

Roser Torrents Ros¹
Eulàlia Oliva Torras¹
M.^a José Saucedo Fernández¹
Lluïsa Surroca Sales¹
Carme Jover Sancho²

Impacto de los familiares del paciente crítico Ante una acogida protocolizada

¹Diplomadas en Enfermería. Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

²Supervisora de la Unidad de Cuidados Intensivos Postoperatorios del Bloque Quirúrgico Central. Profesora asociada y responsable del Programa del Diploma de Posgrado de Enfermería Intensiva. Escuela Universitaria de Enfermería del HSCSP. Universidad Autónoma de Barcelona. Bellaterra. Barcelona. España.

Correspondencia:

Roser Torrents Ros
Unidad de Cuidados Intensivos Generales
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Av. San Antonio M.^a Claret, 167
08025 Barcelona. España
E-mail: Roser_t@terra.es

Impact of the relatives of the critical patient In light of a protocolized reception

RESUMEN

Objetivo. Conocer el grado de satisfacción y el nivel de información que tienen los familiares tras una acogida protocolizada (incluye la creación de guía informativa).

Material y método. Estudio prospectivo observacional y descriptivo de los familiares de los pacientes ingresados en UCI durante un año. Utilizamos una técnica de muestreo por conveniencia. Repartimos 120 cuestionarios, de los que se cumplimentaron 70. Las variables estudiadas son: *nivel de información* y *valor para el familiar de la guía*, y *grado de satisfacción* en cuanto al tipo de acogida, confianza que sintió y sentimiento de integración y seguridad.

Resultados. La muestra fue de 70 familiares, con una media de edad de 51 años ($\pm 16,23$), la mayoría eran esposo/a (50%) o hijos (31,4%). El 100% de los familiares perciben sentimientos en el momento del ingreso que se manifiestan a través de gravedad (32%), angustia (21%), miedo (19%) y otros. Los resultados de las variables en relación al protocolo de acogida y la información evidenciaron que el 93% de los familiares fueron recibidos

por la enfermera, y el 41% recuerda que la enfermera se presentó por su nombre. El 87% recibió la guía informativa y un 3% no lo recordaba. En cuanto a la guía informativa, un 76% manifestó la necesidad de su existencia, y el 86% consideraba que proporciona suficiente información.

Los resultados de las variables en relación a la satisfacción se midieron con una escala del 1 al 10; utilizando la mediana como instrumento de análisis, se obtuvo una mediana de 9 en todas las preguntas referidas a: sentimiento de acogida, confianza, información, valor de la información facilitada por la enfermera y sentimiento de integración en el proceso que vive el enfermo.

Conclusiones. El grado de satisfacción es alto después de una acogida protocolizada. Se deduce que la información que se proporciona a través de la guía informativa responde a las necesidades de los familiares, que se sienten implicados y expresan sensación de seguridad.

50 PALABRAS CLAVE

Familia. Información. Satisfacción. Sentimientos.
Relación de ayuda.

SUMMARY

Objective. *Know the degree of satisfaction and the level of information that the family members have after a protocolized reception (it includes the creation of informative guide).*

Material and method. *We conducted an observational and descriptive prospective study about the relatives of the patients in hospital to ICU during a year. We utilized a sampling technique by desirability. We distributed 120 questionnaires, there were fulfilled 70. The variables studied were: level of information and value for the relative of the guide, and degree of satisfaction concerning the type of reception, confidence felt and feeling of integration and safety.*

Results. *The sample studied was of 70 family members with an average age of 51 years (± 16.23), the majority they were husband/wife (50%) or sons (31.4%). Hundred per cent of the family members perceive feelings in the moment of the hospitalisation that are manifested through severity (32%), distress (21%), fear (19%), and others. The results of the variables with regard to the protocol of reception and the information showed that 93% of the family members were received by the nurse, and 41% recalls that the nurse was presented by her name. Eighty-seven per cent received the informative guide and 3% did not recall it. With regard to the informative guide 76% manifested the need for the existence of a guide and 86% considered that it provides enough information. The results of the variables with regard to the satisfaction were measured with a scale from 1 to 10 utilizing the median value as instrument of analysis, obtaining a median of 9 in all the questions referred to: feeling of reception, confidence, information, value of the information facilitated by the nurse and feeling of integration in the process that the patient experiences.*

Conclusions. The degree of satisfaction it is high after a protocolized reception. It is deduced that the information that is provided through the informative guide responds to the needs of the family members which feel implied and express a feeling of security.

KEY WORDS

Family. Information. Satisfaction. Feelings. Relation of assistance.

INTRODUCCIÓN

Sabemos, por nuestra experiencia práctica, que cuando nacieron las primeras unidades de cuidados intensivos (UCI) y hasta hace pocos años, la familia era considerada como un componente poco importante del entorno del paciente¹. Actualmente las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos responsables del cuidado integral de los pacientes críticos, somos conscientes de la gran importancia que tienen los familiares durante el proceso de enfermedad y hospitalización.

