



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Posgrado

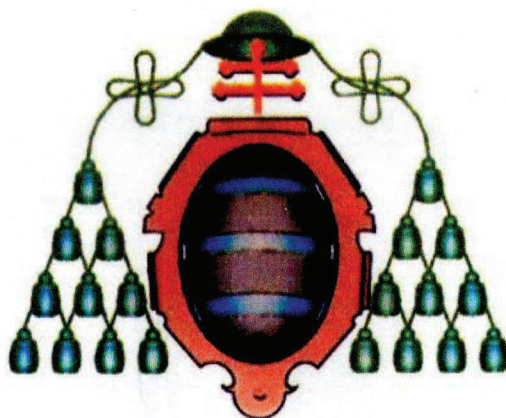
Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

**“Participación de Enfermería ante las necesidades de los familiares de
pacientes ingresados en UCI”**

Sheila Elías Prior

23–Mayo –2013

Trabajo Fin De Máster



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

**“Participación de Enfermería ante las necesidades de los familiares de
pacientes ingresados en UCI”**

Trabajo Fin De Máster

Sheila Elías Prior

A handwritten signature in blue ink, reading 'Sheila E.' with a large flourish underneath.

Mercedes Paino Piñeiro

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Mercedes P.' with a large flourish.



MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS

Mercedes Paino Piñeiro, Doctora en Psicología por la Universidad de Oviedo, Departamento de Psicología, Área: Personalidad, evaluación y tratamiento psicológico, y Profesora del Máster de Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo en Gestión, liderazgo y comunicación en Enfermería.

CERTIFICA:

Que el Trabajo Fin de Máster presentado por Dña. Sheila Elías Prior, titulado **“PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LAS NECESIDADES DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN UCI”** realizado bajo mi dirección, dentro del Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos de la Universidad de Oviedo, reúne a mi juicio las condiciones necesarias para ser admitido como Trabajo Fin de Máster en la Universidad de Oviedo.

Y para que así conste dónde convenga, firman la presente certificación en Oviedo a 23 de Mayo de 2013.

Vº Bº

Fdo. Mercedes Paino Piñeiro

Director/Tutor del Proyecto

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero expresar mis más sinceros agradecimientos a la Doctora Mercedes Paino, por el esfuerzo dedicado, por sus horas de tutoría y sus enseñanzas, para que este proyecto haya sido realizado con éxito.

Agradecer también al profesor Alberto Lana, por su disposición para solventar pequeños obstáculos en la metodología del trabajo.

Por otro lado, quiero agradecer a todos los que han hecho posible la realización de este máster, por un año inolvidable, lleno de conocimientos y experiencias nuevas; a la coordinadora Pilar Mosteiro, a todos los profesores, así como compañeros y amigos que he conocido durante el curso.

Finalmente, agradecer a las personas más importantes, a mis padres: Rafael y Conchi, y a mi pareja Javi, su apoyo en los momentos más duros y por estar siempre a mi lado.

ABREVIATURAS

- **CCF-NI:** (*Critical Care Family Needs Inventory*). Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos.
- **CCFSS:** (*Critical Care Family Satisfaction Survey*). Estudio de Satisfacción de la Familia de Cuidados Críticos.
- **DSM-IV-TR:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM); cuarta edición vigente (IV); versión revisada (TR).
- **ECA:** Ensayo Clínico Aleatorio.
- **ESICM:** Sociedad Europea de Medicina Intensiva.
- **FS-ICU:** (*Family Satisfaction in the Intensive Care Unit*). Satisfacción Familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- **FS-TD:** FS-Toma de Decisiones.
- **HUCA:** Hospital Universitario Central de Asturias.
- **NANDA:** (*Nor American Nursing Diagnosis Association*). Asociación de Diagnóstico de Enfermería de América del Norte.
- **NIC:** (*Nursing Interventions Classifications*). Intervenciones de Clasificación de Enfermería.
- **NOC:** (*Nursing Outcomes Classifications*). Resultados de Clasificación de Enfermería.
- **SCCM:** Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos.
- **SCCMFNA:** (*Society of Critical Medicine's Family Needs Assessment*). Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos de las Necesidades y Evaluación de la Familia.

- **SEMICYUC:** Sociedad Española de Medicina Intensiva, Cuidados Críticos y Unidades Coronarias.
- **SMI:** Servicio de Medicina Intensiva.
- **SMIC:** Servicio de Medicina Intensiva y Críticos.
- **SPSS:** (*Statistical Package for the Social Sciences*). Paquete Estadístico de las Ciencias Sociales.
- **UCI:** Unidad de Cuidados Intensivos.
- **UVI:** Unidad de Vigilancia Intensiva.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL	4
2.1. DEFINICIÓN DE UCI Y MEDICINA INTENSIVA	4
2.2. DESARROLLO DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS UCI	4
2.3 UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS EN ESPAÑA EN LA ACTUALIDAD	6
2.4. DERECHOS DE LOS PACIENTES Y ASPECTOS LEGALES	7
2.5. NECESIDADES DE LOS FAMILIARES	9
2.6. IMPORTANCIA DE LA FAMILIA	11
3. JUSTIFICACIÓN	14
4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	16
5. DISEÑO Y MÉTODO	18
5.1. DISEÑO	18
5.2. TIEMPO Y LUGAR DEL ESTUDIO	18
5.3. MÉTODO	21
5.3.1. PARTICIPANTES	21
5.3.2. INSTRUMENTOS	24
5.3.3. MEDICIÓN DE VARIABLES	30
5.3.4. PROCEDIMIENTO	34
5.3.5. ANÁLISIS DE DATOS	37
5.4. PLAN DE TRABAJO	39
6. DISCUSIÓN	40
6.1. ERRORES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO	41
6.2. CONSIDERACIONES ÉTICAS	42
6.3. UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS EN RELACIÓN CON LA SALUD	43
6.4. PERSPECTIVAS FUTURAS	44
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXO I	53
ANEXO II	121
ANEXO III	122
ANEXO IV	133

1. INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), son por lo general, espacios cerrados con un ambiente hostil, carente de intimidad, cuyas estructuras están pensadas para facilitar el trabajo de médicos y enfermeros¹. Independientemente de la estructura y diseño arquitectónico de las diferentes Unidades de Cuidados Intensivos, todas ellas tienen la característica de estar aisladas del resto de las instalaciones del hospital. Atendiendo a diferentes barreras, no se puede entrar en ellas como si se tratase de cualquier otro servicio del hospital².

El ingreso en esta unidad, la mayoría de las veces inesperada, puede suponer un nivel de ansiedad importante tanto para el paciente como para sus familiares. La familia es el principal apoyo, tanto a nivel social como a nivel personal, con el que puede contar un individuo. Por este motivo, el ingreso en una unidad hospitalaria desconocida, que separa totalmente al paciente de sus seres queridos y en la que sólo existen ciertas horas de visita, puede precipitar una crisis familiar que desencadene la fragmentación de la unidad familiar y/o la desestructuración de roles de los integrantes. Precisamente los familiares, que no están preparados psicológicamente para esta situación, a menudo sufren sentimientos de culpabilidad, nerviosismo, miedo, cansancio, e incluso ira y hostilidad por el seguimiento de la evolución médica³. Los familiares se ven obligados a compaginar todas estas emociones con la dificultad de comprender la información, la toma de decisiones difíciles y, a veces, la aceptación de lo inevitable. El DSM-IV-TR de la Asociación Americana de Psiquiatría⁴, define el

ingreso en UCI como un estresor traumático ya que puede dar lugar a la desorganización del núcleo familiar, el cambio de roles y el miedo a la muerte.

A estos problemas se suma que los profesionales mantienen poco contacto con los familiares que vienen “de fuera”, y a su vez, a estos últimos les resulta difícil acceder a los servicios. La interacción entre sanitario-paciente y los familiares se reduce al horario de visitas, en la mayoría de ocasiones escaso; y el médico es quien suele liderar la relación y la información aportada, hecho que se produce en un momento puntual del día¹.

