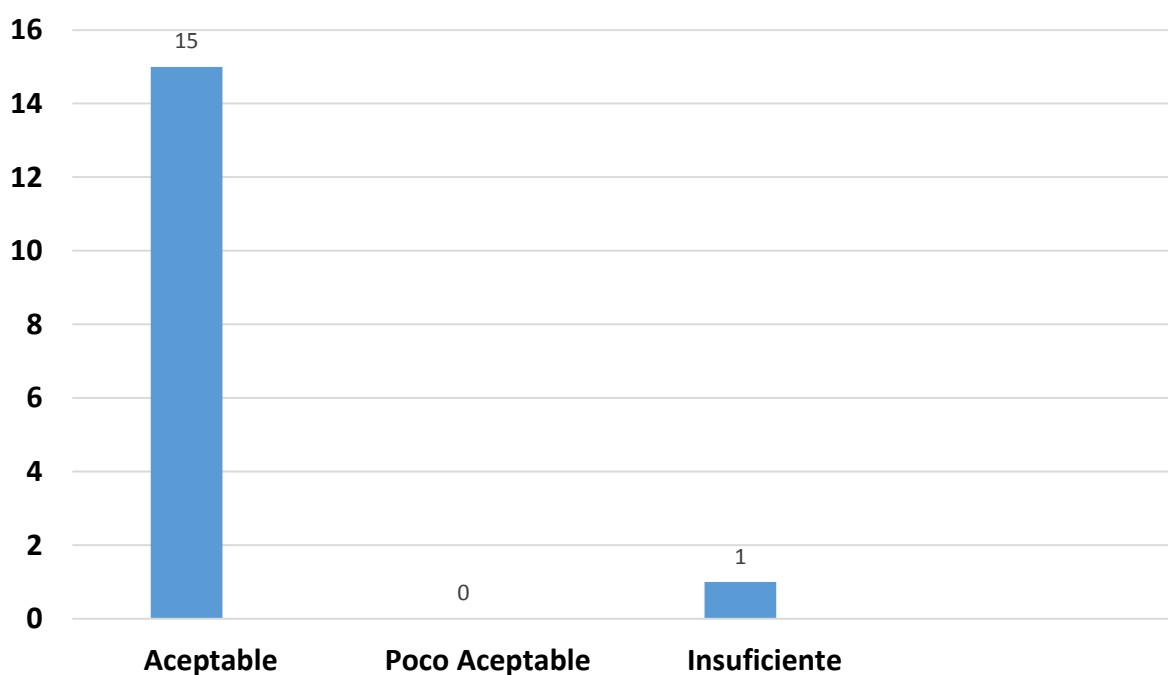
COMENTARIO: Es fundamental que el servicio cuente con una excelente limpieza para la prevención del desarrollo de microorganismos como así también la descontaminación de los mismos.

La limpieza es primordial y que los familiares puedan observar un lugar limpio es sinónimo de un espacio confortable para su ser querido y libre de la posibilidad de empeorar su situación con una contaminación cruzada o de adquirir una infección intrahospitalaria. El familiar sentirá más confianza en el equipo y a la vez más tranquilidad.

UNIDAD DEL PACIENTE Y LIMPIEZA DE LA MISMA- Tabla N°5

ACEPTABLE	POCO ACEPTABLE	INSUFICIENTE	TOTAL
15	0	1	16

**IMPRESIÓN DE LA UNIDAD DONDE SE UBICO SU FAMILIAR
RESPECTO A LA LIMPIEZA- Gráfico 5**



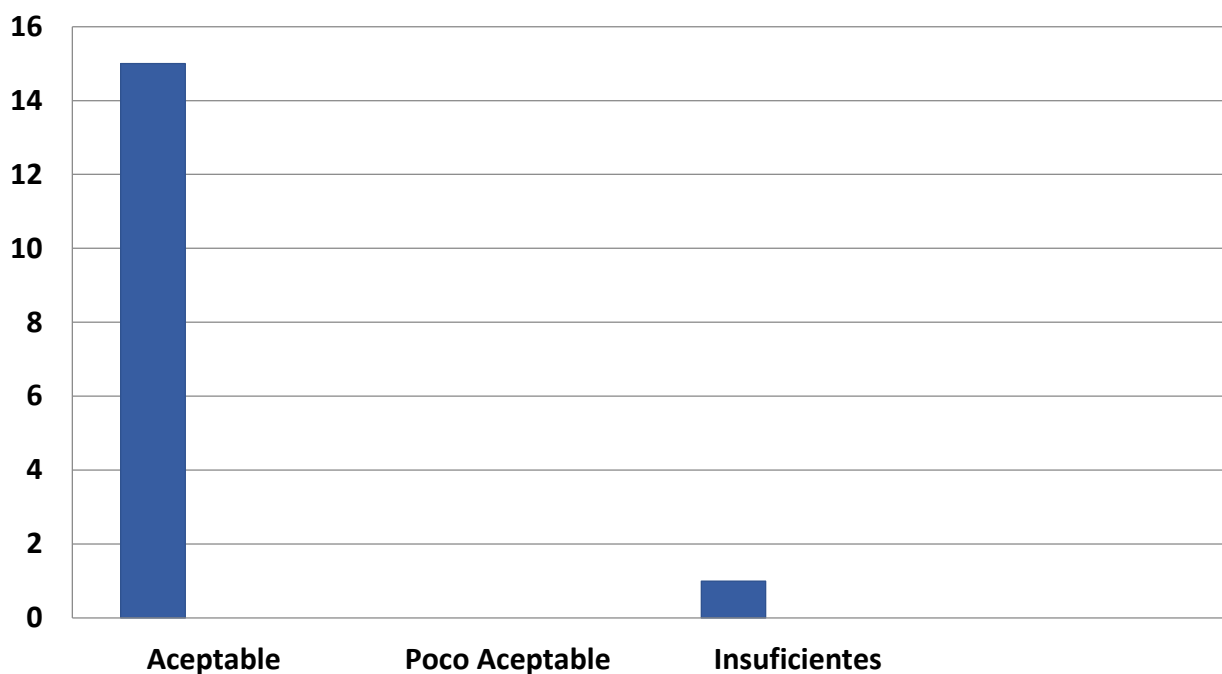
COMENTARIO: Así como es necesaria una buena limpieza de todo el servicio, es primordial la limpieza de la unidad del paciente, desde la cama hasta su mesa donde se colocan los alimentos.

Los familiares de los pacientes, según la encuesta, consideran que la limpieza de la unidad del paciente es aceptable, lo que indica que se sienten satisfechos con la limpieza de la unidad donde fue ubicado su familiar.

**IMPRESIÓN DE LA UNIDAD DONDE SE UBICÓ A SU FAMILIAR
RESPECTO AL ORDEN- Tabla N°6**

ACEPTABLE	POCO ACEPTABLE	INSUFICIENTE	TOTAL
15	0	1	16

**IMPRESIÓN DE LA UNIDAD DONDE SE UBICÓ SU FAMILIAR
RESPECTO AL ORDEN- Gráfico 6**



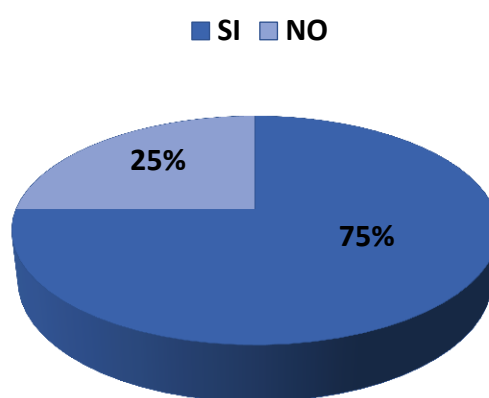
COMENTARIO: El orden es de suma importancia ya que demuestra que ante cualquier situación, los insumos se encuentran a disposición del personal, lo que hace suponer una mejor calidad de atención.

En la encuesta, los familiares demuestran su conformidad en cuanto al orden.

MEDIOS CON LOS QUE CUENTA EL SERVICIO DE UTI- Tabla N° 7

SI	NO	TOTAL
12	4	16

SON SUFICIENTES LOS MEDIOS (SÁBANAS, MANTAS, ETC) CON LOS QUE CUENTA EL SERVICIO- Gráfico 7



COMENTARIO: Siempre en un servicio es preciso que se encuentren los medios suficientes para brindar la mejor atención posible y de calidad y como consecuencia contribuir al mejoramiento del paciente.

En cuanto a la encuesta, la mayoría de los familiares observan que su ser querido se encuentra confortable y en buenas condiciones.