Es importante considerar a la familia como parte importante del entorno del paciente, ya que la complejidad y gravedad en los servicios de UCI cobran mayor dimensión y provocan situaciones de angustia y grados de estrés elevados¹. Existen estudios que demuestran que realmente los niveles de estrés de las familias aumentan en las unidades donde existe más tecnología médica y mas vigilancia por parte del equipo sanitario², y otros que refuerzan la idea de que los familiares de un paciente ingresado en la UCI sufren ansiedad, desorganización y necesidad de ayuda, sobre todo las primeras 18-24 h de su ingreso en este tipo de unidades^{3,4}.

Por otro lado existen pocos testimonios de las vivencias, experiencias y expectativas concretas respecto al apoyo que requieren los familiares mientras han tenido personas queridas ingresadas en UCI en situaciones críticas¹. Creemos que si conociésemos en mayor profundidad cómo viven las familias este proceso y qué tipo de demandas hacen, podríamos

acercarnos más a sus necesidades y a su dolor.

La escuela de los efectos deseables es la escuela de pensamiento que considera que el objetivo de los cuidados enfermeros consiste en restablecer un equilibrio, una estabilidad, una homeostasia o en preservar la energía de la persona. Centrándonos en el postulado de Roy, que manifiesta que la intervención de la enfermera se orienta a mantener las respuestas de adaptación y a modificar las que son ineficaces manipulando los estímulos focales y los estímulos contextuales, la enfermera modificará, aumentará, disminuirá, retendrá o mantendrá los estímulos de manera que la persona presente respuestas eficaces de adaptación (Roy, 1970, 1986; Roy y Andrews, 1991)⁵. Así pues, una familia que se enfrenta directa y saludablemente al trauma del diagnóstico puede adaptarse, aprender y crecer. Pero para llevarlo a cabo debe actuar positivamente con la ayuda de una correcta información médica y de enfermería, la cual proporciona seguridad a la familia⁶.

También es de gran relevancia incluir en el cuidado del enfermo la corriente de pensamiento de la interacción según la cual el cuidado es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecérsela⁵. Peplau, así como Cibanal, han orientado los cuidados enfermeros según una perspectiva centrada en la relación interpersonal para la totalidad de la disciplina enfermera (Reed y Johnston, 1986), y describe cuatro fases de esta relación interpersonal, de las cuales la fase de la orientación sirve para clarificar la necesidad de ayuda de la persona, para orientar hacia otros recursos necesarios y para utilizar de manera productiva la energía acumulada a causa de la ansiedad⁵. En la fase de identificación, la persona se sitúa en función de su necesidad de ayuda. Por lo que es de gran importancia la relación de ayuda que enfermería puede proporcionar a la familia.

En una familia, los miembros interaccionan en una diversidad de roles que surgen de las necesidades individuales y de las del grupo de su entorno (padres, hijos, etc). La enfermedad de un miembro de la familia puede causar grandes cambios, provocando en ella un alto riesgo de inadaptación ya que entra en un estado de crisis y en una experiencia emocionalmente muy dolorosa⁷.

La familia constituye un sistema en todo el sentido de la palabra, en tanto que está formada por un conjunto organizado de elementos (sus miembros) que se relacionan e interactúan entre sí de tal manera que cualquier acción, alteración o cambio en uno de ellos repercute en todos los demás y viceversa⁸.

Otros autores como Roberts (1986), Hill (1958) y Olsen (1970) describen la crisis que supone para la familia el ingreso hospitalario de un miembro suyo⁹. Úbeda, en 1995, también describe que el grupo familiar puede dejar de funcionar normalmente cuando se produce un acontecimiento vital estresante¹⁰.

En el ingreso de un paciente en la UCI, la familia se enfrenta a un gran número de decisiones que se toman de una u otra forma, adoptando una actitud y desarrollando formas de enfrentarse a la enfermedad que generan una serie de comportamientos para llegar a una fase de resolución o aceptación del problema.

Considerando al paciente como un miembro de la familia, entendemos que ésta puede contribuir de forma significativa para conseguir una buena evolución o bien incidir o colaborar en mantener la esperanza en todo el proceso de la enfermedad.

La familia experimenta una dolorosa reacción que se caracteriza por shock, desconfianza, desorganización y angustia, utilizando gran variedad de mecanismos de defensa para mantener el equilibrio del sistema familiar y adaptarse a la crisis¹¹.

Carpenito, en 1991, describe la alteración de los procesos de relación de la familia, como el estado en que una familia normalmente constituida se ve afectada por un factor de estrés que desafía su capacidad de funcionamiento previamente eficaz⁷.

Bozzet i Gibbons han estudiado que una de las estrategias de adaptación utilizadas por la familia, es la recogida de información adecuada que la ayude a conocer las expectativas y aquello que ha de hacer. Así pues, es importante que la enfermera proporcione la información verbal y escrita que la familia necesita con claridad, concisión y en el momento adecuado¹¹⁻¹³. Todo ello disminuye la angustia, el concepto negativo de la unidad y aumenta el bienestar.

Molter (1979), a través de una revisión de la literatura de enfermería, desarrolló un estudio donde identificó 45 necesidades específicas de los familiares

52 del enfermo crítico después de un proceso de enfermedad de uno de sus miembros, necesidades que hacen referencia a aspectos de información, ayuda, seguridad de que su familiar está bien atendido, bienestar, horarios flexibles de visita, aspectos del entorno, etc., llegando a la conclusión que es enfermería quien cubre mejor la mayoría de estas necesidades¹⁴. Posteriormente se han realizado muchos estudios basándose en el de Molter^{1,9,15-17} que destacan la importancia de cubrir las necesidades de la familia y la importancia de la información que se les facilita.