El perfil del paciente de UCI es crítico y su hemodinámica muchas veces inestable; por lo que los profesionales del servicio se centran en el cuidado del paciente y la monitorización que le rodea, dejando habitualmente en un segundo plano a la familia y sus necesidades^{5,6}.

La mayoría de los estudios realizados sobre familiares de pacientes ingresados en UCI se han centrado en evaluar el grado de satisfacción de sus necesidades. El primer estudio sobre las necesidades de la familia en la Unidad de Cuidados Intensivos, fue publicado por la enfermera norteamericana Nancy Molter⁷, en 1979. En este estudio, Molter ya evidencia la importancia de cuidar e involucrar a la familia en el proceso, para beneficio del paciente crítico; e identifica que muchos familiares tienen necesidades similares, por lo que propone futuras investigaciones que introduzcan intervenciones para solventar esto. Algunas de las principales necesidades descritas en estudios realizados sobre los familiares de pacientes críticos son: la seguridad, la confianza, el apoyo psicológico y sobre

todo la información^{8,9}. Evaluar con regularidad estos déficit, la carga a la que se ven sometidos, tratar de prevenir estas situaciones y conseguir una comunicación efectiva, evitaría el estrés postraumático que desarrollan muchas personas tras salir del servicio, mejorando el bienestar psicológico, y facilitando la recuperación^{6,10}. Vargas-Mendoza y Aguilar-García¹¹, publicaron un estudio en el que demostraron que el 90% de los cuidadores primarios de pacientes ingresados en UCI tenían ciertos niveles de estrés, de los cuales el 50% poseían estrés bajo. Se ha visto que sumado al hecho de actuar como cuidador principal, estas personas se ven envueltas en la pérdida o reducción de un empleo y habitualmente expresan sentimiento de culpa, impotencia, ira, miedo y alteración social. Todo este torbellino de emociones termina por desatar la patología denominada estrés postraumático, que puede acarrear consecuencias significativas en el tiempo.

Una creencia errónea y sin embargo habitual, es pensar que la información a los familiares es tarea del médico⁸. Esta línea de pensamiento se aleja del hecho de ver a la familia como sujeto de cuidados del paciente de UCI; y se contradice con lo ya expuesto por Florence Nightingale en 1855¹² sobre considerar el entorno del paciente como núcleo en la disciplina de enfermería. Se trabaja dentro de un equipo multidisciplinar y como tal, es labor del profesional conocer la información que da cada miembro y complementarla con la propia. Por otro lado, muchas personas desconocen estos servicios, así como a los especialistas de UCI y los tratamientos que se prestan en la unidad, por lo que en el momento del ingreso sería importante insistir en dicha información⁵.

2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL

2.1. DEFINICIÓN DE UCI Y MEDICINA INTENSIVA

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes en situación crítica, con patología de cualquier tipo (politraumatizados, post-quirúrgicos, patología respiratoria, coronarios, sangrantes)¹³. Esta unidad tiene unas características de equipamiento técnico y de personal especializado que le son propias. Es un servicio central que trabaja en íntima colaboración con los demás servicios hospitalarios, especialmente con el área de emergencias.

Medicina intensiva es la especialidad de la medicina que se ocupa de los pacientes con disfunción actual o potencial de uno o varios órganos que representa una amenaza para sus vidas y son susceptibles de recuperación¹³.

2.2. DESARROLLO DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS UCI

El origen de la medicina intensiva no está muy bien determinado; pero lo que sí se puede decir es que los cuidados intensivos han evolucionado a partir de la evidencia de que los pacientes con patología que pone en peligro la vida, pueden ser mejor tratados si se agrupan en áreas específicas del hospital.

Durante las guerras napoleónicas y en la guerra de Crimea con Florence Nightingale, ya se comenzó a agrupar a los heridos más graves en un área especial para que recibieran cuidados especiales.

El doctor Walter Dandy, en la década de 1920, estableció una sala para la vigilancia estrecha de paciente neuroquirúrgicos graves.

Durante la Segunda Guerra Mundial se establecieron unidades de shock, para la resucitación y servicios de recuperación posquirúrgica. Áreas que mejoraron según se iban instaurando los conocimientos en ventilación mecánica, técnicas de reanimación, monitorización hemodinámica, reemplazo renal y empleo de antibióticos.

En la década de 1950, con la epidemia de polio, se asentaron las bases sobre ventilación mecánica, manejo de vía aérea y técnicas específicas, que permitieron la creación de unidades para cuidados respiratorios¹⁴.

El primer centro multidisciplinario de cuidados intensivos fue creado en el Hospital Johns Hopkins, en Baltimore, 1958; en el cual, médicos y enfermeras prestaban cuidados especializados las 24 horas del día. Tras este inicio y a partir de 1960 se fundaron las unidades del Hospital de Hammersmith, Londres, y del Centro Médico de Cornell, Nueva York. Durante los años consecutivos, las unidades de cuidados intensivos y la medicina intensiva se vieron envueltos en un desarrollo vertiginoso, sobre todo en Estados Unidos y Europa¹⁵.

En 1970 se crea la Sociedad Americana de Cuidados Intensivos (*Society of Critical Care Medicine: SCCM*). En España, la Ley de Especialidades (Real Decreto 2015/1978) crea la especialidad primaria denominada Medicina Intensiva. Y los doctores Alberto Villazón Sahún y Víctor Pureco, sentaron las bases para el

desarrollo de la medicina intensiva. En 1982 se crea la Sociedad Europea de Cuidados Intensivos (*European Society of Intensive Care Medicine: ESICM*)¹⁶.

En términos de estructura y organización, las unidades de cuidados intensivos modernas todavía están evolucionando. Se desarrollaron como áreas intrahospitalarias de mayor diferenciación funcional, con personal médico y de enfermería especializado y multidisciplinario, que atienden a los pacientes las 24 horas del día y los 365 días del año.

2.3. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS EN ESPAÑA EN LA ACTUALIDAD

Las unidades de medicina intensiva están presentes en prácticamente todos los hospitales y centros privados de ámbito general y comarcal de España, dirigidos en su mayoría por médicos intensivistas especializados.

A fecha de 2010, se censaron en España unos 300 SMI, con un tamaño de cada SMI de 12-18 camas y un total de 3.500 camas en todo el país, aproximadamente. Los hospitales universitarios agrupan el mayor número de camas de este servicio. Son atendidos anualmente unos 240.000 pacientes, con una mortalidad en torno al 11%. El tipo de paciente que se atiende es polivalente: médicos, quirúrgicos, traumáticos y coronarios¹⁷.

El personal de enfermería, con una formación específica, compone una parte muy importante de la plantilla sanitaria de los SMI. El ratio enfermera-pacientes es, en la mayoría de ocasiones, de una enfermera por cada 2-3 enfermos críticos.

El personal médico está jerarquizado en las siguientes categorías: jefe de servicio, jefe clínico y médico adjunto.

2.4. DERECHOS DE LOS PACIENTES Y ASPECTOS LEGAL

La SEMICYUC, organización formada esencialmente por médicos especialistas en medicina intensiva y sin ánimo de lucro, dispone de un código ético para cumplir sus objetivos respetando tanto al paciente como al médico intensivista y fomentando la relación médico-paciente. La base sobre la que se asienta este código de la SEMICYUC reside en las leyes, el código deontológico y los principios básicos de la bioética: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

En cuanto a los derechos de los pacientes, esta organización velará para que se respeten los principios que se detallan a continuación, sobre todo el respeto de la dignidad y autonomía, en los Servicios de Medicina Intensiva y Críticos (SMIC)¹⁸:

- *Seguridad general*: responsabilidad frente a cualquier riesgo de carácter personal, que recae en el centro sanitario y el SMIC.

- *Derecho a la información*: la cual debe de ser verdadera, comprensible y adecuada a las necesidades de cada paciente. Con esa información, el paciente

tiene que poder tomar decisiones en cuanto a su proceso diagnóstico y terapéutico. El titular de este derecho es el paciente, siempre y cuando su capacidad de comprensión de la información y toma de decisiones no se vea comprometida; en tal caso, se contará con las autorizaciones de su familia y representante o allegados. La persona que debe garantizar el cumplimiento correcto de este derecho es el médico responsable del paciente.