CONFORTABILIDAD EN LA ESTADÍA DEL PACIENTE EN EL SERVICIO-

Tabla N° 8

Marcación del 0 al 10, siendo 10 el valor más adecuado y 0 nada adecuado

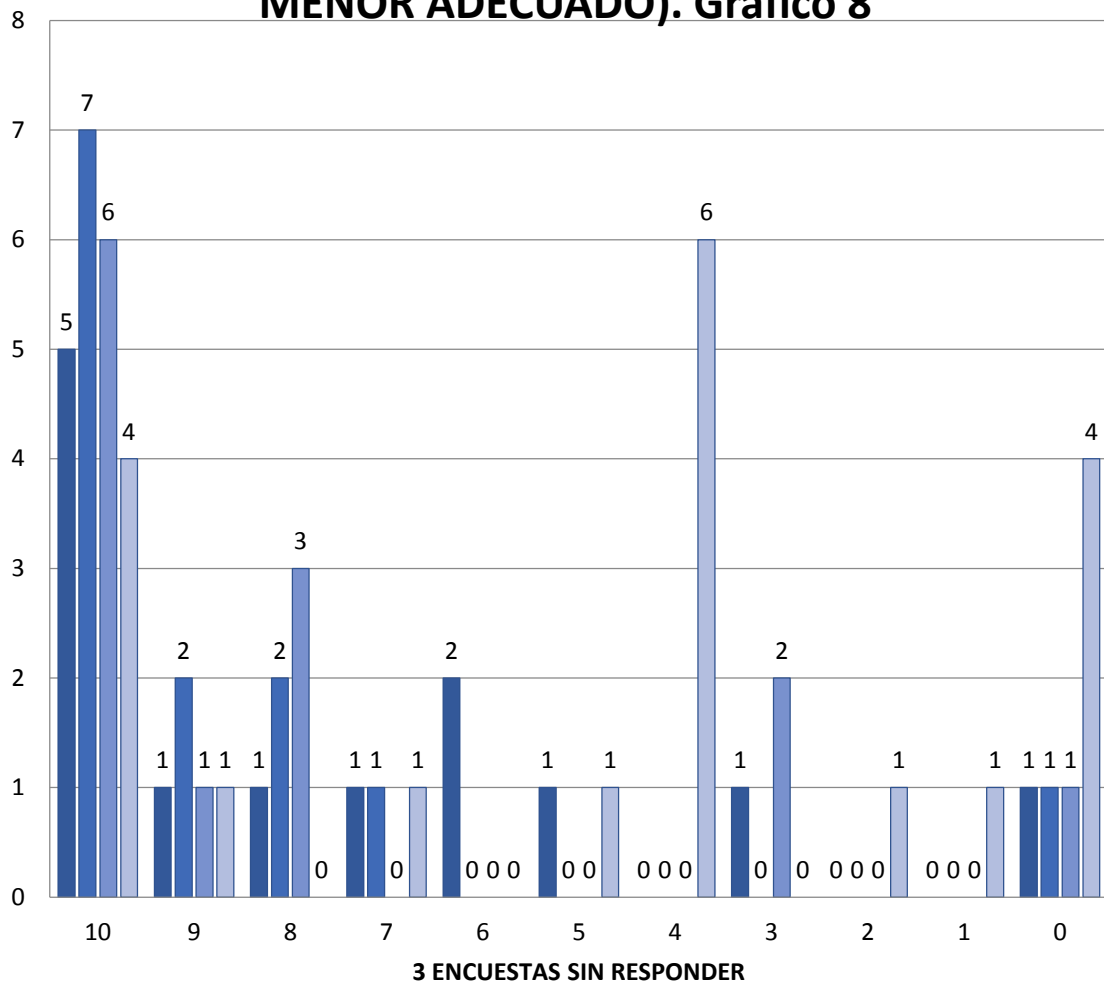
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SIN RESPUESTA	TOTAL
RUIDOS	1	0	0	1	0	1	2	1	1	1	5	3	16
ILUMINACIÓN	1	0	0	0	0	0	0	1	2	2	7	3	16
COMODIDAD	1	0	0	2	0	0	0	1	3	1	5	3	16
INTIMIDAD	4	1	1	0	0	1	0	1	0	1	4	3	16

COMENTARIO: El bienestar en el ambiente de un servicio de internación es primordial para el confort del paciente en su estadía en el servicio.

En cuanto a la intimidad, es un derecho del paciente no estar expuesto ante otras personas.

De acuerdo a las respuestas de las encuestas la mayoría de los familiares encontraron adecuado el ambiente del servicio, excepto que se observa que la mitad de las encuestas en cuanto a la intimidad encuentran una falencia, ya que consideran que no se sienten cómodos al conversar con su ser querido.

**CONFORTABILIDAD DE SU FAMILIAR
DURANTE LA ESTADIA EN TERAPIA RESPECTO
A (SEÑALA EN LA ESCALA DEL 0 AL 10 EL
VALOR MAS ADECUADO, SIENDO 0 EL
MENOR ADECUADO). Gráfico 8**

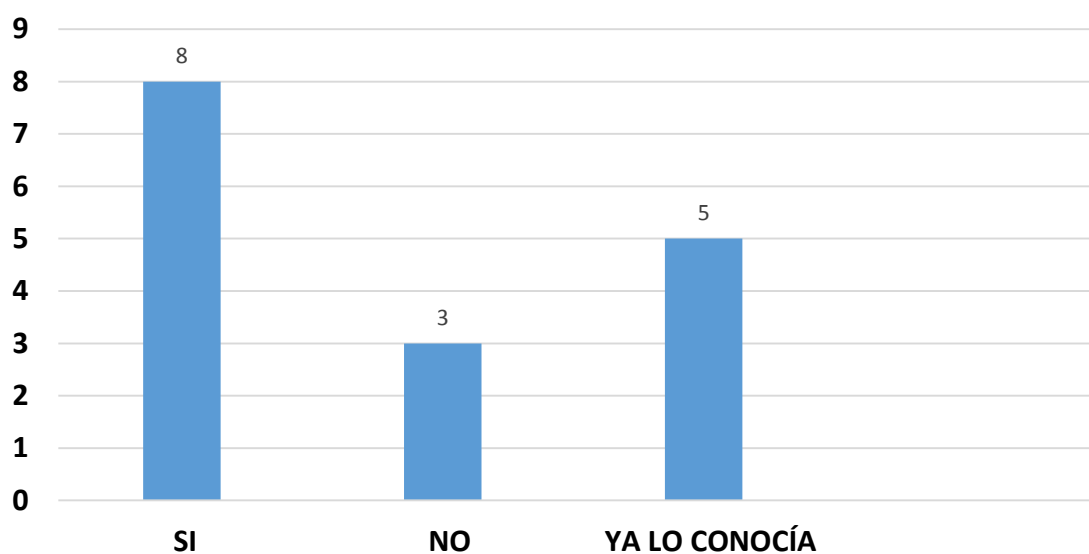


■ Ruidos ■ Iluminacion ■ Comodidad ■ Intimidad

PRESENTACIÓN DE LOS MÉDICOS DE LA UTI- Tabla N°9

SI	NO	YA LO CONOCÍA	TOTAL
8	3	5	16

SE PRESENTÓ EL MEDICO QUE ATENDIÓ A SU FAMILIAR DURANTE LA ESTANCIA EN TERAPIA. Gráfico 9



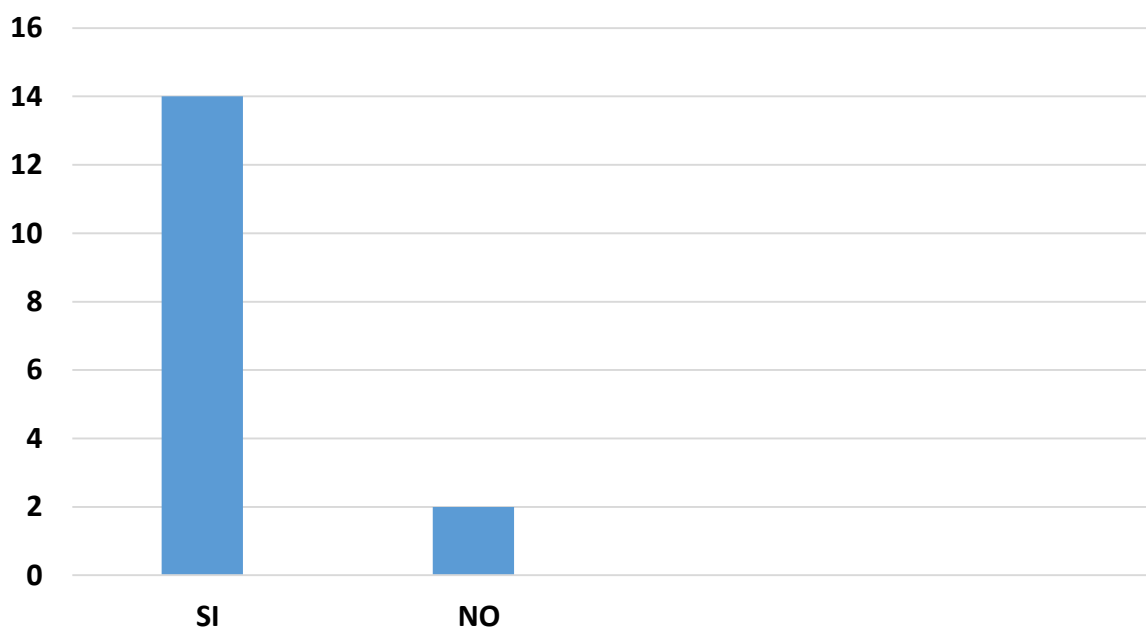
COMENTARIO: Luego del ingreso del paciente al servicio de UTI, es signo de humanización la presentación del personal médico, como así también de respeto y demostración de empatía.

En las encuestas realizadas se puede observar que para la mayoría de ellas los médicos se presentaron, varios ya los conocían de antes y para tres familias el médico que ingresó el paciente a la terapia no se presentó.