Por otro lado, varios artículos del Código Deontológico de la Enfermera Española y la carta de derechos del paciente crítico, nos recuerdan que la información es un derecho del cliente y que es responsabilidad de enfermería mantenerlo informado, dando una información veraz dentro del límite de su competencia; dirigiéndose a sus familiares o allegados cuando el paciente no esté preparado para recibir una información¹⁸.

En el momento del ingreso de un paciente en la UCI, éste recibe toda la atención necesaria por parte de todo el equipo multidisciplinar. Las características de la unidad y la alta tecnología requieren un importante número de aparataje en el *box*. Esto provoca un impacto importante a los familiares cuando son conocedores del ingreso y principalmente en la primera visita.

La idea fundamental del proceso de relación de ayuda es la interacción que facilita el crecimiento personal y el descubrimiento de recursos ocultos de la persona en el conflicto. Cibanal dice: «En el saludo inicial puede ponerse ya en juego toda la relación», ésta quedará establecida o no^{19,20}.

Nuestra unidad no disponía de una guía informativa ni protocolo de acogida a los familiares, simplemente se facilitaba una información muy básica que consistía en proporcionar una hoja que contenía horarios de visita y teléfonos de la unidad. Así pues, las enfermeras de UCI del hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, motivadas por la necesidad de ampliar esta información y cubrir las necesidades de información a las familias, sugirió e impulsó la idea de crear una guía informativa propia y elaborar un protocolo de acogida, con la finalidad de ayudar a la familia a disminuir su

angustia a través de la información y relación de ayuda. El objetivo del estudio es conocer el grado de satisfacción y el nivel de información que tienen los familiares mediante la aplicación de una acogida protocolizada.

La importancia del papel de enfermería es establecer una correcta relación de ayuda y proporcionar una información adecuada a la familia para conseguir establecer una relación significativa con el enfermo, tanto desde el ingreso como durante todo el proceso de estancia en cuidados intensivos, y así ayudar a la familia a una mejor aceptación y utilización de recursos para adaptarse adecuadamente al problema.

MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos un estudio prospectivo observacional y descriptivo a los familiares de los pacientes ingresados en la UCI general del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona (unidad de 16 *boxes*), desde el 1 de agosto de 2000 al 1 de septiembre de 2001, utilizando una técnica de muestreo por conveniencia. Una vez al mes (la segunda semana de cada mes) se les entregó un cuestionario a uno de los familiares de todos los pacientes ingresados en la UCI, excluyendo pacientes donantes, enfermos de corta estancia (48h), familias extranjeras, enfermos en situación de muerte inminente o los que ya lo habían recibido.

Basándonos en la relación de ayuda según el modelo de Peplau y Cibanal, elaboramos y aplicamos un protocolo de acogida estructurado, el cual posteriormente validamos mediante la recogida de datos a través de un cuestionario elaborado por el equipo investigador, con la finalidad de valorar el grado de satisfacción e información facilitado a la familia en el momento del ingreso.

La elaboración de dicho protocolo de acogida incluye tres fases en su proceso:

Primera fase: creación del protocolo de acogida a los familiares de pacientes ingresados en cuidados intensivos. Se formó un grupo de trabajo en el servicio para elaborar un protocolo específico de acogida para la UCI, a partir del propio que dispone el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau basado en la relación de ayuda.

Teniendo en cuenta su contenido, consultamos la bibliografía y revisamos las guías informativas de otros hospitales y alguna de unidades de cuidados intensivos (Fundación Jiménez Díaz de Madrid, Hospital del Mar y Hospital General de Catalunya de Barcelona, Hospital Joan XXIII de Tarragona, Hospital de Montreal, etc.)²¹⁻²⁶.

En la elaboración de este protocolo queda incluida la creación de una guía informativa que contiene la información que considerábamos más relevante con relación a la normativa y tipo de unidad, teléfonos de interés, horarios de visita y ciertos aspectos que consideramos importantes en relación al equipo asistencial, material del *box* y aparataje. Se llevó a cabo la revisión de expertos en la guía informativa a través de las supervisoras de la Unidad, Jefe del Servicio, Jefe Clínico y enfermeras de distintos turnos. Fue modificada hasta que finalmente por consenso se aprobó la que es actualmente la «guía informativa del servicio» (anexo 1).

El desarrollo del protocolo de acogida a los familiares contiene la descripción, la secuencia de las intervenciones y las intervenciones relacionadas con los posibles problemas que pueden presentar las familias. Hay que tener presente distintos aspectos:

- Cuando el enfermo ya está ingresado y se le han realizado los cuidados propios del ingreso, la enfermera responsable del enfermo es la encargada de acoger a la familia, si no es posible por la complejidad del momento será otro miembro del equipo de enfermería quien realizará la acogida.
- Dentro del protocolo esta incluida la relación interpersonal en la acogida de los familiares, en el que uno de los interlocutores (enfermera) captará las necesidades del otro (familia) con el fin de ayudarles a descubrir otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a su situación actual.