Hace referencia a todo ello la Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril en su artículo 10¹⁹, y la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, en sus artículos 4 y 5²⁰.

- *Intimidad*: responsabilidad del centro y su personal. Expuesto en el artículo 7 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre²⁰.

- *Confidencialidad*: todos los miembros pertenecientes a la SEMICYUC e instituciones sanitarias, deben comprometerse al buen uso de los datos personales del paciente y referidos a su salud. Se debe ser especialmente cuidadoso en esta tarea, dado lo fácil que es hoy en día acceder a estos datos.

- *Autonomía del paciente*: lleva implícito el derecho del consentimiento informado, el respeto de las instrucciones previas o voluntades anticipadas, derecho a morir con dignidad, participación de la familia, derecho a mantener sus relaciones sociales, a la libre elección, a la custodia de la historia clínica, derecho a recibir asistencia religiosa y a la no discriminación. Aspectos que vienen recogidos en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, citada anteriormente.

- *Calidad de la asistencia sanitaria*: el paciente tiene derecho a la promoción de la bioética de los profesionales, a un nivel adecuado de instalaciones y equipamiento, a una buena organización para resolver problemas y facilitar el

trabajo asistencial, a una cierta capacitación y competencia del personal, a unos determinados límites de la asistencia, etc.

Otros aspectos legales a destacar:

* Derecho de enfermería, como profesional sanitario que puede dar información asistencial; queda reflejado en la Ley 8/2003 de 8 de abril sobre los Derechos y deberes de las personas en relación con la salud²¹.

* El Consejo Internacional de Enfermeras enuncia el Código Deontológico²², donde se declara que el cuidado de enfermería es una necesidad y un derecho universal; y es responsabilidad del profesional orientar sus acciones para ayudar a mantener, proteger y restaurar la salud, evitar las enfermedades, aliviar el sufrimiento y ayudar a mantener la calidad de vida de las personas. El cuidado de enfermería es un derecho y debe tener en cuenta las características individuales de cada persona. La calidad del cuidado se refiere a que la atención de la persona debe realizarse de forma oportuna y segura, atendiendo las dimensiones social, biológica, espiritual y mental que se basan en los principios éticos (beneficiencia, no maleficiencia, autonomía y justicia). Un elemento fundamental en el cuidado es el respeto mutuo y la comunicación bidireccional, sin olvidar los aspectos culturales, los valores y las creencias de cada persona.

2.5. NECESIDADES DE LOS FAMILIARES

Ante el ingreso de un paciente en UCI, sus familiares necesitan un tiempo para adaptarse a la situación, tras el cual pasan a convertirse también en sujetos

de cuidados. En este momento es donde enfermería puede jugar un papel primordial al identificar sus necesidades, aclarar sus dudas, aliviar sus miedos, etc.

Varios estudios se han desarrollado en base a las necesidades de los familiares en UCI como por ejemplo, el de Hinkle²³ y el de Verhaeghe et al.²⁴ Algunas de las necesidades más comúnmente detectadas son las referidas a la información, seguridad, apoyo emocional, confort, cercanía, confianza, flexibilidad en los horarios, etc.

En la revisión crítica de Abizanda²⁵ se pueden encontrar tres de las necesidades fundamentales de los familiares, recogidas en la literatura. Por orden de prioridad, estas son: información y participación en la toma de decisiones, proximidad y régimen de contacto, y soporte emocional y psicológico frente a la situación crítica.

Estudios como el de Llamas-Sánchez et al.²⁶ y el de Santana Cabrera et al.⁵, destacan también, que una de las principales necesidades es la de información. La mayoría dicen entender la información prestada por el médico, pero no se sienten adecuadamente informados sobre los cambios en la evolución del paciente. También obstaculiza este proceso la dificultad para acceder a los profesionales del servicio. Deberían ser estos últimos los que se acercasen y apoyasen a los familiares, dada la situación emocional por la que atraviesan. Este hecho sumado a la falta de identificación por parte de los profesionales, agrava los sentimientos de angustia y ansiedad que sufren los familiares. Algunos de estos familiares detallan la relación con el personal de UCI como “poco fluida o

inexistente”. Otros aspectos que influyen en la satisfacción de los familiares son: la rigidez en el horario de visitas y el ambiente de la sala de espera, su mobiliario, iluminación y ventilación. Aunque en el estudio de Santana Cabrera et al., las instalaciones son relativamente modernas, la sala de espera sigue creando inseguridad en el familiar, quizás por las horas que pasan en ella y lo alejada que se encuentra de la unidad.

En otro estudio realizado por Pérez Cárdenas et al.²⁷, además de las necesidades ya mencionadas, se destaca la referencia de los familiares de que, debido a las características de la unidad, no existe intimidad para el paciente. Además de la impuntualidad en el horario de dar la información, lo que genera un aumento de ansiedad en la familia que desconocen el motivo del retraso.

2.6. IMPORTANCIA DE LA FAMILIA

Los problemas de salud del paciente no le afectan sólo a sí mismo, sino que trascienden a la familia como grupo. La familia es un sistema abierto, que funciona como una unidad, en la que existe una interdependencia entre todos sus miembros. Por eso el proceso de enfermedad afecta a la unidad familiar, debiendo involucrar a sus integrantes en el transcurso. El cambio social que produce el ingreso de un paciente en UCI lleva consigo un cambio de roles entre los miembros de la familia, recayendo generalmente en uno de ellos la responsabilidad de cuidador principal con las consecuencias que conlleva de estrés, ansiedad y deterioro de la salud²⁸. Por todo ello es muy importante hacer partícipe a la familia en los problemas de salud del paciente durante el ingreso.

Enfermería juega un papel muy importante en este aspecto y la ayuda puede ser mutua; ya que conocer los hábitos y estilo de vida de la familia impulsa a ofrecer unos cuidados de mayor eficacia y eficiencia. El cuidado del paciente desde una perspectiva bio-psico-social, supone tener en cuenta las relaciones personales como parte de la recuperación del enfermo.

Un aspecto importante que se puede observar en el estudio de Zaforteza Lallemand et al.²⁹ sobre *¿Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico?*, y que obstaculiza lo anteriormente mencionado, es que las enfermeras ven a la familia, en muchas ocasiones, como un bloque y no individualizan a las personas que componen esa unidad familiar. Las normas que residen en la propia unidad en cuanto a un horario de visitas restringido, van a influir en la visión que tiene el profesional de enfermería de la familia como un elemento que viene de fuera del servicio. Sin embargo, el hecho de que la atención a los familiares no esté estandarizada, también da cierto poder a las enfermeras que son quienes eligen cuándo y quién puede pasar junto al paciente. Por otro lado, se hace comprensible que los profesionales necesiten controlar tanto al paciente como a la familia en todo momento, ya que nos estamos refiriendo a un enfermo crítico cuyos cambios de salud pueden desencadenar en un empeoramiento a gran velocidad. Este grupo de profesionales también está expuesto a unos niveles importantes de estrés; una de las causas por las que, en ocasiones, se evita la proximidad con la familia.

En el estudio de Díaz Sánchez²⁸, en el que se entrevista a los familiares de la UCI del hospital Gregorio Marañón de Madrid, se observa la experiencia desde el otro lado de la unidad. Se evidencia la intensidad de la crisis que sufren los familiares y los problemas de adaptación que encuentran. El estrés que sufren en la mayoría de los casos, viene determinado por la forma de aparición del ingreso, su duración, intensidad y gravedad. Además, se hace referencia por el testimonio de estos familiares a que la relación con el personal de enfermería puede y debe mejorar en muchos aspectos.

Por todo lo anteriormente citado, la relación enfermera-familiar necesita de un equilibrio muy delicado que muchas veces es difícil conseguir. Eso quiere decir que el esfuerzo para llegar a él debe surgir de ambos lados de la balanza. En el ámbito de UCI, va a ser muy importante el apoyo emocional y la información que proporcione el personal sanitario debido a la situación crítica del paciente.