INFORMACIÓN QUE RECIBIERON LOS FAMILIARES SOBRE EL ESTADO DEL PACIENTE A SU INGRESO A LA TERAPIA- Tabla N°10

SI	NO	TOTAL
14	2	16

A SU INGRESO ¿FUERON INFORMADOS DE LA SITUACION CLINICA DE SU FAMILIAR?. Gráfico 10

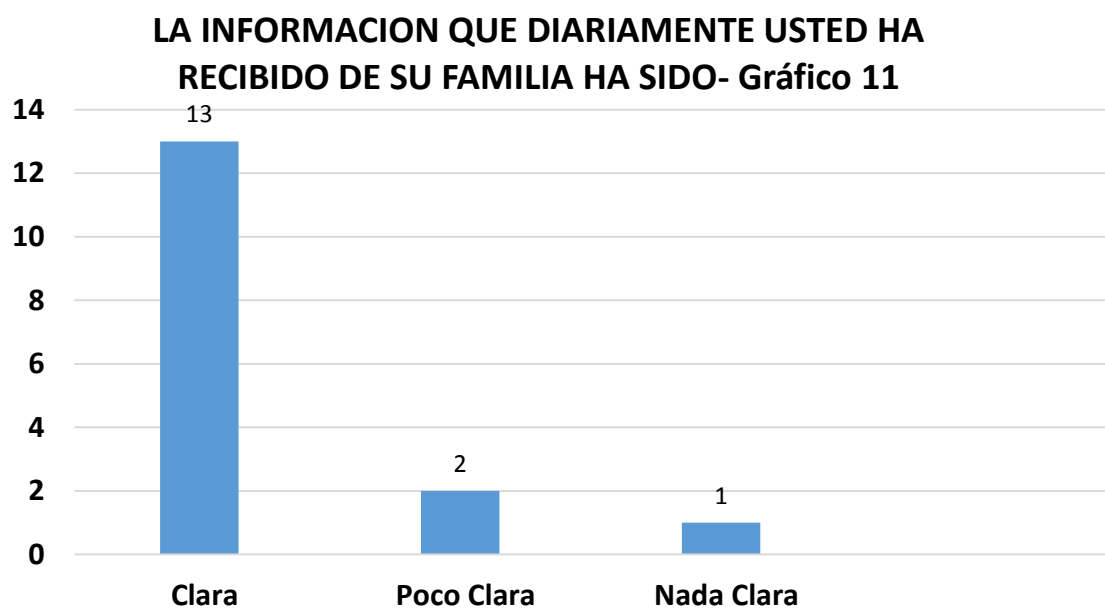


COMENTARIO: Es un derecho de la familia ser informados sobre la situación de su ser querido cuando éste ingresa al servicio de la terapia, teniendo en cuenta que, si ingresa un paciente a dicho servicio es porque se encuentra en delicado estado, el cual compromete su vida.

La mayoría de las encuestas nos refieren que fueron informados sobre el estado de su familiar, lo que nos indica que los familiares de los pacientes han sido contenidos en ese difícil momento.

PARTE MÉDICO- Tabla N° 11

CLARA	POCO CLARA	NADA CLARA	TOTAL
13	2	1	16



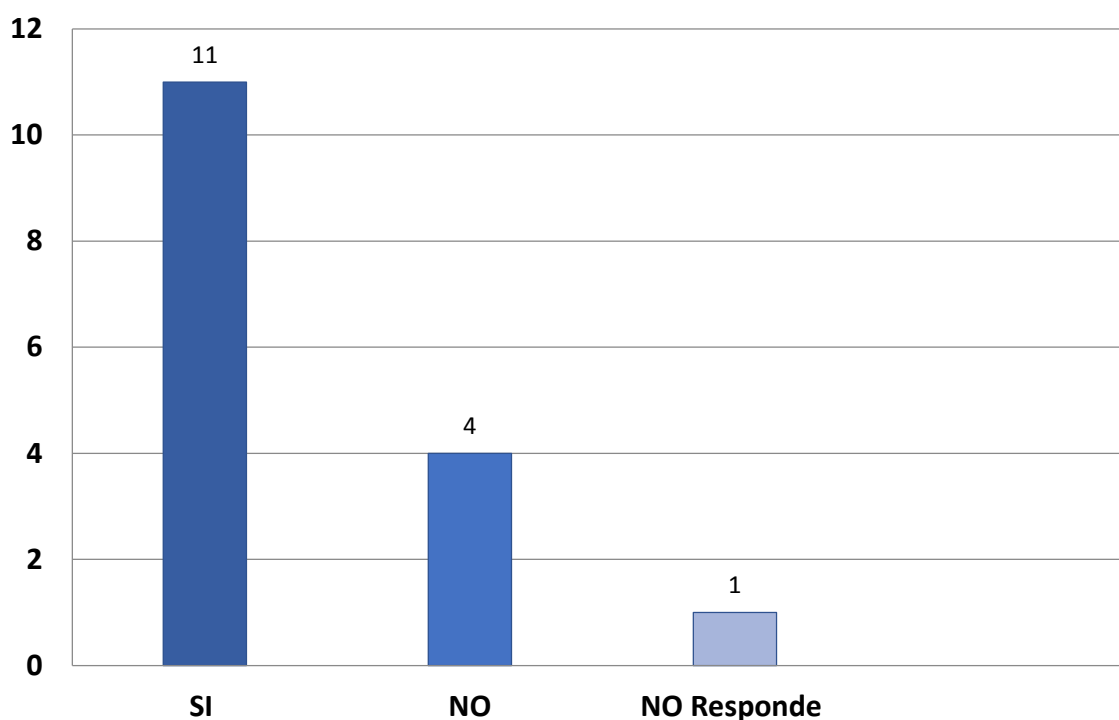
COMENTARIO: Es de suma importancia que el parte médico sea de manera clara, entendible para los familiares, honesta, con respeto y pensando en el sufrimiento que padecen esas personas, con empatía. Muchas veces el diagnóstico es difícil de explicar, pero es deber del médico informar de la manera más clara posible a los familiares.

Según la encuesta, la mayoría de los familiares ha comprendido la información brindada por el médico, y, para la minoría fue poco clara o nada clara.

HORARIO DEL PARTE MÉDICO- Tabla N°12

SI	NO	NO RESPONE	TOTAL
11	4	1	16

LE PARECE ADECUADA LA HORA DE LA INFORMACION-Gráfico 12



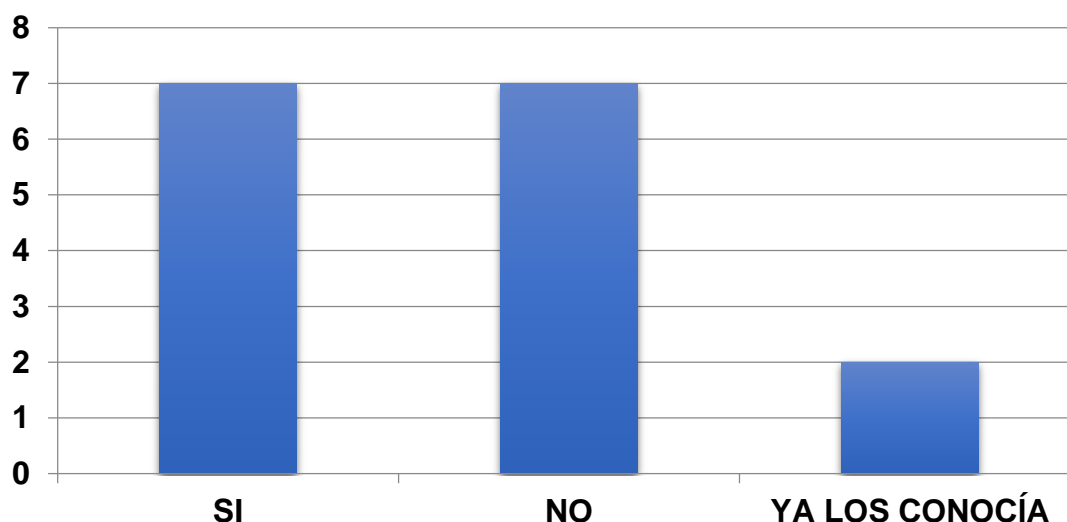
COMENTARIO: El horario del parte médico debe ser dispuesto de manera tal que algún miembro de la familia pueda concurrir al hospital a recibir el parte médico.

La mayoría de las encuestas nos dicen que a los familiares de los pacientes de la UTI les parece adecuada la hora en que se da el parte médico.

PRESENTACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA- Tabla N°13

SI	NO	YA LO CONOCÍA	TOTAL
7	7	2	16

PRESENTACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA- Gráfico 13



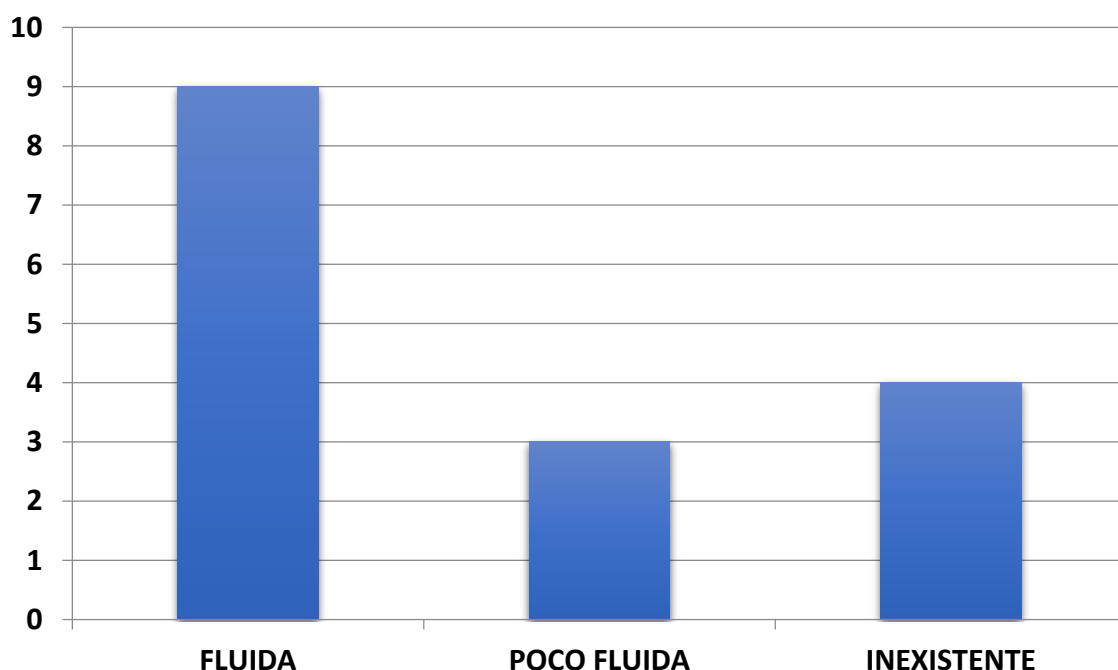
COMENTARIO: El personal de enfermería es el que se encuentra al lado del paciente las 24:00 hs del día, es por naturaleza el que le brinda más contención tanto a los pacientes como a sus familiares, el ingreso del paciente a un servicio crítico desde ya es traumático para él y su familia. La presentación del personal de enfermería es muy importante para ambos, ya que es quien va a cuidar del paciente en todo momento, una buena presentación y contención es suficiente a los familiares para darse cuenta de la calidad de persona y profesional que va a cuidar de su ser querido.

De las encuestas realizadas, se observa que en casi la mitad de las mismas, el personal de enfermería no se presentó ante los familiares de los pacientes ingresados en el servicio, mientras que un poco más de la mitad de las encuestas demuestran que si se presentaron y una minoría que refiere que ya conocía el personal que se encontraba de guardia.

RELACIÓN CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA- Tabla N° 14

FLUIDA	POCO FLUIDA	INEXISTENTE	TOTAL
9	3	4	16

RELACIÓN CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA- Gráfico 14



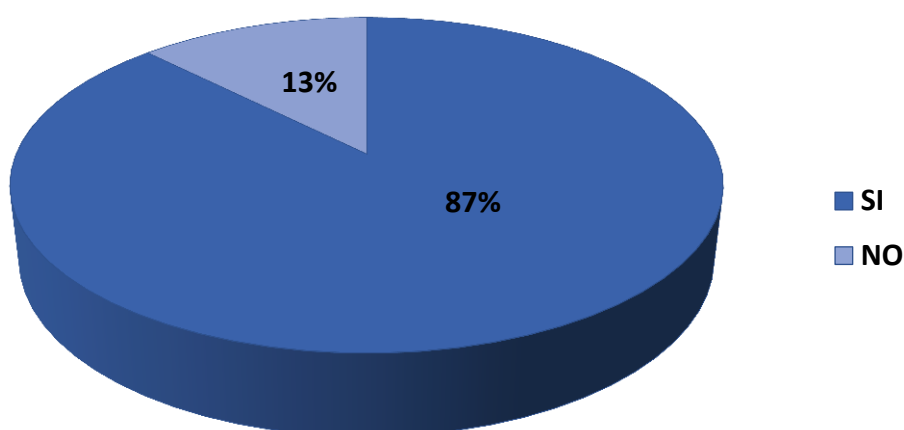
COMENTARIO: La relación enfermera-paciente, enfermero-familia, es un vínculo que se establece entre la enfermera o enfermero y el paciente y familia del mismo, que intentan colocar su problema de salud y su humanidad bajo el cuidado del profesional de salud para el alivio de su malestar y esperan ser comprendidos y orientados. La comunicación debe ser fluida con los familiares para transmitirles confianza, cariño, debe ser con empatía y solidaridad.

En nuestra encuesta, la relación de enfermería con los familiares fue fluida mayormente, en la minoría fue poco fluida y lamentablemente para muchos fue inexistente.

INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE EL SERVICIO- Tabla N° 15

SI	NO	TOTAL
14	2	16

INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE EL SERVICIO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA- Gráfico 15



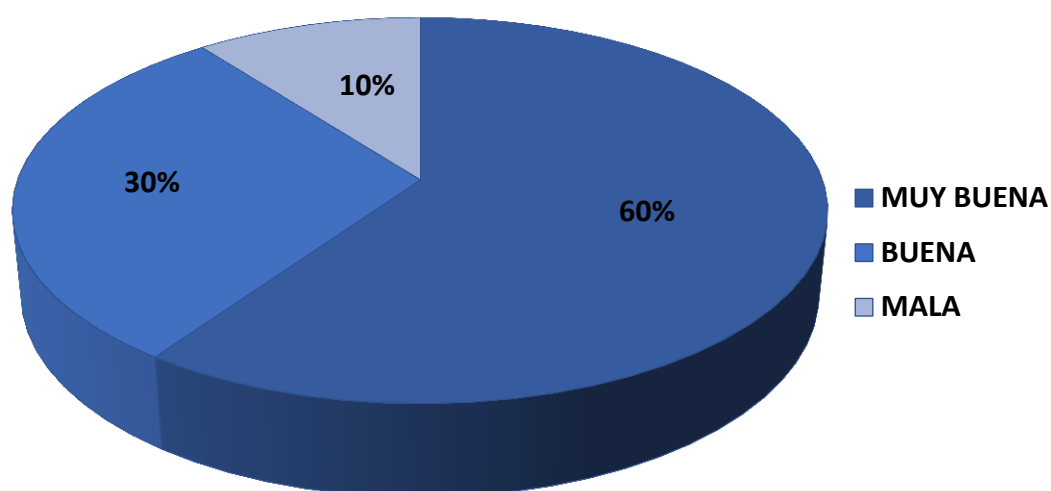
COMENTARIO: Recibir información sobre los horarios de visita, normas de la UTI y reglas nos indica que hay un orden en el servicio que hay que respetar.

Las encuestas nos afirman que los familiares de los pacientes internados fueron informados de dichas normas.

RELACIÓN DIARIA CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA- Tabla N° 16

MUY BUENA	BUENA	MALA	TOTAL
8	4	4	16

RELACIÓN CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA- Gráfico 16



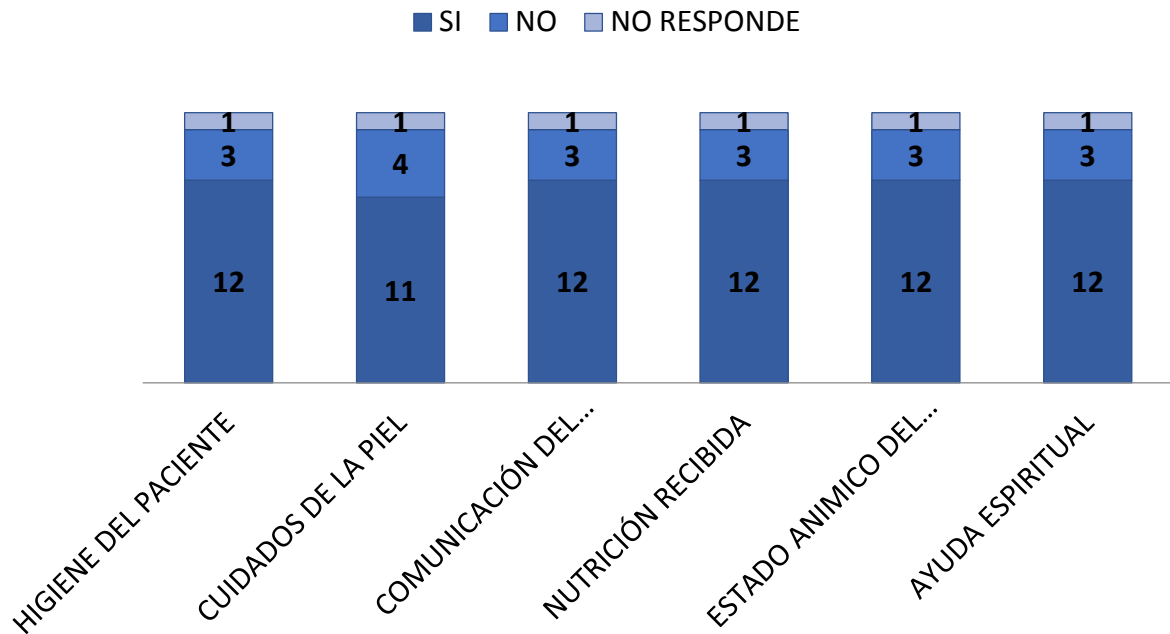
COMENTARIO: La relación diaria del personal de enfermería con los familiares de los pacientes ingresados al servicio debe ser cálida, afectuosa, confortable, con empatía, brindando la mejor información y clara posible para que los familiares tengan la confianza suficiente para consultar las dudas que les quedan del parte médico. Con una mejor comunicación podemos lograr que los familiares se interesen más en la participación de sus cuidados.

Según las encuestas la gran mayoría tuvo una relación diaria muy buena y buena, solo un pequeño porcentaje consideró que la relación diaria era mala.

INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE LOS CUIDADOS REALIZADOS AL PACIENTE- Tabla N°17

	SI	NO	NO RESPONDE	TOTAL
HIGIENE	12	3	1	16
CUIDADOS DE LA PIEL	11	4	1	16
NIVEL DE COMUNICACIÓN DEL PACIENTE	12	3	1	16
NUTRICION RECIBIDA	12	3	1	16
ESTADO DE ÁNIMO DEL PACIENTE	12	3	1	16
AYUDA ESPIRITUAL	7	8	1	16

INFORMACIÓN RECIBIDA DEL PACIENTE DE PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA- Gráfico17



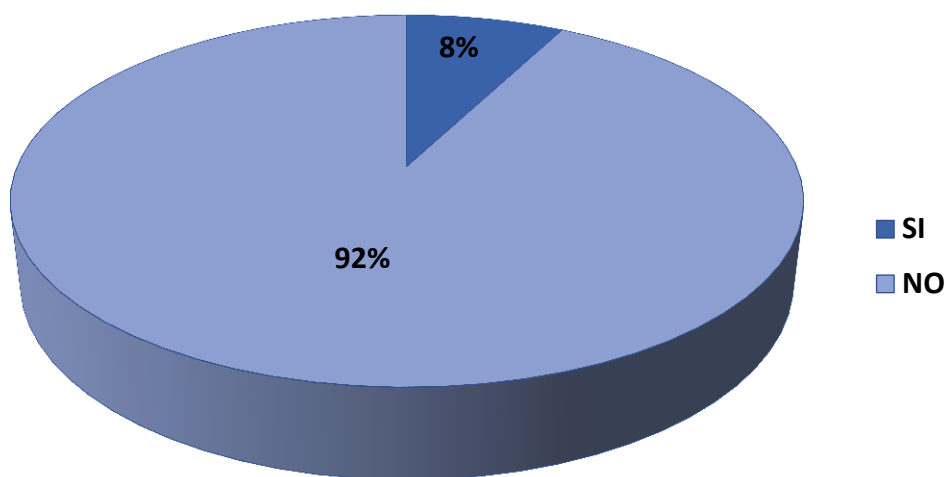
COMENTARIO: La información a los familiares sobre los cuidados que se le realizan diariamente a los pacientes de terapia intensiva es importante porque demuestra la calidad de atención que está recibiendo su ser querido.

La encuesta demuestra que la mayoría de los familiares fueron informados sobre los cuidados que se les realizaban a los pacientes.

INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE LOS APARATOS QUE INVADEN AL PACIENTE- Tabla N°18

SI	NO	TOTAL
4	12	16

INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE APARATOLOGÍA Y ALARMAS- Gráfico 18



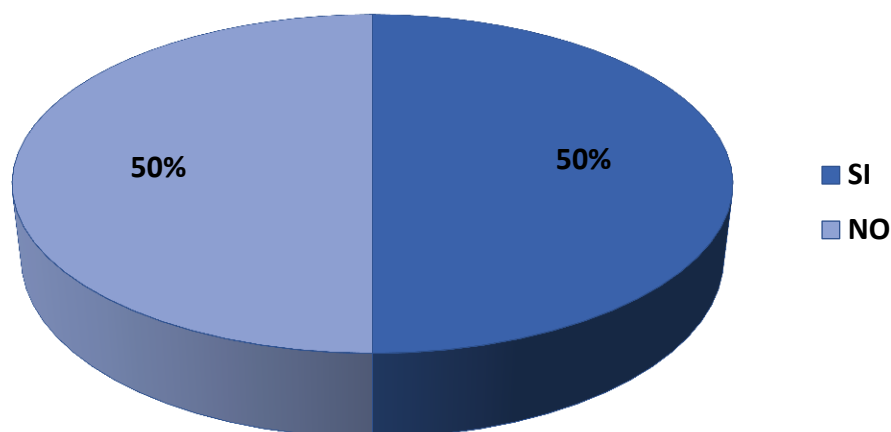
COMENTARIO: Es de suma importancia que los familiares reciban información al ingresar por primera vez al servicio sobre los aparatos que invaden a su ser querido, ya que puede ser muy impresionante observar al paciente conectado a diferentes aparatos para mantenerlo con vida.

En cuanto a las encuestas realizadas lamentablemente nos refieren que no fueron informados sobre la condición en la que se encontraba su ser querido.

COMUNICACIÓN ENTRE EL PACIENTE Y SU FAMILIAR- Tabla N°19

SI	NO	TOTAL
8	8	16

AYUDA RECIBIDA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA-Gráfico 19



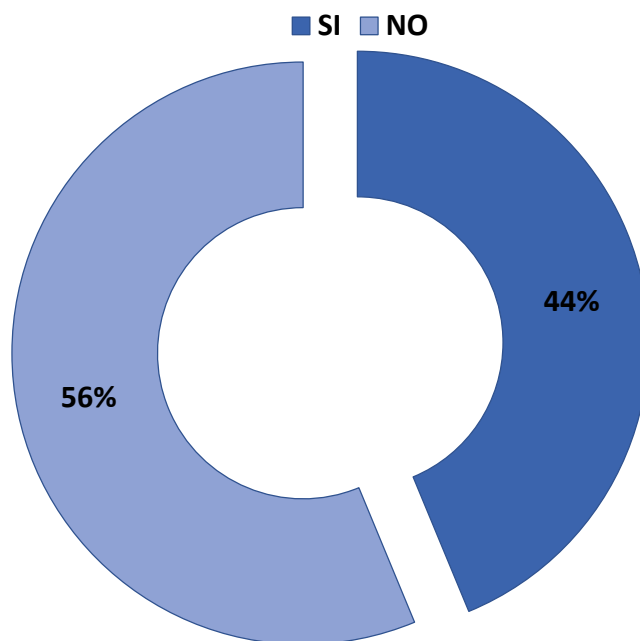
COMENTARIO: La comunicación entre el paciente y su familiar es muy importante porque contribuye al mejoramiento de la salud del paciente, a lograr una mayor conexión y tranquilidad para ambos. Muchas veces es necesario que la enfermera acompañe al familiar para que pueda entablar una conversación.

Los resultados nos revelan que la mitad de los encuestados recibió la ayuda del personal de enfermería para poder comunicarse con su familiar.

HORARIO DE VISITAS-Tabla N°20

SI	NO	TOTAL
7	9	16

ES ADECUADO EL HORARIO DE VISITAS- Gráfico 20



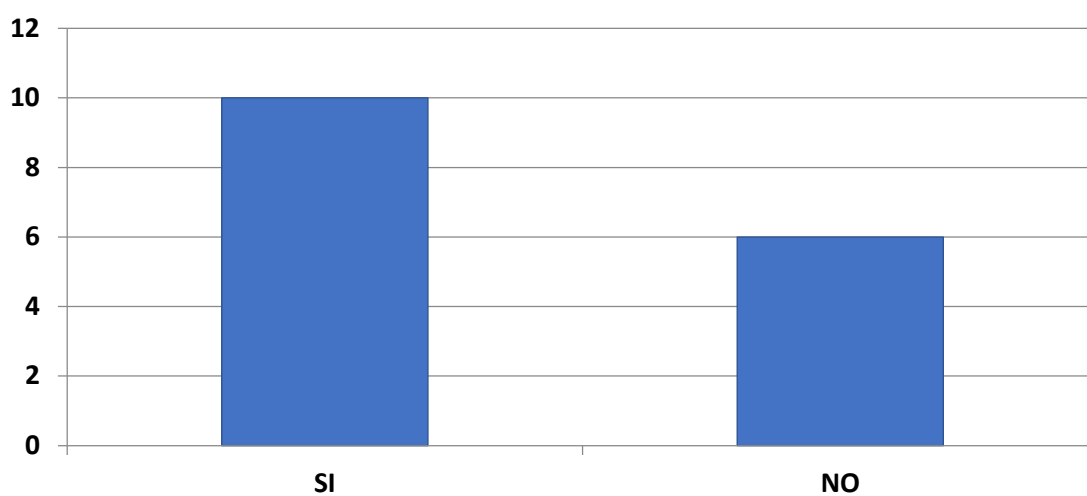
COMENTARIO: El horario de visitas es el momento que tienen los familiares y el paciente para poder el acompañamiento y las visitas proporcionan un gran beneficio a los pacientes.

Para los encuestados el horario de visitas vigente no es adecuado.