En ese momento nos presentaremos por el nombre y proporcionamos la información oral descrita en el protocolo, solicitamos teléfonos de contacto que se registraremos en la hoja de recogida de datos del paciente con el fin de poderlos localizar en caso de necesidad. Por otro lado entregamos la guía informativa (anexo 1) con la normativa de la unidad,

los teléfonos de interés y ciertos aspectos que consideramos importantes en cuanto al equipo asistencial, material del *box* y aparataje.

Aprovechamos este momento para hacer una observación del comportamiento y estado emocional de la familia, para poder valorar el grado de angustia y la posible relación de ayuda a realizar, y valoraremos si es el momento más adecuado para facilitar esta información ya que somos conscientes que, probablemente por la situación de su familiar, estarán poco receptivos y la información no será efectiva. Según la valoración daremos más énfasis en dar elementos de ayuda y no tanto en la información.

- Durante todo este proceso trataremos de proporcionar un ambiente de confianza donde el familiar pueda manifestar sus dudas e inquietudes.

Segunda fase: elaboración de cuestionarios para conocer el grado de satisfacción y el nivel de información en el momento del ingreso (variables en estudio): Las variables en estudio son, por un lado el nivel de información relacionado con la eficacia de la guía y el valor para el familiar de esta información (mediante la respuesta obtenida con 13 preguntas de respuesta múltiple o dicotómicas, y 2 abiertas), y por otro el *grado de satisfacción* en cuanto al tipo de acogida, confianza que sintió y sentimiento de integración y seguridad (el cuestionario consta de 6 preguntas valoradas con una escala del uno al 10 entendiendo uno como mínimo y 10 como máximo).

También se recogieron las siguientes variables demográficas: edad y procedencia de los enfermos. Y como variables intervinientes: grado de parentesco, relación anterior con otras unidades de cuidados intensivos de nuestro hospital o de otros centros hospitalarios.

Para medir estas variables, se elaboró un cuestionario piloto²⁷ que pasamos a nuestras compañeras para evaluar la comprensión y validar su contenido. Después de algunas modificaciones, el cuestionario quedó compuesto por 27 preguntas, de las cuales seis son descriptivas y el resto incluyen las variables en estudio.

Tercera fase: puesta en marcha del protocolo y cuestionarios. Después de poner en marcha el protocolo de acogida que incluye la entrega de la guía informativa, se entregaron los cuestionarios a los

54 familiares según los criterios descritos.

Así, el intervalo de tiempo en el que se entregaba el cuestionario podía oscilar entre tres y 28 días de estancia en la UCI. El cuestionario era anónimo y voluntario, para ello se ubicó un buzón en la sala de espera para familiares que dispone la UCI.

Los datos obtenidos se analizaron con el paquete de programas estadísticos SPSS/PC.

RESULTADOS

Repartimos un total de 120 cuestionarios durante el periodo de estudio comprendido entre el 1 de agosto de 2000 y el 1 de septiembre de 2001. La previsión era repartir 142 cuestionarios, pero debido a que se cerró la unidad de 10 camas durante dos meses, y la unidad de seis camas durante 3 meses por mejoras de las unidades, y teniendo también en cuenta los factores de exclusión del estudio, finalmente se repartieron 120 cuestionarios, de los cuales se han entregado 70, todos ellos debidamente cumplimentados.

La muestra final obtenida fue de 70 familiares de enfermos de UCI. La media de edad de los familiares fue de 51 años ((16,23). El grado de parentesco reflejado en la tabla 1 demuestra que un 50% de la muestra son pareja.

Del total, un 42,9% ya había tenido relación con otra unidad de cuidados intensivos de las que dispone nuestro hospital (cardíaca, coronaria, postoperatoria), del que un 38,6% la relación fue como familiar y en un 4,3% como usuario; el 57,1% restante no habían tenido ningún tipo de relación con ninguna de las unidades de cuidados intensivos de nuestro hospital.

Tabla 1 Grado de parentesco del familiar con el enfermo

Grado de parentesco	Porcentaje
Marido	31,4
Mujer	18,6
Hijos	31,4
Hermanos	8,6
Primos	4,3
Padres	5,7

n = 70

Tabla 2 Procedencia del enfermo ingresado en UCI

Procedencia	Porcentaje
Urgencias	32,9
Salas de hospital	4,3
UCI Postoperatoria	15,7
Quirófano de urgencias	7,1
Otras UCI del hospital	10
SEM (Servicio de Emergencias Médicas)	4,3
Otros hospitales	7,1
Semicríticos	18,6

Por otro lado un 30% del total de la muestra habían tenido relación con otras unidades de cuidados intensivos de otros centros hospitalarios.

La procedencia de los enfermos fue mayoritariamente del servicio de urgencias (32,9%) (tabla 2). Un 84,3% fue informado del traslado de su familiar a la UCI y un 15% expresaron que no se les había informado.

Los resultados de las variables con relación al protocolo de acogida, en cuanto a la presentación y en cuanto a la eficacia de la guía así como el valor para el familiar de esta información se muestran en la tabla 3.