3. JUSTIFICACIÓN

Tras la búsqueda bibliográfica de vivencias de familiares y enfermeras y la situación actual de las unidades de cuidados intensivos, encontramos razones más que de sobra para afirmar que el cuidado de la familia es un proceso necesario. Así, estudios como el de Navarro Arnedo³⁰ y el de Marco Landa et al.³¹, afirman que la familia proporciona apoyo psicológico al paciente, aumenta su deseo de vivir y disminuye su aburrimiento; y por otro lado, una relación estrecha con el paciente disminuye la ansiedad de los familiares y aumenta su satisfacción. Además, el hecho de individualizar la atención y cubrir las necesidades de los familiares, ayuda de manera positiva a la toma de decisiones en cuanto al tratamiento del paciente. Sin embargo, en la actualidad y a pesar de la materia conocida hasta el momento, algunas investigaciones han demostrado que todavía no existe ningún plan de cuidados específico y dirigido a la familia, tanto en el contexto español como en el internacional²⁴.

Disponer de indicadores de calidad que nos permitan conocer el grado de satisfacción del paciente y sus familiares, es una herramienta útil para elevar el grado de calidad asistencial. Con el objetivo de proporcionar un instrumento para evaluar dicha calidad asistencial, la SEMICYUC ha publicado la *Actualización de los Indicadores de Calidad en el Enfermo Crítico, 2011*³². Estos 120 indicadores actúan como señal de alarma ante la identificación de problemas o situaciones de mejora; de los cuales, se han elegido 20 como más relevantes, como por ejemplo: información a los familiares de los enfermos en el servicio de medicina intensiva,

limitación del tratamiento de soporte vital, encuesta de calidad percibida al alta del servicio de medicina intensiva, presencia de intensivista en el servicio de medicina intensiva las 24 horas del día, etc.

Las investigaciones realizadas con enfermeras de UCI como población a estudio se han incrementado a partir del año 2000³⁰. El conocimiento y las necesidades son evidentes; ahora es necesaria una cultura de cambio en cuanto a la actitud por parte de las enfermeras en formarse para mejorar las relaciones y la atención prestada, considerar al paciente como un ser bio-psico-social y trabajando junto a él con una perspectiva holística, establecer unos protocolos encaminados hacia los familiares, involucrarles en el cuidado del paciente y crear espacios que favorezcan la cercanía y cubran las necesidades de los ciudadanos.

El objetivo del estudio es doble: 1º) Diseñar e implementar un Plan de Cuidados de Enfermería dirigido exclusivamente a los familiares de pacientes ingresados en UCI; y 2º) Tratar de determinar si existen diferencias en el grado de satisfacción de los familiares a los que se les aplica dicho programa y a los que no. El fin último de este doble objetivo es, por tanto, tratar de mejorar la calidad asistencial de las personas que se ven envueltas involuntariamente y, a menudo, de forma espontánea en esta situación.

4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

OBJETIVOS

➤ ***Objetivo principal:***

Determinar las posibles diferencias en el grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del HUCA, entre un grupo al que se aplica durante un año el plan de cuidados diseñado para los familiares y un grupo al que se atiende sin seguir un protocolo.

➤ ***Objetivos específicos:***

1º) Diseñar el plan de cuidados para los familiares.

2º) Implementar el plan.

3º) Valorar el grado de satisfacción con el plan y la percepción de los familiares sobre la calidad de los cuidados prestados por parte de enfermería.

HIPÓTESIS

➤ ***Hipótesis nula (H_0)***

No existen diferencias en el grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del HUCA entre aquellos a los que se lleva a cabo un plan de cuidados dirigido a ellos y a los que no se protocolizan los cuidados.

➤ **Hipótesis de investigación o alternativa (H₁)**

Se espera que la ejecución del plan de cuidados diseñado para los familiares aumente el grado de satisfacción de dichos familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del HUCA.

5. DISEÑO Y MÉTODO

5.1. DISEÑO

Ensayo Clínico Aleatorio (ECA); lo que lleva implícito las características de ser un estudio epidemiológico experimental, analítico, longitudinal y prospectivo.

En el estudio, los participantes son asignados aleatoriamente a uno de los siguientes grupos: el grupo experimental, que es al que se le aplica la variable independiente o factor a estudio, en este caso, el plan de cuidados diseñado; y el grupo control, al que no se le aplica la variable independiente y recibe los cuidados habituales que se prestan en el servicio sin ningún tipo de protocolo.

5.2. TIEMPO Y LUGAR DEL ESTUDIO

El estudio tendrá la duración de un año: de julio de 2013 a julio de 2014.

Será llevado a cabo en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Es de nivel III, siendo hospital de referencia tanto en el ámbito regional como nacional. El estudio se centra en dos servicios: la Unidad de Cuidados Intensivos I (UVI de Residencia) que se encuentra ubicada en el edificio del Centro General, planta 5º C; y el Servicio de Cuidados Intensivos II, especializada en UVI Cardíaca, ubicado en la 2ª planta ala Oeste del HUCA.

La UCI I dispone de 22 camas físicas polivalentes y 2 para atender los trasplantes hepáticos; cuando no tienen trasplantes se acomodan las habitaciones para atender enfermos con otras patologías. La distribución de las camas se

divide en tres unidades: A, B y C, con 8 camas cada una; y en total cuentan con 5 boxes de aislamiento. Los ingresos durante el año 2012 fueron de 716 pacientes. Al ingreso del paciente, se permite pasar a la familia unos minutos, momento en el que el médico les informa del estado actual del paciente y les advierte de las posibles complicaciones, especialmente durante las primeras 24-48 horas, consecuencia de su inestabilidad hemodinámica. También se aprovecha para entregar a los familiares un folleto informativo, donde se les refleja el médico de referencia y la cama donde está ingresado el enfermo, se explica en términos sencillos en qué consiste la Unidad de Cuidados Intensivos, y se define lo que es un respirador artificial, un monitor y la sedación, con los que habitualmente se mantienen a los pacientes. La información médica sobre la evolución del paciente y su situación clínica tiene lugar diariamente a partir de las 12:30 horas; y los sábados y festivos a las 16:00 proporcionada por el personal médico de guardia. Dicha información tendrá lugar en los despachos adjuntos a la sala de espera. Además, si el paciente requiere de pruebas complementarias fuera de la unidad, se informará en el momento al familiar de referencia; al igual que si se produjese cualquier alteración grave en su estado de salud. También existe la posibilidad, si el cuidador lo prefiere, de recibir la información por teléfono, dejando constancia de ello previamente. Todo familiar puede llamar a cualquier hora del día a la extensión facilitada en el folleto, pero debe saber que la información que recibirá en este caso será la imprescindible, sin entrar en detalles, para salvaguardar la confidencialidad de datos. Las visitas tienen lugar dos veces al día: por la mañana de 13:00 a 13:30 y por la tarde de 19:00 a 20:00; los sábados, domingos y

festivos a las 16:00 y a las 20:00. Sólo se permite la entrada simultánea de dos personas por paciente, debido a la gravedad de este último.

La UCI II, especializada en cardiología, cuenta con 10 camas para atender a pacientes que requieran de este servicio exclusivo. De estos 10 boxes, se dispone de 4 para aislamiento, si el enfermo lo requiere; sino se utilizan abiertamente como los demás. Los ingresos en esta unidad fueron de 665 pacientes durante el año 2012. Al igual que en la UCI I, en el momento del ingreso se permite pasar a la familia para tranquilizarles y entregarles el folleto informativo, ya que es un momento de máxima tensión y el familiar puede que no escuche datos importantes sobre el funcionamiento del servicio. La información sobre la situación clínica del paciente la dará diariamente su médico, a las 11:00 horas en la Secretaría de UCI, ubicada en la 3ª planta. También se facilitan dos números de teléfono por si el cuidador quiere, en un momento dado, conocer el estado del paciente. En este último caso, la información es dada por el personal de enfermería, y los datos serán breves, no sobrepasando la información esencial para evitar problemas. Las visitas están divididas en dos pases diarios, en este caso, de 10:30 a 11:00 y de 19:00 a 19:30. Los familiares podrán pasar de uno en uno.