CAMBIO DE HORARIO DE VISITAS- Tabla N°21

SI	NO	TOTAL
10	6	16

DEBERÍA CAMBIARSE EL HORARIO DE VISITAS- Gráfico 21

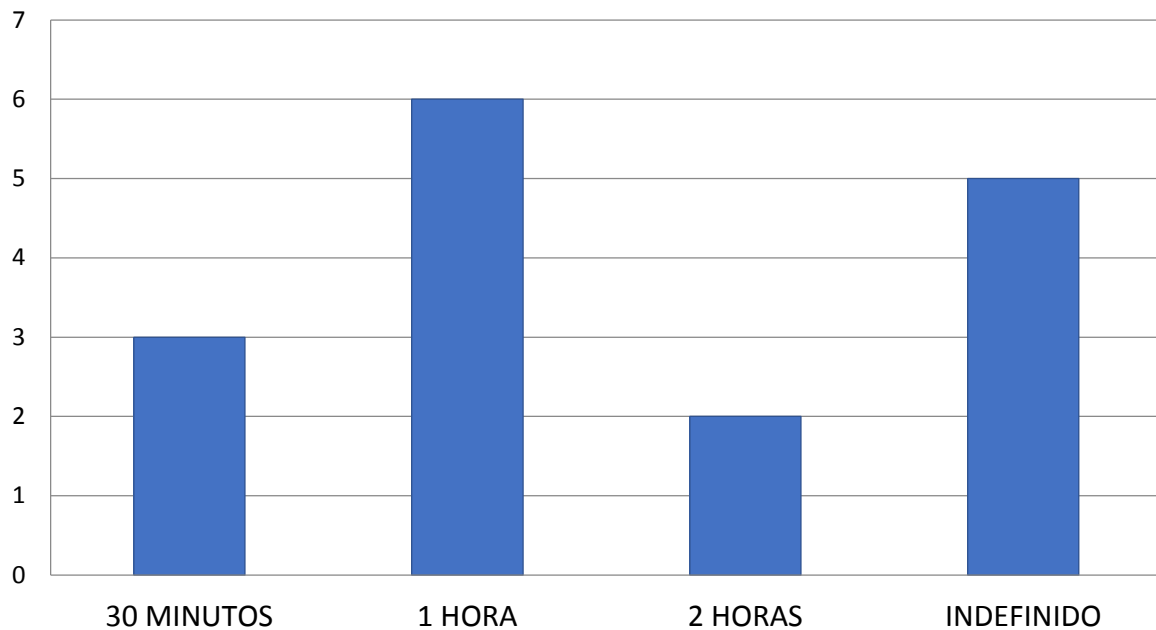


COMENTARIO: A los familiares que realizaron las encuestas consideran que debe hacerse un cambio en el horario de visitas.

TIEMPO DEL HORARIO DE VISITAS- Tabla N° 22

30 MIN.	1 HS.	2 HS.	INDEFINIDO	TOTAL
3	6	2	5	16

TIEMPO QUE CONSIDERA APROPIADO PARA PERMANECER EN EL SERVICIO- Gráfico 22



COMENTARIO: La Sociedad Argentina de Terapia Intensiva recomienda lo siguiente: Cada UTI tiene una normativa particular con respecto a las visitas, que se debe conocer y respetar.

Tanto el paciente como su familia necesitan descanso, tranquilidad y una buena alimentación, para poder entender la información que le darán los médicos y enfermeras, y atravesar la situación de estrés en las mejores condiciones posibles.

Quedarse despierto y levantado en la sala de espera de la UTI todas las noches no ayuda a su ser querido; él o ella tienen un equipo entero que lo está cuidando. El estrés y cansancio excesivos pueden provocar tendencia a las enfermedades.

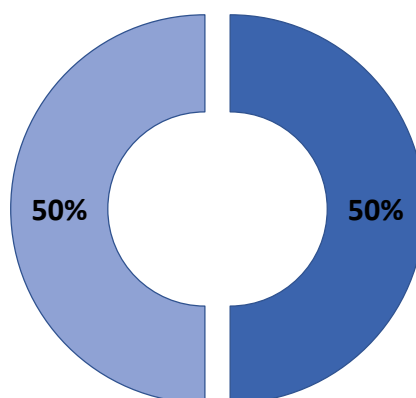
Las encuestas demuestran lo mencionado anteriormente, para los familiares una hora les es suficiente pero, también consideran que podría ser un horario indefinido, algunos también consideran que sea solamente de 30 min y la minoría de 2 hs.

HORARIO DE VISITA ABIERTO- Tabla N° 23

SI	NO	TOTAL
8	8	16

CREE ADECUADO QUE EL HORARIO FUERA ABIERTO-Gráfico 23

■ SI ■ NO



COMENTARIO: El horario de visitas en el servicio es a la hora del almuerzo (12:30 a 13:30 hs) y a la cena (20:30 a 21:00 hs).

El horario abierto permitiría en algunos casos que el paciente pudiese recibir visitas durante la mayor parte del día y así, sentirse más acompañado de sus seres queridos.

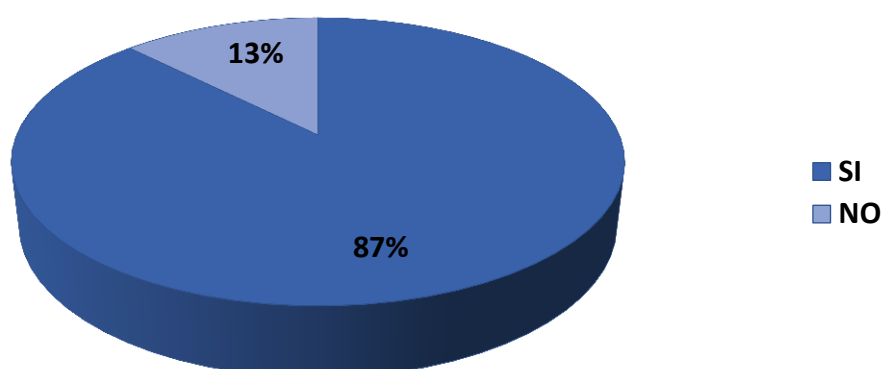
Nuestra encuesta demuestra que el 50% de los encuestados se encuentre de acuerdo con el horario abierto, pero el 50% no lo considera adecuado.

CANTIDAD DE FAMILIARES QUE PUEDEN INGRESAR A LA HORA DE VISITAS ¿es escasa?- Tabla N°24

SI	NO	TOTAL
14	2	16

ES ESCASA LA CANTIDAD DE PERSONAS QUE PUEDEN INGRESAR A LA HORA DE VISITA (3)

Gráfico24



COMENTARIOS: La necesidad de mantener un ambiente que favorezca la comodidad y reposo de las personas ingresadas, aconseja el máximo respeto a las normas de acceso y permanencia de familiares y visitantes. Si el paciente o los profesionales lo consideran necesario para su restablecimiento, se pueden restringir las visitas. También hay que tener en cuenta que las personas que presenten catarro, gripe, diarrea, lesiones en la piel o hayan pasado recientemente alguna enfermedad infecciosa no pueden entrar en la zona de hospitalización, ya que pueden provocar graves problemas a los pacientes ingresados.

Pero, que mejor cura que tener a la familia al lado para poder aplacar ese sufrimiento y esas horas y días interminables.

Nuestra encuesta lo afirma, la mayoría considera que es escaso el número de personas que pueden ingresar al horario de visitas.

TABLA MATRIZ	PERS 1	PERS 2	PERS 3	PERS 4	PERS 5	PERS 6	PERS 7	PERS 8	PERS 9	PERS 10	PERS 11	PERS 12	PERS 13	PERS 14	PERS 15	PERS 16
TABLA 1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
TABLA 2	2	3	3	4	3	3	2	2	3	3	3	3	3	4	4	3
TABLA 3	3	4	4	4	4	4	2	2	2	4	4	4	4	3	4	4
TABLA 4	4	4	4	4	2	4	2	4	4	3	4	4	4	3	4	3
TABLA 5	2	4	4	4	3	4	2	4	4	3	3	4	4	4	4	4
TABLA 6	3	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4
TABLA 7	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1
TABLA 8	5	5	3	5	4	4	2	3	3	3	4	4	4	3	4	3
TABLA 9	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
TABLA 10	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
TABLA 11	4	4	4	4	4	4	2	4	3	4	4	4	4	3	4	4
TABLA 12	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	5
TABLA 13	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1
TABLA 14	2	4	2	4	4	4	2	2	3	3	3	4	4	4	4	4
TABLA 15	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
TABLA 16	3	4	2	4	3	4	2	3	4	3	3	4	4	3	4	4
TABLA 17	5	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
TABLA 18	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1
TABLA 19	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0
TABLA 20	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0
TABLA 21	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1
TABLA 22	1	2	2	2	1	3	1	5	5	3	2	4	2	2	3	4
TABLA 23	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1
TABLA 24	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1

GUÍA DE OBSERVACION EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL MALARGÜE

1) Comunicación entre el personal de enfermería y familiares.

Se observó que de los 10 enfermeros que cumplen sus funciones en el servicio de UTI, sólo 5 (incluida la jefa) tienen una buena comunicación con los familiares y los pacientes.

Teniendo en cuenta que la misma debería ser empática, con el fin de conseguir mayor cercanía, comprensión, afectividad y ternura y teniendo en cuenta que la información sobre la asistencia sanitaria es una necesidad para los familiares y los pacientes.

2) Bienestar del paciente: confort físico, psicológico, espiritual y ambiental. (pregunta destinada a pacientes lúcidos).

De los 16 pacientes que ingresaron al servicio de UTI, sólo se pudieron entrevistar 11, ya que los demás no se encontraban en condiciones para ser entrevistados.

Los 11 afirmaron que tenían una muy buena atención en cuanto al cuidado físico y ambiental.

El bien estar psicológico se encontraba disminuido debido al miedo a lo desconocido, a la falta de información recibida sobre su patología, al dolor y angustiados por su familia que no podían ver hasta que llegara el horario de visitas.

3) Presencia y preocupación de los familiares en cuanto a los cuidados de su familiar ingresado en la UTI.

De los 16 pacientes: 2 familias permanecieron gran parte de la estadía de los pacientes en la sala de espera, 10 familias sólo iban a los horarios de visitas y 4 familias consultaban telefónicamente o iban fuera de horario de visitas a consultar si se necesitaba algo.

4) Infraestructura adecuada que fomente un ambiente saludable, físico y psicológico de los pacientes y sus familiares.