El 100% de los familiares perciben sentimientos en el momento del ingreso de un ser querido en la UCI, éstos se manifiestan a través de gravedad (32%), angustia (22%), miedo (19%), impotencia (12,9%), y en

Tabla 3 Resultados relacionados con la variable información

	Sí	No
¿Se le presentó la enfermera por el nombre?	41%	19%
¿Fue recibida por la enfermera responsable?	93%	8%
¿Le entregaron la guía informativa?	87%	10%
¿Cree que la guía informativa proporciona suficiente información?	86%	6%
¿Cree necesaria la existencia de la guía informativa?	76%	24%
¿Añadiría más información a la guía informativa?	16%	84%

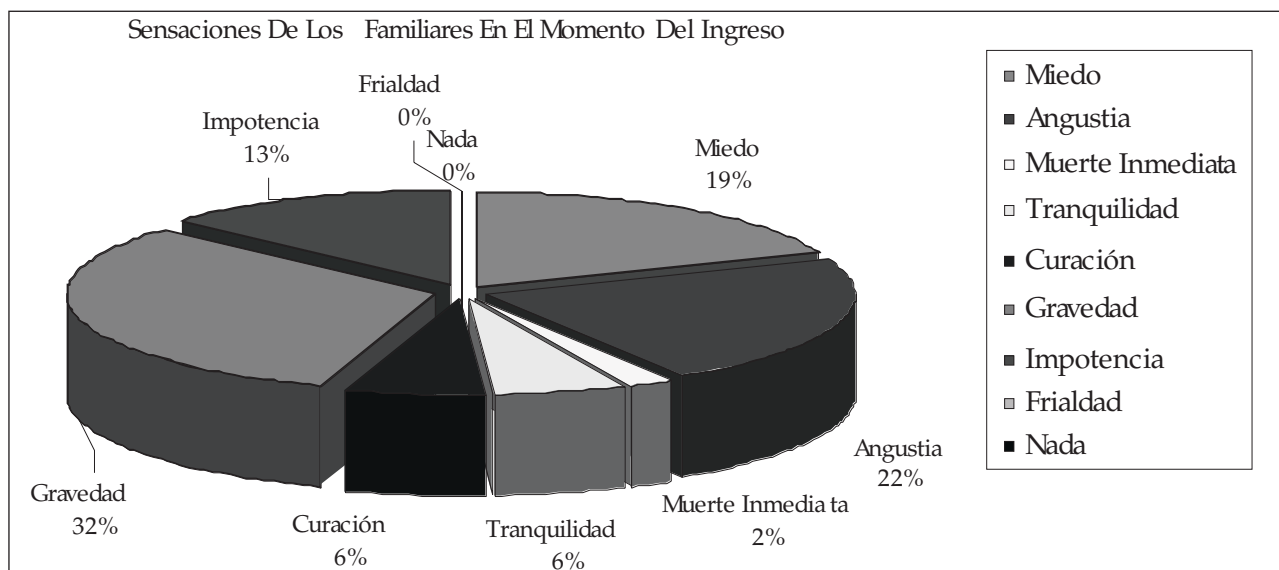


Figura 1. Sensaciones de los familiares en el momento del ingreso.

menor grado tranquilidad (6,1%), curación (6,1%) y sensación de muerte inmediata 2% (fig. 1).

Se buscó relación entre grupos de edad y sentimientos mediante el test de T, sin encontrar demasiadas diferencias estadísticamente significativas (tabla 4). La única diferencia significativa se refleja en la tranquilidad, ya que la gente de edad mayor (62 años de media) manifiesta más sensación de tranquilidad que la gente más joven (50 años).

Tabla 4 Sentimientos frente a edad

Sentimientos	Sentimientos frente a edad (media de edad en años)		
	Sí sintió	No sintió	p
Miedo	49	53	0,3
Angustia	50	53	0,5
Muerte inmediata	47	52	0,7
Tranquilidad	62	50	0,05
Curación	58	50	0,1
Gravedad	51	53	0,7
Impotencia	45	54	0,07
Frialidad	Nadie	Nadie	–
Nada	Nadie	Nadie	–

Para relacionar los sentimientos con el grado de parentesco se utilizó el test de χ^2 , sin encontrar tampoco demasiadas diferencias estadísticamente significativas (tabla 5). La única diferencia se refleja en el miedo, ya que la pareja expresa más sensación de miedo que los hijos.

Los resultados de las variables relacionadas con el grado de satisfacción en cuanto al tipo de acogida, confianza que sintió y sentimiento de integración y seguridad, indican que el grado de satisfacción es muy elevado en todo el proceso de acogida e información (tabla 6).