En ambos servicios la información facilitada por el personal de enfermería, no está protocolizada, y suele realizarse en los momentos de visita y a demanda de los familiares. Cada profesional les atiende como considere conveniente, pero no tienen en la unidad ningún protocolo que se refiera a la familia.

5.3. MÉTODO

5.3.1. PARTICIPANTES

La población diana son todos los familiares o cuidadores principales de pacientes que ingresen en la UCI del hospital HUCA durante el periodo de estudio. Según los datos de ingresos recogidos en el 2012, se calcula contar con un mínimo de 600 pacientes ingresados en cada una de las unidades de cuidados intensivos incluidas en el estudio, de los cuales se realizará la encuesta a un familiar o cuidador principal.

Dentro de la población diana, se encuentra la población de estudio que es el subconjunto de pacientes que satisfacen los *criterios de selección* y que son accesibles para llevar a cabo el estudio. Dichos criterios de selección se subdividen en criterios de inclusión o elegibilidad y criterios de exclusión; y quedan detallados a continuación.

Criterios de inclusión que deben cumplir los familiares de los pacientes ingresados en UCI:

- a) Desempeñar el papel de cuidador principal; siendo familiar o allegado.
- b) Acceder a participar voluntariamente en el estudio.
- c) Ser mayor de edad.
- d) No padecer déficits cognitivos.
- e) Pacientes que estén ingresados en la unidad más de 24 horas.

Quedarán excluidos los pacientes que carezcan de familiares o allegados que vayan a visitarle, aquellos que han expresado formalmente su deseo de que la familia no sea informada y los que no hablen castellano.

En cuanto al personal de enfermería, como criterios de inclusión, se escogerán a aquellos que estén trabajando durante el periodo del estudio y con una experiencia en la UCI de dos años o más.

Para estimar el número de participantes necesarios y que este estudio sea representativo de la población, se realiza el cálculo del tamaño muestral.

La hipótesis a contrastar en este caso, es bilateral. Partimos de los datos expuestos anteriormente sobre los ingresos del año 2012. Considerando un nivel de confianza del 95%, siendo desconocida la proporción de personas de la población que perciben las necesidades evaluadas en el estudio ($p=0,50$) y determinando una precisión de $\pm 10\%$, se estima que el tamaño de la muestra para este estudio debería ser de 96 familiares.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 p(1-p)}{i^2} = 96,04$$

$$\begin{aligned} Z_{\alpha} &= 1,96 \\ p &= 0,50 \\ i &: 0,1 \end{aligned}$$

Atendiendo a las posibles pérdidas que podamos tener durante el periodo de estudio, y para que este no pierda la representatividad de la muestra, calcularemos el tamaño muestral ajustado a las pérdidas. Para ello, estimamos un

porcentaje de pérdidas del 20%, con lo que el tamaño muestral necesario sería de 120 participantes. De estos 120 familiares, 60 serán incluidos en el grupo experimental y 60 en el grupo control.

$$N_a = n \left(\frac{1}{1-R} \right) = 120$$

$$n = 96$$

$$R = 0,2$$

El tipo de muestreo escogido para el estudio por sus características, será un muestreo no probabilístico consecutivo; en el que se reclutarán todos los individuos de la población accesible que cumplan con los criterios de selección durante los meses fijados para la puesta en marcha del plan de cuidados y recogida de diagnósticos, hasta alcanzar el número de participantes que componen el tamaño muestral.

La asignación aleatoria a los grupos de estudio, se realizará de la siguiente manera:

- Nos pondremos en contacto con el personal de enfermería de UCI. Cuando el enfermero de turno observe a un participante que cumpla con los criterios de selección, será incluido en el estudio.
- Según se vayan incluyendo los participantes al estudio, se asignarán aleatoriamente, conforme su llegada a la unidad, en el grupo experimental o en el grupo control; de tal forma que ambos grupos tengan el mismo número de individuos.
- A cada grupo le corresponde una tarjeta de diferente color: el experimental tiene el color rojo y el de control tiene el azul. De tal manera que dicha

tarjeta será incluida en la historia del paciente para que el personal de enfermería responsable sepa en todo momento a qué familiares debe aplicar el plan de cuidados realizado, y los pasos a seguir según las pautas del estudio.

5.3.2. INSTRUMENTOS

Para la realización del estudio se hará uso de tres instrumentos, detallados a continuación:

a) Plan de cuidados

Tras la realización de la búsqueda bibliográfica, no se encontró ningún protocolo actual sobre el que trabajen las enfermeras de la unidad para solventar las necesidades, que sin duda, existentes de la mayoría de los familiares o cuidadores principales de los pacientes ingresados en UCI. Por esta razón, se creyó conveniente realizar, en primer lugar, un plan de cuidados en el que se han seleccionado 59 diagnósticos de los recogidos por la NANDA³³ (véase Anexo I).

El proceso enfermero es una teoría sobre cómo las enfermeras organizan los cuidados de las personas, familias y comunidades. Con la clasificación formal de los diagnósticos enfermeros, basados en investigaciones y reconocidos por la *Nor American Nursing Diagnosis Associaton Internacional (NANDA Internacional)*, se aceptó que las enfermeras eran diagnosticadoras y que usaban el razonamiento diagnóstico en colaboración con los pacientes con el fin de guiar las intervenciones enfermeras para que la persona alcance resultados positivos. En

este proceso diagnóstico las personas, que son el foco de los cuidados enfermeros, deben estar implicadas en el proceso, ya que el objetivo de los cuidados enfermeros es que la persona alcance su bienestar y mejoría.

En base a estos diagnósticos, se han establecido una serie de resultados u objetivos (NOC)³⁴ e intervenciones (NIC)³⁵ para llevar a cabo y alcanzar dicho fin. El diseño de este plan de cuidados tiene el objetivo de estandarizar el trabajo de enfermería de la unidad y dar a la familia de los pacientes la importancia que se merece, haciéndoles partícipes de la evolución clínica.

b) Hoja de recogida de diagnósticos

Se trata de una hoja que se adjunta junto con el plan de cuidados, y que se incluirá en la historia del paciente, donde el enfermero detallará los diagnósticos percibidos a nivel personal, así como los objetivos e intervenciones que llevará a cabo en adelante, hasta que el paciente sea dado de alta. (Véase Anexo II). La cumplimentación de esta hoja nos servirá para observar cuáles son las necesidades más frecuentes que sufren los familiares en UCI y para comprobar que realmente se están efectuando los cuidados en base a unas pautas.

c) Cuestionario de satisfacción

Se ha elaborado un cuestionario a partir del FS-ICU 24©³⁶ traducido al español, ya validado, y modificado en función de las características que se quieren analizar (véase Anexo III).

En una revisión sistemática realizada por Olano M y Vivar CG³⁷, sobre los instrumentos para valorar las necesidades de los familiares ingresados en cuidados intensivos, se destacan cinco cuestionarios; a saber: CCF-NI (*Critical Care Family Needs Inventory*), FS-ICU (*Family Satisfaction in the Intensive Care Unit*), SCCMFNA (*Society of Critical Care Medicine's Family Needs Assessment*), Family Satisfaction Survey y CCFSS (*Critical Care Family Satisfaction Survey*). Precisamente he escogido el cuestionario FS-ICU porque está recomendada su utilización para valorar las necesidades detectadas tras haber introducido intervenciones, en este caso el plan de cuidados, y comparar si realmente ha mejorado la satisfacción de las familias en base a otros estudios que utilicen dicha encuesta.

El FS-ICU fue diseñado por Heyland y Tranmer³⁸ en 2001, con el objetivo de desarrollar una herramienta para medir el nivel de satisfacción de miembros de familias relacionado con el cuidado recibido por ellos y por su familiar críticamente enfermo. El marco teórico sobre el que está diseñado es el de la satisfacción del paciente, la calidad del cuidado al final de la vida, investigaciones sobre necesidades de familiares de pacientes críticos y la literatura sobre la satisfacción e insatisfacción del familiar con la toma de decisiones. Valora necesidades como la información, el confort, la toma de decisiones, el cuidado del paciente, las cualidades del profesional y la satisfacción general con la atención. El modo de cumplimentarlo es autoadministrado y se rellenará de forma individual, por un único familiar. La puntuación obtenida dará como resultado el grado de satisfacción del familiar.