Teniendo en cuenta que es un servicio considerado “cerrado”, su infraestructura es cerrada, con cartelera que prohíbe la entrada a toda persona ajena al servicio. Con paredes totalmente blancas, luz blanca que “encandila” o sentir la sensación de estar “ahogados” según refieren algunos pacientes.

Para los familiares es un ambiente muy “frío”, incómodo, pero lo creen adecuado para la estancia de los pacientes.

5) Sala de información del servicio.

La sala de información tiene el tamaño apropiado para el ingreso de la familia a la misma a recibir el parte del médico, es poco acogedora ya que no hay más que paredes blancas, un armario con libros y sillas.

6) Orden y limpieza del servicio.

El servicio se encuentra muy ordenado, lo que brinda a la vista un servicio también limpio, en cuanto a la limpieza de las unidades de los pacientes es según la necesidad o dos veces en el día se hace limpieza profunda.

El servicio no cuenta con personal de limpieza las 24 hs sólo de 6:00 a 14:00 y de 18:00 a 22:00 hs lo que implica que en las hs restantes no haya personal de limpieza en caso que se necesitara.

7) Equipamiento básico de una UTI.

El equipamiento básico del servicio se encuentra casi completo según lo indica el Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica- Resolución 318/2001NORMAS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO EN TERAPIA INTENSIVA de la Dirección de Calidad de los Servicios de Salud. Contando con stock correspondiente la mayor parte del año, para brindar una buena atención a los pacientes, contribuyendo en su pronta recuperación y su confortabilidad.

8) Cantidad suficiente de enfermeros por turno.

La cantidad de enfermeros por turno es suficiente y según lo indica el Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica Resolución 318/2001NORMAS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO EN TERAPIA INTENSIVA de la Dirección de Calidad de los Servicios de Salud, en el cual se estipula un (1) enfermero cada dos (2) camas, este servicio cuenta con 4 camas, por tanto son dos enfermeros en el turno matutino, dos en el vespertino y dos en el nocturno. Por lo que se espera que la atención a los pacientes sea de calidad.

9) Momento de la alimentación de los pacientes.

El momento de la alimentación es en los horarios correspondientes haciéndolo coincidir con el horario de visita en el almuerzo y la cena para que los

familiares puedan tener mayor contacto y ayudar a su familiar en dicha actividad si fuera necesario o acompañándolo.

En cuanto al desayuno y la merienda se sirven también en horario correspondiente pero, en caso de que el paciente necesite asistencia, el personal de enfermería es quién lo ayuda a consumir su alimento.

10) Cuidados al final de la vida. (si los pacientes se encuentran acompañados de sus familiares).

Lamentablemente en cuanto a este punto hay que decir que aquel paciente que se encuentre en una condición terminal, no puede permanecer acompañado de sus queridos, el paciente fallece y luego se le es comunicado a sus familiares, no pudiendo estos poder despedirse de su familiar.

11) Horarios de visita y cantidad de familiares que pueden ingresar al servicio.

Los horarios de visitas son (2) dos veces al día, de 12:30 a 13:30 hs y de 20:30 a 21:00 hs. Pudiendo no entrar más de 3 personas por paciente según las reglas estipuladas del servicio, esto el personal de enfermería (algunos o la minoría) lo maneja de acuerdo a su criterio, dejando ingresar más familiares de lo permitido, dependiendo la cantidad de pacientes, patologías, estado anímico del paciente y estado del paciente.

12) Privacidad del paciente y su familia.

Según lo estipula el Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica: Resolución 318/2001 NORMAS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO EN TERAPIA INTENSIVA de la Dirección de Calidad de los Servicios de Salud, la unidad del paciente debería tener 9 mtrs², pero dicha unidad no cuenta con las medidas estipuladas.

La división de cada unidad se realiza con biombos entre los pacientes, el frente sin obstrucción para tener los enfermeros una buena visión de los parámetros del paciente lo que a su vez no le permite a los familiares poder comunicarse abiertamente con su ser querido, ya que se observa la incomodidad de los mismos y ellos mismos lo refieren.

13) Iluminación y temperatura de la UTI.

En cuanto a la temperatura según indica el Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica: Resolución 318/2001 NORMAS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO EN TERAPIA INTENSIVA de la

Dirección de Calidad de los Servicios de Salud, se debe mantener la temperatura de la Unidad en alrededor de 25-26 grados centígrados, pero muchas veces es climatizado según el personal de enfermería.

La iluminación es artificial, el servicio no cuenta con una ventana con vista al exterior.

14)Sala de espera.

La sala de espera se encuentra en el pasillo interior del hospital, en cual han colocado un par de sillas y se encuentra un baño para los familiares de los pacientes internados en la UTI.

A nuestro criterio el servicio de terapia intensiva no cuenta con una sala de espera cálida para los familiares que esperan el mejoramiento de su ser querido.

CONCLUSIONES

La enfermería debe replantear su práctica para adaptarse a las necesidades del paciente. Para ello, es necesario no sólo la enseñanza de conceptos teóricos sino también de principios éticos y valores morales que hagan de la práctica enfermera una profesión humanizada.

La mayor parte de los familiares están muy satisfechos con los cuidados recibidos por su familiar ingresado en la UCI, así como con el proceso de toma de decisiones. Igualmente, están muy satisfechos con las atenciones personales recibidas como familiar.

El ambiente de la sala de espera y la sala de información para los familiares está bien catalogado por todos los grupos de familiares. Sin embargo, no es un factor de gran peso en la satisfacción global.

La información sobre la asistencia sanitaria es una de las principales necesidades expresadas por pacientes y familiares en las UTI, y su ausencia o mala realización subyace en muchas de los reclamos. Aunque el paciente es el titular del derecho de información, en los pacientes críticos en muchas ocasiones incompetentes, este derecho se transfiere a los familiares. Informar adecuadamente en estas situaciones de gran carga emocional requiere habilidades comunicativas, para las que la mayoría de los profesionales no han recibido información específica.

En las UTI es probable que el aspecto psicológico de este sufrimiento sea más acusado, ya que se suman elementos tan perturbadores para un enfermo como la soledad al verse separado de sus familiares, la vulnerabilidad, la dependencia de máquinas de soporte vital en muchos casos, la pérdida total de autonomía y movilidad, la incapacidad para comunicarse en gran cantidad de ocasiones, la pérdida de la identidad, la falta de información con el desconocimiento de qué les está pasando y de su pronóstico, etc.

Aliviar el malestar psicológico probablemente exija de los profesionales sanitarios de las UTI un cambio en la forma de trabajo. Este cambio de evitar que el ingreso en la UTI suponga una ruptura con los lazos familiares.

Los pacientes están menos satisfechos con las dos visitas diarias y dejan claro su malestar al respecto.

Por otro lado, la mayoría de pacientes y familiares desearían permanecer junto a sus seres queridos en esos momentos. Aunque los estudios no son concluyentes, la presencia de los familiares no se ha relacionado con consecuencias negativas, pero se acompaña de cambios de actitud como una mayor preocupación de los profesionales en relación a la privacidad, dignidad, así como una mayor satisfacción de las familias y una mayor aceptación de la situación favoreciendo el proceso del duelo.

En cuanto a los médicos, la mayoría de los familiares están conformes con sus servicios, con el parte médico y el horario en que se realiza.

El personal de enfermería demuestra ser aún una profesión con falta de interés, de compromiso y solidaridad con el paciente y con sus familiares, ya que según las encuestas realizadas y, siendo los profesionales de enfermería quienes pasan el mayor tiempo al lado del paciente y sus familiares, son quienes menos se presentan, quienes no brindan la información suficiente a los familiares para disminuir su ansiedad ante la situación, son quienes no cumplen con los cuidados del paciente en su forma holística, sólo uno de los profesionales se interesaba por el cuidado espiritual del paciente, no mantienen una relación fluida con los familiares y tampoco facilita la comunicación entre estos y sus seres queridos.

A enfermería (en este ámbito) le falta mucho lamentablemente para llegar a ser una profesión bien reconocida y enaltecida por la sociedad, la falta de humanización no se compensa con los saberes teóricos, científicos y técnicos con los que cuenta. Enfermería debe proteger la salud de las personas y garantizar la seguridad de los pacientes desde una práctica ética, autónoma y competente, la humanización de los profesionales de enfermería debe ir de la mano con la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades, no sólo ser un "enfermero facultativo".

Los cuidados humanizados en torno a los enfermos críticos al final de la vida pueden producir discrepancias entre los profesionales sanitarios y entre éstos y los familiares. Los profesionales deben disponer de las competencias y herramientas necesarias para la resolución de estos conflictos.

SUGERENCIAS

Con el fin de lograr una atención humanizada a los pacientes y familiares que ingresan al servicio de terapia intensiva, se detallan a continuación las sugerencias.

Es necesario posibilitar una relación enfermera/o paciente, cálida y empática, en la que el paciente se sienta priorizado por el personal de enfermería, quienes están dispuestos a atenderlo en todo momento.

Que los profesionales cultiven habilidades comunicativas ayudará a crear una correcta comunicación con los pacientes y familiares y, favorecerá un clima de confianza y respeto, y también a la toma conjunta de decisiones.

Es importante proporcionar apoyo físico y emocional al paciente, brindándole un trato cordial, compañía y explicación en la realización de los procedimientos, confianza, tranquilidad, comodidad y, permitiéndolo expresar sus sentimientos y emociones.

Se podría elaborar un protocolo asistencial de horario de visitas flexibilizado adecuado a las características de cada paciente, como así también aumento de la frecuencia de la información.