También se valoró el nivel de adecuación y satisfacción de las familias en cuanto al horario y

Tabla 5 Sentimientos frente a grado de parentesco

Sí sintieron	Pareja	Hijos	p
Miedo	48,6%	18,2%	0,026
Angustia	48,6%	36,4%	0,4
Muerte inmediata	5,7%	4,5%	1
Tranquilidad	17,1%	9,1%	0,4
Curación	20%	5%	0,1
Gravedad	65,7%	72,7%	0,7
Impotencia	20%	31,8%	0,3

Tabla 6 Grado de satisfacción con relación a la acogida de los familiares

N = 70	¿Cómo se sintió recibido por la enfermera responsable de su familiar?	¿Qué grado de confianza sintió con ella para poder hacer las preguntas que necesitaba?	¿En qué grado se sintió acogido por la enfermera responsable?	¿Qué grado de información recibió en cuanto al bienestar y a los cuidados dados al paciente?	¿Qué valoración daría a la información facilitada por la enfermera?	¿Se ha sentido integrado en el proceso que vive el enfermo después de la información?
Mediana	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00
Mínima-máxima	4-10	3-10	4-10	5-10	5-10	1-10

Tabla 7 Duración de las visitas

¿Es suficiente la duración de las visitas?	Porcentaje
Sí	87,1
No	12,9
¿Le ha sido posible entrar fuera del horario establecido si lo ha solicitado?	Porcentaje
Sí	41,4
No	1,4
No lo he necesitado	38,6
No lo he pedido	18,6

duración de las visitas establecidas, y la posibilidad según sus necesidades de visitar fuera del horario establecido (tabla 7). De los cuatro horarios de visita establecidos en la unidad, un 66% opinaron que eran adecuados, un 17% creían que eran suficientes tres visitas al día. Los resultados indican el nivel de adecuación y satisfacción de las familias.

DISCUSIÓN

Nos gustaría destacar la motivación, el interés y el nivel de participación entre las enfermeras de nuestra unidad para llevar a cabo la creación y puesta en marcha del protocolo de acogida a los familiares de los pacientes ingresados en la UCI del Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau de Barcelona.

Hemos de tener en cuenta que la comunicación es

algo más que las palabras que decimos, lo que marcará la diferencia durante el proceso de información será cómo expresemos estas palabras²⁸. Para que la comunicación sea eficaz, debe transmitir un mensaje que pueda ser entendido y recordado. Muchos de los fallos en el proceso de información son causados por simples errores de comprensión y memoria.

El personal sanitario que atiende al paciente o a su familia debería aprender a escuchar para ser capaz de responder a las señales no verbales, en vez de utilizar palabras estereotipadas, ya que las primeras pueden facilitarnos con más rapidez el contacto con el paciente y sus familiares¹³. Algunos aspectos relacionados con la comunicación verbal y no verbal, las actividades o prácticas cotidianas y las relaciones que se establecen entre la enfermera y los pacientes, su familia, o incluso con otros profesionales sanitarios, tendrían que cambiar si queremos humanizar los cuidados en las UCI³¹.

Evaluando los resultados en cuanto al tipo y grado de información, se evidencia que la guía informativa es adecuada en su contenido y satisface las necesidades de información de las familias. Al igual que en otros estudios realizados como el de Margall et al¹⁷, Norris y Grove³² y Molter y Leske¹⁴, que concluyen que las necesidades de seguridad e información se perciben como las más importantes por los familiares de pacientes ingresados en la UCI. En relación con todo ello existen estudios como los de Hodovanic, Cray, Hayes y Crozek que han desarrollado interesantes programas de información y educación para los familiares de pacientes ingresados en UCI¹⁷.

A pesar de que el cuestionario no incluía ninguna pregunta en cuanto al grado de información médica,

en las preguntas abiertas donde se les daba la posibilidad de expresar si habían tenido alguna carencia en la información, las familias expresaron que solicitaban más información médica. Encontraron adecuada la información facilitada por enfermería. Únicamente en un cuestionario se solicitó que se añadiera la información referente a una nueva norma aplicada posteriormente a la edición de la guía informativa, que consiste en el aislamiento preventivo para todos los pacientes de la UCI, ya que en la actualidad esta información se facilita verbalmente, y su inclusión en la guía está pendiente.

Cabe destacar que un gran número de los familiares encuestados no recordaban el nombre de la enfermera responsable, por lo que creemos que en el momento del ingreso los familiares no están receptivos a mucha información, debido a la dificultad de recordarla toda, quedándose con lo más relevante.

Queda de manifiesto pues, la importancia de la información, pudiendo ser definida como una necesidad básica de la familia, tal como otros autores ya lo han descrito^{11,29,30}.

Es importante destacar que todos los familiares expresan diferentes sentimientos en el momento del ingreso de un familiar en la UCI, el más expresado fue la gravedad y en ningún caso se sintió frialdad al recibir la noticia. Hemos observado que la única diferencia estadísticamente significativa con relación a la edad de los encuestados con los sentimientos, es que las personas de mayor edad (62 años) sienten más tranquilidad que los más jóvenes (50 años). Por otro lado, si se relaciona el grado de parentesco con los sentimientos destaca que la pareja expresa mucha más sensación de miedo que los hijos, quizá debido al miedo a la soledad al pensar que pueden perder a la pareja.

En cuanto al horario de visitas y duración establecido en la unidad, la mayoría de los encuestados manifiestan que es adecuado y suficiente, al igual que con otros estudios^{12,13}, en los que sólo una minoría de los familiares, es la que exige ampliar el horario de visitas.

Medido el grado de satisfacción de los familiares en relación con todo el protocolo de acogida específico para la unidad, observamos que es muy alto y satisfactorio en todos los ítems estudiados.