El estudio de Wall RJ et al³⁹, cuyo objetivo era validar este instrumento como método para evaluar la satisfacción, demostró que este cuestionario tiene buena validez frente a otros indicadores de calidad de la UCI.

Posteriormente, en el año 2006, se elaboró la versión modificada y validada de 24 ítems, el FS-ICU (24)⁴⁰, en colaboración con investigadores del Harborview Medical Center (Seattle, Washington). Este es el cuestionario que he elegido para el trabajo de investigación. Dicha versión ha sido utilizada por autores como, por ejemplo: Stricker et al⁴¹, en un estudio multicéntrico sobre unidades de cuidados intensivos suizos, llamado Family Satisfaction in the intensive care unit: what makes the difference?; y por Henrich et al⁴², en el estudio *Qualitative análisis o fan intensive care unit family satisfaction survey*, que realizó en 29 unidades de cuidados intensivos de Canadá, con el que proporcionó una mejor comprensión de la satisfacción o insatisfacción de los miembros de la familia de pacientes ingresados en estas unidades.

A partir de este cuestionario de 24 ítems y de acuerdo con el objetivo del estudio, se eliminó una pregunta del cuestionario original referida a los médicos y algunas sobre la valoración de la sala de espera, y se añadieron otras atendiendo al plan de cuidados llevado a cabo. De tal modo que dicho cuestionario consta de 25 ítems referidos a la satisfacción del familiar la Unidad de Cuidados Intensivos. Se pueden diferenciar dos partes. La primera se centra en la satisfacción con el cuidado y consta de 15 ítems. La segunda parte valora la satisfacción con la toma de decisiones y consta de 10 ítems. Los primeros 24 ítems del cuestionario tienen

opción de respuesta continua (escala *Likert-5*), con un último valor (6) en el que el participante puede responder *no aplicable*; y la última pregunta tiene opción de respuesta discontinua.

Las escalas que mide son:

La primera parte, satisfacción con el cuidado, incluye:

- Satisfacción con el trato al familiar (paciente): se valora con cuatro ítems: preocupación y cuidado del personal de UCI, dolor, disnea y agitación; mediante escala *Likert-5* y opción de respuesta (6) *no aplicable*.
- Satisfacción con el trato al familiar (participante): se valora con cinco ítems: consideración de sus necesidades, apoyo emocional, integración en el cuidado, coordinación del cuidado y preocupación y cuidado del personal de UCI. Se miden con escala *Likert-5* y opción de respuesta (6) *no aplicable*.
- Satisfacción con el personal de enfermería: se valora con dos ítems: la habilidad y competencia de las enfermeras de UCI, y la frecuencia de comunicación que mantiene el familiar con las enfermeras. Se miden con escala *Likert-5* y opción de respuesta (6) *no aplicable*.
- Satisfacción con la unidad de cuidados intensivos: se valora en función de tres ítems: el ambiente en UCI, la protección a la intimidad y la cantidad de cuidados de enfermería. Se miden con escala *Likert-5* y opción de respuesta (6) *no aplicable*.

La segunda parte, satisfacción con la toma de decisiones, incluye:

- Necesidad de información: valorado en función de 6 ítems: frecuencia en la comunicación con las enfermeras, facilidad para conseguir la información, comprensión de la información, grado de honestidad, exhaustividad y consistencia de la información. Se miden con escala *Likert-5* y opción de respuesta (6) *no aplicable*.
- Satisfacción con el proceso de toma de decisiones: valorado con cuatro ítems. Los tres primeros son: sentimiento de exclusión en la toma de decisiones, sentimiento de apoyo y sentimiento de toma de control sobre el cuidado del paciente; Se miden con escala *Likert-5* y opción de respuesta (6) *no aplicable*. El último ítem: percepción del tiempo para plantear preocupación y preguntas tiene opción de respuesta discontinua con dos posibilidades.

En la encuesta se va a obtener una puntuación total (FS-Total) y dos subpuntuaciones, que corresponden a las dos partes principales en que se puede dividir: el FS-Cuidados y el FS-TD. Una vez calculadas las medias de FS-Total, FS-Cuidados y FS-TD, la puntuación se transforma a una escala de 0-100%, donde 0 es lo “menos satisfecho posible” y 100 es lo “más satisfecho posible”.

Para ser considerada válida, deben estar cumplimentados, como mínimo, el 70% de los ítems.

5.3.3. MEDICIÓN DE VARIABLES

Se analizan las siguientes variables de estudio:

- FACTOR A ESTUDIO:
 - ⇒ **Plan de cuidados.** Variable cualitativa independiente. Aplicabilidad del plan de cuidados al familiar durante el ingreso. Medido con escala nominal, dicotómica: Sí/No.

- VARIABLE DE RESPUESTA:
 - ⇒ **Satisfacción.** Variable cuantitativa dependiente. Grado de satisfacción del familiar con respecto al personal de enfermería de la UCI y la paliación de sus propias necesidades durante el ingreso del paciente. Variable discreta, medida mediante escala de intervalo: resultado de la suma de los puntos de 25 ítems, en los que se utiliza escala *Likert*: (1)Excelente, (2)Muy bien, (3)Bien, (4)Suficiente, (5)Mal, además de la opción (6)No aplicable; y opción de respuesta discontinua.

- VARIABLES QUE PERMITEN MEDIR LAS VARIABLES DE RESPUESTA:
 - ⇒ **Satisfacción del familiar con el cuidado prestado en el servicio por el personal de enfermería.** Variable cuantitativa dependiente. Grado de satisfacción de familiar con el cuidado prestado por el servicio de enfermería tras aplicar el plan de cuidados durante el ingreso, valorado a través de la puntuación obtenida a través de 15 ítems. Variable discreta, medida mediante escala de intervalo *Likert*: (1)Excelente,

(2)Muy bien, (3)Bien, (4)Suficiente, (5)Mal, además de la opción (6)No aplicable.

⇒ **Satisfacción de la familia con la toma de decisiones en el cuidado del paciente crítico.** Variable cuantitativa dependiente. Grado de satisfacción del familiar con la toma de decisiones para el cuidado del paciente durante el ingreso, valorado a través de la puntuación obtenida a través de 10 ítems. Variable discreta, medida mediante escala de intervalo *Likert*: (1)Excelente, (2)Muy bien, (3)Bien, (4)Suficiente, (5)Mal, además de la opción (6)No aplicable; y opción de respuesta discontinua.

▪ **APLICABILIDAD DEL PROTOCOLO: INCLUSIÓN:**

⇒ **Cuidador principal.** Variable cualitativa independiente. El acompañante del paciente crítico (familiar o allegado), desempeña el rol de cuidador principal. Medido con escala nominal, dicotómica: Sí/No.

⇒ **Participación en el estudio.** Variable cualitativa independiente. El familiar y/o cuidador principal aceptan participar voluntariamente en el estudio. Medido con escala nominal, dicotómica: Sí/No.

⇒ **Déficits cognitivos.** Variable cualitativa independiente. El familiar y/o cuidador principal padece algún tipo de déficit cognitivo. Medido con escala nominal, dicotómica: Sí/No.

⇒ **Tiempo de ingreso.** Variable cuantitativa discreta independiente. Número de días completos en los que el paciente crítico permanece ingresado en la unidad de UCI. Medido mediante escala de razón.

- ⇒ **Experiencia de la enfermera.** Variable cuantitativa discreta independiente. Número de años completos que lleva trabajando la enfermera responsable del paciente crítico en una unidad de UCI. Medido mediante escala de razón.