Realizar una valoración sistemática de sensaciones de disconfort en el paciente (sed, frío, calor, etc.) y alivio de las mismas en la medida de lo posible.

Facilitar medios de entretenimiento para los pacientes con la regulación debida de utilización (lectura, dispositivos multimedia, radio, tv, etc.).

Promocionar la deambulación controlada y la utilización de sanitario en casos seleccionados.

Se podría regular el uso de la telefonía móvil con el fin de favorecer el contacto con familiares y disminuir la sensación de aislamiento.

Elaborar un procedimiento que contemple la participación de la familia en los cuidados básicos del paciente.

Favorecer la figura de un cuidador en pacientes con estancias prolongadas.

Favorecimiento de los cuidados o atención espiritual/religiosa al paciente y sus familiares si éstos lo aceptaran o lo demandaran.

Para una mayor confortabilidad proponemos cambios en los espacios físicos para que sean cómodos y amigables para pacientes, familiares y personal sanitario.

Espacios donde la eficacia técnica vaya unida a la calidad de atención y a la comodidad de todos los usuarios. Cambios que redunden en su ubicación apropiada, en su adecuación a los usuarios y a los flujos de trabajo por proceso, en sus condiciones ambientales de luz, temperatura, acústica, materiales y acabados, mobiliario y decoración. La existencia de espacios adecuados y suficientes para la información a familiares. Estas modificaciones pueden influir positivamente en los sentimientos y las sensaciones de todos.

Instalación de sanitario para asegurar una mínima intimidad para las funciones fisiológicas que generan pudor.

Disponibilidad de luz natural que llegue con suficiente calidad al paciente siempre que sea posible.

Incorporación de colores adecuados para pacientes adultos, realizar una personalización de los espacios, con cuadros e imágenes que den calidez al espacio y permitan la personalización individual de cada paciente (fotos, dibujos, etc.).

Es necesario aplicar un plan de cuidados paliativos global que incluya medidas farmacológicas y no farmacológicas que, con un enfoque dirigido hacia la dignidad y confort, incluya las necesidades de los pacientes y familiares tanto físicas, como psicosociales y espirituales. Debe ser un enfoque interdisciplinar siendo conocedores todos los profesionales implicados en el tratamiento.

Se podrían realizar actividades formativas para los profesionales del servicio en trabajo en equipo, comunicación efectiva, técnicas de comunicación y malas noticias.

BIBLIOGRAFIA

Autores: Algarbe Silvia- Vílchez. "NECESIDADES DE LAS FAMILIAS DE PACIENTES INTERNADOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS". UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS ESCUELA DE ENFERMERIA. Córdoba, 16 de febrero del 2011.

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. "EL ENFERMO CRITICO" O. BREVE RESEÑA DE LA MEDICINA INTENSIVA.

Ministerio de Salud de la Nación. "Marco Referencial para la Formación en Residencias Medicas"-Especialidad terapia Intensiva de Adultos. Subsecretaria de Políticas, Regulación y Secretaria de Políticas, Regulación e Institutos Año2013.

Programa Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD "El Sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros" / 1ª ed. – Buenos Aires, 2011.

Ministerio de Salud de la Nación "Marco Referencial para la Formación en Residencias Medicas" – Especialidad Terapia Intensiva de Adultos. Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización Secretaria de Políticas, Regulación e Institutos Año2013.

PINTO AFANADOR, Natividad. Indicadores de Cuidado. En Actualización de Enfermería. Bogotá: s.n.2001. V4, n. I. p. 13- 19.

ARANDA OTERO D. Antonio. La Ética del Cuidado. "Conferencia Clausura del Curso Académico de la E.U.E. Virgen de la Paz de Ronda.

VARGAS TOLOZA RUBY Elizabeth. "Cuidado Humanizado al Paciente críticamente Enfermo: Enfermería Pieza Clave En La Atención". Ciencia y cuidado- volumen 4.-NO.4-ISSN- 17949831.

FERNANDEZ, CHAVEZ, N. FELIX AZCUNAGA, M.ROCHA, F. PASTRANA "Valorización del rol profesional de enfermería en terapia intensiva". Revista Uruguay de Enfermería, Noviembre de 2007, 2(2):5-13.

HOSPITAL DE CLINICAS, DIVISION ENFERMERIA: "Manual General de Enfermería: humanización del cuidado".

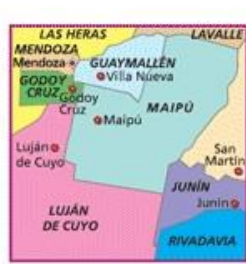
PLAN DE HUMANIZACION DE LA ASISTENCIA SANITARIA "Humanización en las unidades de Cuidados Intensivos". Consejería de Sanidad- Madrid.2016.

Bernat R. necesidades de la familia del paciente crítico: revisión bibliográfica. Nursing. 2008; 26(9):60-3.

Diana Marcela Achury Saldaña y Luisa Fernanda Achury Beltrán. "Participación familiar en el cuidado de pacientes críticos: una propuesta de fundamentación teórica". Investigación de Enfermería. Imagen Desarrollo. ISSN 0124-2059 15 (2): 137-151, julio-diciembre de 2013.

Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen, Kon AA, Shepard E, et al. Clinical practice guidelines for support of the patient- centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. Crit Care Med. 2007; 35(2):605-22.

ANEXOS



- ⊕ Capital de provincia
- Cabecera de departamento
- Limite de departamento



DIVISION POLITICA DE MALARGÜE



- Leyenda**
- DISTRITOS**
- AGUA ESCONDIDA
 - CIUDAD DE MALARGÜE
 - RIO BARRANCAS
 - RIO GRANDE

ENCUESTA A FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS A LA TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL MALARGÜE- AÑO 2017

Somos alumnas de la Universidad Nacional de Cuyo, estamos cursando el ciclo de Licenciatura de Enfermería en la Facultad de Ciencias Médicas, estamos realizando una investigación dirigida al Servicio de Terapia Intensiva en que su familiar ha sido ingresado. Le agradeceremos su colaboración para realizar dicha encuesta.

I. CONDICIONES MEDIOAMBIENTALES (Marque con una X).

- 1- ¿Le parece que existe sala de espera en UTI? SI NO
- 2- En caso de afirmativo ¿Le parece adecuada la sala de espera?
Muy adecuada Adecuada
Poco adecuada Nada adecuada
- 3- La sala de información en la UTI le ha resultado:
Muy acogedora Poco acogedora Nada acogedora
- 4- ¿Cómo le pareció la limpieza en general, de la UTI?
Muy buena Buena Normal Mala Muy mala
- 5- ¿Qué impresión ha tenido de la unidad donde se ubicó su familiar respecto a la limpieza?.
Aceptable Poco aceptable Insuficiente
- 6- ¿Qué impresión ha tenido de la unidad donde se ubicó su familiar respecto al orden?
Aceptable Poco aceptable Insuficiente
- 7- ¿Le parecen suficientes los medios (sábanas, almohadas, mantas, tachos de residuos....de que disponemos)? SI NO
- 8- Le parece que su familiar ha estado confortable durante la estadía en TERAPIA respecto a: (Señala en la escala del 0 al 10 el valor más adecuado, siendo 0 el menos adecuado).
RUIDOS
ILUMINACION
COMODIDAD (cama)
INTIMIDAD

II. RELACIONES CON EL PERSONAL MEDICO.

9- ¿Conocían el nombre de los médicos que atendieron a su familiar durante la estancia en TERAPIA?.

SI NO

10-A su ingreso ¿fueron informados de la situación clínica de su familiar? SI NO

11-La información que diariamente usted ha recibido de su familia ha sido: Clara Poco Clara Nada Clara

12-¿Le parece adecuada la hora de la información?. SI NO

III. RELACION CON EL PERSONAL DE ENFERMERIA

13-¿Conocían el nombre del personal de enfermería que atendieron a su familiar durante la estadía en UTI?

SI NO

14-¿La relación con el personal de enfermería fue...

Fluida Poco fluida Inexistente

15-Durante el ingreso, Recibió por parte del personal de enfermería la información suficiente respecto a los horarios, normas de unidad etc.

SI NO

16-Diariamente ¿Cómo definiría usted la relación existente con el personal de enfermería?

Muy buena buena mala

17-Diariamente, estaban informados de los cuidados de enfermería de su familiar respecto a:

1. Higiene de paciente SI NO

2. Cuidados de la piel SI NO

3. Nivel de comunicación con el paciente SI NO

4. Nutrición recibida SI NO

5. Estado de ánimo del paciente SI NO

6. Ayuda espiritual SI NO

18-Cuando usted entro por primera vez a UTI. ¿Alguien le informo de los aparatos, alarmas, sistemas de movilización, etc.?

SI NO

19-Recibió por parte de enfermería ayuda para facilitarle la comunicación con su familiar

SI NO

IV- RELACION CON LAS VISITAS

20-El horario de visita le parece adecuado.

SI NO

21-Le parece que debiera de cambiarse la hora de visita.

SI NO

22-¿Cuánto tiempo considera que sería el más adecuado para permanecer con sus familiares en la TERAPIA?

- 30 MINUTOS
- UNA HORA
- DOS HORAS
- INDEFINIDO

23-Le parecería adecuado poder visitar a su familiar en horario abierto desde las 10hs hasta las 23 horas.

SI NO

24-Le parece escaso el número de familiares que pueden visitar a su familiar.

SI NO