Queremos destacar que, teniendo en cuenta la sugerencia manifestada por uno de los encuestados, somos conscientes de la necesidad de revisión de la guía informativa, ya que las normas de la unidad van sufriendo cambios y son dinámicas en función de las necesidades del servicio.

Concluimos que la idea de crear una guía informativa y un protocolo de acogida específico para la Unidad de Cuidados Intensivos Generales del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau fue muy positiva, ya que tras la realización del estudio podemos decir que después de una acogida protocolizada el grado de satisfacción es alto. Por otro lado, se deduce que la información que se proporciona a través de la guía informativa responde a las necesidades de los familiares y se sienten satisfechos con el grado de información.

AGRADECIMIENTOS

A nuestras compañeras/os por su colaboración en llevar a cabo el protocolo de acogida.

A Natàlia Solà, supervisora de la Unidad de Cuidados Intensivos Generales por su interés y soporte.

Al Dr. Ignasi Gich, del departamento de investigación del HSCSP por su colaboración en el análisis de datos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bernat R, López J, Fontesca J. Vivencias de los familiares del enfermo ingresado en la unidad de cuidados intensivos. Un estudio cualitativo. *Enfermería Clínica*. 1999;10(1):19-27.
2. Family conferences: A method to diminish transfer anxiety. *J Neurosci Nur* 1992;24(3):129-33.
3. Jameson PA, Scheibmer M, Bott MJ, Crighton F, Hinton RH, Cobb AK, et al. The experiences of families with a relative in the intensive care unit (review). *Heart Lung* 1996;25(6):467-74.
4. Mendoca D, Warren NA. Perceived and unmet needs of critical care family members. *Critical Care Nursing Quarterly* 1998; 21(1): 58-67.
5. Kerovac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. *Masson, S.A.*, 1996:29-33.

6. Matthew Simonton S. Familia contra enfermedad. Madrid: Ed. Racices, 1989.
7. Carpenito IJ. Diagnósticos de enfermería. Interoamericana-McGraw Hills, 1991:422.
8. Silbestein D. La familia un paciente olvidado. Revista Rol de Enfermería 1997;223:25-30.
9. Quinn S, Redmoud K, Begley C. The needs of relatives visiting adult critical care units as perceived by relatives and nurses. Part I and II. Intensive Crit Care Nursing 1996;12:168-72, 239-45.
10. Úbeda J. Atención a la familia: ¿utopía o realidad? Revista Rol de Enfermería 1995;203-204:75-8.
11. Delfosse L, Meman J. Informational needs of families of Intensive Care Unit patients. Q Rev Biophys 1986;16-21.
12. García JF, Cámara F, Aparicio A, Cases LM. Comunicación e información a los familiares en las unidades de cuidados intensivos. Enfermería Clínica;5:.
13. Bernat MD, Tejedor R, Sanchis J. ¿Cómo valoran y comprenden los familiares la información proporcionada en una unidad de cuidados intensivos? Enfermería Intensiva 2000;11(1):3-9.
14. Molter NC, Leske JS. Care Family Needs Inventory (CCFNI). En: Leske JS, editor. Milwaukee: 1991.
15. Zarpe C, Margall MA, Otano C, Perochena MP, Asisiain MC. Meeting needs of family members of critically ill patients in a Spanish intensive care unit. Intensive and Crit Care Nursing 1996;12:6.
16. Marco L, Bermejillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall MA, Asiain MC. Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras. Enfermería Intensiva 2000; 11(3):107-17.
17. Margall MA, Zarpe C, Perochena MP, et al. Necesidades de los familiares de pacientes ingresados en cuidados intensivos. Enfermería Intensiva 1993;4(2):40-5.
18. Organización Colegial de Enfermería. Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería. Código Deontológico de la Enfermería Española. Madrid 1989:10-43.
19. Cibanal L. Interrelación del profesional de enfermería con el paciente. Barcelona: Doyma, 1991.
20. Jover C, Subirana M, Ballarín G, Lázaro P. Relación de ayuda en el ingreso hospitalario. Revista Rol de Enfermería 1995;206:.
21. Guía Informativa de la Unidad de Medicina Intensiva y Unidad Coronaria del Hospital del Mar. Barcelona.
22. Guía con horarios de visita, sistema de pases y recomendaciones del Hospital Joan XXIII de Tarragona. Tarragona.
23. Guide d'accompagnement pour la famille et les amis. Les Soins intensifs. Centre hospitalier universitaire Université de Montréal (HSCM).
24. Guía del Servicio de Medicina Intensiva (UVI). Fundación Jiménez Díaz. Clínica de Nuestra Señora de la Concepción. Madrid.
25. Información para la hospitalización. Hospital General de Cataluña. Barcelona.
26. Información de la hospitalización para los usuarios. Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo. Barcelona.
27. ¿Cómo construir un cuestionario?. Revista Rol de Enfermería Intensiva 1994;185:26.
28. Argyle M. The Psychology of Interpersonal Behaviour.

Harmondsworth: Penguin, 1972.