- **APLICABILIDAD DEL PROTOCOLO: EXCLUSIÓN:**
 - ⇒ **Visitas.** Variable cualitativa independiente. El familiar o allegado que desempeña el rol de cuidador principal, va con regularidad a visitar al paciente crítico a la unidad de UCI durante el periodo de ingreso. Medido con escala nominal, dicotómica: Sí/No.
 - ⇒ **Información.** Variable cualitativa independiente. El familiar del paciente ingresado en la unidad es informado de su situación clínica, siempre que la voluntad del paciente no sea la contraria. Medido con escala nominal, dicotómica: Sí/No.
 - ⇒ **Idioma.** Variable cualitativa independiente. El familiar y/o cuidador principal sabe hablar, leer y escribir perfectamente en castellano, independientemente de su lengua original. Medido con escala nominal, dicotómica: Sí/No.

- **VARIABLES UNIVERSALES:**
 - ⇒ **Sexo.** Variable cualitativa independiente. Sexo fenotípico según caracteres secundarios. Medido con escala nominal, dicotómica: Hombre/Mujer.

- ⇒ **Edad.** Variable cuantitativa independiente; también incluida como variable de aplicabilidad del protocolo. Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de recogida de información del familiar. Medido mediante escala discreta en años completos.

- **OTRAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE INTERÉS:**
 - ⇒ **Parentesco.** Variable cualitativa independiente. Unión o vínculo que existe entre el familiar y/o cuidador principal y el paciente crítico. Medido con escala nominal, politómica: esposa / esposo / pareja / madre / padre / hermana / hermano / hija / hijo.
 - ⇒ **Ingresos anteriores.** Variable cualitativa independiente. El cuidador principal ha vivido anteriormente la experiencia de tener a un familiar en la UCI. Medido con escala nominal, dicotómica: Sí/No.
 - ⇒ **Vive con el paciente.** Variable cualitativa independiente. El familiar comparte domicilio con el paciente. Medido con escala nominal, dicotómica: Sí/No.
 - ⇒ **Relación con el paciente.** Variable cualitativa independiente. Frecuencia con la que el familiar ve y tiene contacto con el paciente. Medido con escala nominal, polítomica: una vez por semana / más de una vez por semana / una vez al mes / menos de una vez al año / una vez al año.
 - ⇒ **Domicilio.** Variable cualitativa independiente. Distancia del domicilio donde reside habitualmente el familiar con respecto al hospital donde

está ingresado el paciente. Medido con escala nomina, dicotómica: en la ciudad donde está el hospital / fuera de la ciudad.

⇒ **Situación laboral.** Variable cualitativa independiente. Ocupación laboral en la que se encuentra el familiar durante el periodo de ingreso del paciente. Medido con escala nominal, politómica: trabaja fuera de casa / ama de casa / otros (estudiante, jubilado, parado).

5.3.4. PROCEDIMIENTO

Se contactará con las supervisoras de las dos Unidades de Cuidados Intensivos incluidas en el estudio y con la gerencia del hospital para valorar la factibilidad del proyecto.

El personal de enfermería de estas unidades será instruido para la correcta puesta en marcha del plan de cuidados, al inicio del estudio; y sólo aquellos que cumplan los criterios de selección serán los que cumplimenten la recogida de datos sobre las necesidades de los familiares. Será el mismo personal de enfermería de la unidad quien se encargue de repartir el cuestionario de satisfacción a los familiares que cumplan los criterios de inclusión y exclusión en el momento del alta del paciente (bien a otra unidad, a su domicilio, o en caso de exitus).

La recogida de datos se realizará en dos partes:

- El primer paso tendrá lugar entre los meses de julio de 2013 hasta mayo de 2014. Consistirá en llevar a la práctica el plan de cuidados por parte del personal de enfermería, con los familiares y/o cuidadores principales correspondientes en cada caso.

El familiar del paciente ingresado que cumpla con los criterios de selección, será informado por el personal de enfermería del objetivo del estudio que se está llevando a cabo, de la importancia de su colaboración al cumplimentar el cuestionario, y se deberá insistir en la confidencialidad de datos para procurar la mayor sinceridad por su parte. Para ello, además de lo expuesto, deberá entregar al familiar el consentimiento informado, de forma que quede constancia de su voluntad de participar en el estudio (véase Anexo IV).

Una vez que firmen el consentimiento de forma voluntaria, y mediante el método aleatorio, se incluirá en uno de los grupos: el experimental o el de control; conforme al orden de entrada en la unidad. De tal forma que al grupo experimental le será aplicado el plan de cuidados estandarizado por parte de enfermería y al grupo control se le tratará como es habitual en la planta sin contar con un protocolo.

El procedimiento de trabajo con el grupo experimental se llevará a cabo de la siguiente manera: tras una pequeña entrevista con los familiares del paciente y en el día a día, el personal de enfermería irá observando cuáles son las necesidades de dichos familiares. Tras lo cual, y con ayuda del plan de cuidados presentado al inicio del estudio, las enfermeras intentarán paliar esas necesidades, implicando a los familiares en el proceso de evolución del paciente crítico. Dicho protocolo quedará implantado como cualquier otro, de manera que se utilice con todos los

familiares del grupo experimental, por igual. Sin embargo, la hoja de recogida de diagnósticos sólo deberá ser rellenada por el personal que cumpla los criterios de selección, con los familiares a los que se aplica el plan de cuidados. Este documento formará parte de la historia del paciente y se irá rellenando conforme el personal de enfermería detecta los diagnósticos, establece los objetivos y lleva a la práctica las intervenciones que considere.

Agradeceremos cualquier comentario por parte de los enfermeros sobre la mejora del protocolo o nuevas ideas que fomenten el cuidado de los familiares, que podrán detallar en la hoja adjunta al plan.

Para asegurarnos de que el trabajo se está realizando de manera correcta, nos pasaremos por las unidades una vez por semana, y en ese momento aprovecharemos para recoger las hojas cumplimentadas hasta el momento sobre los diagnósticos detectados. Además, contaremos para esta tarea de revisión, con la ayuda de las supervisoras del servicio.

- El segundo paso y una vez que el paciente es dado de alta de la UCI, el enfermero que en ese momento se encuentre trabajando, deberá entregar el cuestionario diseñado al familiar y/o cuidador principal, para conocer su satisfacción sobre los cuidados recibidos durante el ingreso en la unidad. Una de las medidas tomadas para procurar la imparcialidad de las respuestas del cuestionario, es que se trata de un estudio con ciego simple. De tal manera que los familiares no serán informados del plan de cuidados, ni del grupo al que pertenecen; sólo serán conscientes de que forman parte de un estudio que mide el grado de satisfacción con el cuidado prestado por el personal de enfermería de

la unidad. Dejaremos varias copias de los cuestionarios en ambos servicios de UCI. Para aumentar la comodidad del familiar, serán entregados junto con un sobre prefranqueado, para que nos llegue directamente a los responsables del estudio. Le indicaremos que una vez rellena la encuesta, nos la haga llegar con la mayor brevedad posible.

Los meses de mayo a julio de 2014 serán dedicados para el análisis de los datos recogidos y el planteamiento de las conclusiones del estudio.

5.3.5. ANÁLISIS DE DATOS

En este apartado del estudio y para llevar a cabo la estadística descriptiva, tendremos la ayuda de un colaborador experto en la materia. Para el almacenamiento y estudio de los datos obtenidos en los cuestionarios de recogida de datos individualizados, se elaborará una base de datos utilizando el paquete estadístico SPSS versión 15.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*, 2006)⁴³. Utilizaremos este programa para el control de calidad de los datos y la realización de los cálculos estadísticos posteriores.