59

29. Romero Ortiz A. El trauma de las UCI. *Revista Rol de Enfermería* 1983;57:39-41.
30. Sánchez Navarro B, Cayuelas G. Enfermedad y hospitalización como entidades psicopatológicas. *Revista Rol de Enfermería* 1986;72-73:62-8.
31. Delgado P, Solá A, Mirabete I, Torrents R, et al. Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación-acción participativa. *Revista de Enfermería Intensiva* 2001;12(3):110-26
32. Norris LO, Grove Sk. Investigation of selected psychosocial needs of family members of critically ill adult patients. *Heart Lung* 1986;15:194-9.

60 ANEXO 1

Información para los familiares de enfermos ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva

Información general de la unidad

El servicio de Medicina Intensiva es una unidad polivalente donde ingresa toda persona que se encuentra en situación crítica y que precisa de tratamientos y cuidados específicos continuados. Por esta razón está dotada de personal asistencial preparado y material específico, para cuidar a su familiar.

El servicio consta de 16 habitaciones, llamadas *boxes*, y están repartidos entre la Unidad A (boxes 1 a 10) y la Unidad B (boxes 11 a 16).

Equipo asistencial

El servicio de Medicina Intensiva mantiene una dotación de médicos, enfermeras y auxiliares durante las 24 horas del día que aseguran la correcta atención de su familiar.

La información médica se facilita diariamente por el médico responsable de su familiar entre las 13 y las 14 horas. Los sábados, domingos y festivos les informará el médico de guardia en el mismo horario.

En el caso de cambios en el estado de su familiar, o de tener resultados de pruebas concretas, se le proporcionará información médica en otros horarios de visita.

Siempre que ustedes necesiten algún tipo de información o aclaración, puede consultar con la enfermera responsable de su familiar, que atenderá su petición.

Es preciso que conozca que no se da información médica por teléfono, pero siempre que lo necesite se le podrá facilitar información relacionada con el bienestar y confort de su familiar.

Los teléfonos de la unidad son los siguientes:

- Unidad A: 93 291 91 89
- Unidad B: 93 291 91 90

El horario del asistente social es de 12 a 14 horas. Fuera de este horario podrá solicitar a la enfermera este servicio siempre que lo necesite.

También el hospital dispone de un servicio religioso, que le atenderá si usted lo solicita.

Material de box

Puede ser que su familiar esté conectado a diversos aparatos que son necesarios para garantizar la eficacia del tratamiento y su seguridad.

Tengan en cuenta que estos aparatos están dotados de unas alarmas que informan siempre al equipo asistencial de todas las variaciones que puedan producirse. A veces estas alarmas pueden sonar por distintos motivos (que no siempre tienen que estar relacionados con situaciones de urgencia), permitiendo al equipo asistencial un margen de actuación.

Estos aparatos se encuentran conectados a un monitor central que permite al personal asistencial observar de forma continuada el estado de su familiar. Por lo tanto les pedimos que no se preocupen por el funcionamiento de los diferentes aparatos que lleva su familiar, durante el tiempo que dura la visita.

Las recomendaciones que durante la visita a su familiar centren su atención en procurarles tranquilidad, confort, apoyo, dirigiendo sus conversaciones de forma positiva para que le puedan ayudar a establecer conexión con aquellos aspectos de su vida que ustedes saben que le hacen ilusión, le interesan, lo motivan, etc.

Normativa y sugerencias

Es preciso respetar el horario de visitas establecido para favorecer la organización interna. El horario es el siguiente:

Horario general de visitas

- De 7.00 a 7.30 h.
- 13.00 a 14.00 h.

– 18.30 a 19.30 h.

Horario especial

– De 21.30 a 22.0 h, para los familiares que no pueden hacer uso del horario general.

En el caso de no poder visitar a su familiar en los horarios establecidos, se pondrá en contacto con la enfermera y/o el médico responsable para determinar el mejor momento en que podrá visitarlo.

Hay que tener en cuenta que antes de entrar en el box, siempre contactará con la enfermera para saber el momento en el que podrá entrar a ver a su familiar.

Durante las horas de visita se permitirá la entrada en el box de dos personas, que pueden alternarse con el resto de los familiares y amigos. Siempre que lo deseen se abrirá la persiana del box.

Es aconsejable lavarse las manos antes de entrar en la unidad. Disponemos de un lavabo para los familiares en la misma entrada de la unidad.

Antes de entrar en el box hay que ponerse una bata.

En situaciones en las que su familiar requiera alguna medida especial, la enfermera ya les informará de la conducta específica a seguir.

Fuera de los horarios de visita no se permite estar en el pasillo, ya que es zona de paso. Si desean quedarse pueden hacerlo en la sala de espera para familiares, aunque les recomendamos que por la noche vayan a descansar a su domicilio. Han de tener presente que en el caso de cambios importantes en el estado de su familiar nos pondremos en contacto con ustedes por teléfono.

La sala para familiares dispone de un teléfono para recibir llamadas desde el exterior de familiares y amigos que quieran contactar con ustedes.

– Sala para familiares: 93 291 93 77.

Le agradeceríamos que trajese el neceser de su familiar con colonia fresca, peine o cepillo, máquina de afeitar. La enfermera ya le pedirá en el momento oportuno otros utensilios que su familiar pueda pre-

61