El análisis estadístico se hará describiendo las variables que caracterizan la muestra (ver apartado 3.3.3) mediante los procedimientos de estadística descriptiva habitual. Para las variables independientes, cualitativas y cuantitativas, se calcularán frecuencias absolutas y relativas (%) y medidas de centralización y dispersión (media y desviación estándar); además, se realizarán las tablas y

representaciones gráficas adecuadas para cada tipo de variable. El análisis de las variables de la encuesta de satisfacción (dependientes) se realizará según el método validado de puntuación y recodificación de variables de la encuesta FS-ICU(24). Como se señaló en el apartado “Instrumento”, de la encuesta se obtendrán una puntuación total (FS-Total) y dos subpuntuaciones (FS-Cuidados y el FS-TD). Una vez calculadas las medias de FS-Total, de FS-Cuidados y FS-TD, la puntuación se transforma a una escala de 0-100%, donde 0 es lo “menos satisfecho posible” y 100 es lo “más satisfecho posible”. Para contrastar si existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre las puntuaciones anteriormente explicadas y la pertenencia al grupo experimental o de control, se realizará la prueba t de *Student*; y, para controlar el efecto de las variables confusoras o modificadoras del efecto se llevarán a cabo regresiones lineales múltiples en las que las variables dependientes serán las puntuaciones FS-Total, FS-Cuidados y FS-TD y como covariables el resto de variables independientes que figuran en esta memoria.

5.4. PLAN DE TRABAJO

Actividades/Tareas	Centro Ejecutor	Persona responsable y otras involucradas	Primer año	Segundo año
1ª fase: Búsqueda bibliográfica y elaboración del protocolo de cuidados. / Aceptación del estudio.	Universidad de Oviedo	S. Elías	X X X X	
2ª fase: Establecimiento de contacto con los servicios de UCI incluidos en el estudio y presentación del protocolo.	Universidad de Oviedo + UCI I y II del HUCA	S. Elías + supervisoras del servicio	X	
3ª fase: Captación de los participantes y puesta en marcha del protocolo de cuidados. Cumplimentación de la hoja de recogida de diagnósticos.	Univ. Oviedo + UCI I y II del HUCA	S. Elías + supervisoras + personal de Enfermería de UCI	X X X X X X	X X X
4ª fase: Valoración de la satisfacción de los participantes utilizando el cuestionario FS-ICU, modificado.	Univ. Oviedo + UCI I y II del HUCA	S. Elías + personal de Enfermería de UCI	X X X X X X	X X X
5ª fase: Análisis y procesamiento de los datos obtenidos en las fases previas	Univ. Oviedo	S. Elías + estadístico		X X
6ª fase: Integración de los resultados e Informe Final.	Univ. Oviedo	S. Elías		X X

6. DISCUSIÓN

Al finalizar el estudio estaremos en disposición de clarificar el grado de satisfacción de los familiares ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos del HUCA. Esto debería servir para hacer una reflexión crítica de si los cuidados enfermeros son los adecuados y para introducir mejoras de cara a próximos pacientes. Se intenta dar la importancia que se merece a este tipo de usuarios, muchas veces olvidados por parte del personal sanitario, cuyo bienestar también va a ser factor influyente en la recuperación del paciente ingresado.

Satisfacción y necesidades son dos conceptos relacionados. Sin embargo, la satisfacción familiar con el cuidado del paciente crítico, no se mide con las mismas herramientas que revelan cuáles son las necesidades de estos familiares. Por eso, el cuestionario elegido en este estudio, recoge varios ítems que analizan diversos factores asociados a las necesidades más comunes sufridas por los familiares de UCI, dando a conocer como resultado el grado de satisfacción general.

Algunos de los estudios realizados, han dado a conocer que para mejorar la satisfacción general en este ámbito, los esfuerzos deben encaminarse hacia la mejora de la comunicación con los familiares y la mejora de la interacción del personal sanitario con los pacientes y sus familias^{38,44,45}. De igual manera, estos estudios han demostrado que los cuidados de enfermería contribuyen de manera importante en la satisfacción general de los familiares con el cuidado del paciente.

6.1. ERRORES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Error aleatorio: ocurre por trabajar con una muestra de individuos y no con la población entera; y por tanto, por el hecho de hacer inferencias a la población a partir de esa única muestra. Este error se minimiza aumentando el tamaño muestral y de esta manera aumentaremos también la precisión del estudio.
- No se ha encontrado en nuestro país un instrumento validado que evalúe la satisfacción de la familia en la UCI. Por eso, se ha escogido la traducción al español del cuestionario FS-ICU(24), que como se puntualizó en el apartado “Instrumento”, es una herramienta ya validada y fiable para la valoración de nuestro objetivo.
- Las preguntas del cuestionario exigen respuestas rígidas; lo que podría ser solventado con la inclusión de alguna pregunta abierta. Y, por otro lado, tampoco valora todas las necesidades que pueden padecer los familiares; sólo valora algunas. Esto es consecuencia de escoger un cuestionario ya validado que, lógicamente, no recoge todas las características específicas del plan de cuidados.
- Los participantes, al ser informados del objetivo del estudio y tener que rellenar el cuestionario de satisfacción, pueden variar su opinión. Puede que los familiares tengan miedo a expresar su opinión si ésta fuera negativa. Para disminuir esta posibilidad, no se recoge el nombre y los apellidos del paciente, ni del familiar, en el cuestionario.

- En el caso de los pacientes que fallecen en la unidad, se considera que puede verse aumentado el número participantes que no responden al cuestionario por la situación en que se encuentran cuando se les entrega.

6.2. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Durante la ejecución de este estudio se asegura que se respetarán los principios de la ética en la investigación.

La información transmitida, cumple los requisitos contemplados en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica y la protección de datos de carácter personal que se detallan a continuación:

- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal⁴⁶; mediante la cual se garantiza y protege, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas, especialmente de su honor e intimidad personal y familiar.
- Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁴⁷. Esta ley tiene como objetivo la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.

- Ley 14/2007 de investigación biomédica⁴⁸. Conforme a esta ley se asegura el respeto a la dignidad e identidad humanas y a los derechos inherentes a la persona.

Por todo ello, y para que quede constancia del cumplimiento de todas estas consideraciones éticas, se entregará a aquellas personas susceptibles de participar en el proyecto, un consentimiento informado previo a su inclusión en el estudio.

6.3. UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS EN RELACIÓN CON LA SALUD

- La introducción de un primer plan de cuidados dirigido a los familiares de pacientes ingresados en UCI supone un punto de partida para aumentar el nivel de cuidados a estas personas que se ven envueltas en situaciones difíciles e involucrarles en el proceso de evolución clínica de su familiar.
- Este proyecto da pie a nuevas investigaciones que evalúen el impacto del protocolo y se estandaricen los planes de cuidados.
- La correcta identificación de las necesidades de familiares permitirá personalizar los cuidados prestados; lo que aumentará el grado de satisfacción de los usuarios, la seguridad en un medio desconocido y disminuirá los niveles de

ansiedad característicos de estos procesos. Todo ello, tendrá influencia directa en el bienestar del propio paciente.

- Un adecuado protocolo que planifique la atención a los familiares supondrá también una mayor eficacia en la gestión de recursos; sumamente importante en tiempos de crisis. El apoyo en la toma de decisiones respecto a un paciente que se encuentra en estado crítico, ayuda a acercarse a la realidad y no alargar el sufrimiento en casos irreversibles (como ocurre en algunos casos). Esto lleva implícito una disminución de costes y de demanda asistencial.

- El abordaje de las necesidades de los familiares de pacientes ingresados, además de aumentar su satisfacción y la propia del profesional, aumenta la confianza en el equipo sanitario y promueve la participación de la familia en la toma de decisiones.

6.4. PERSPECTIVAS FUTURAS

Una vez obtenidos los resultados del proyecto, se deberá hacer una comparación con otros estudios de similares características en cuanto a la medición de la satisfacción de familiares y observar la validez científica de nuestro trabajo.

En cuanto a la relevancia sociosanitaria, también deberemos comparar resultados para objetivar si el plan de cuidados introducido realmente es efectivo y mejora la salud tanto de los pacientes como de sus familiares.

Si estos resultados son positivos y relevantes, el siguiente paso sería elaborar un plan de difusión. Así, se planteará la idea de divulgar la nueva intervención del estudio a otros hospitales de diferentes comunidades españolas y producir avances en el ámbito de los cuidados enfermeros. En este caso, deberían realizarse cada cierto tiempo estudios de validez estandarizados, para comprobar la buena calidad de los cuidados enfermeros. Si el plan de cuidados se lleva a la práctica de forma correcta y los trabajadores de UCI se encargan de actualizarlo, conseguiremos protocolizar las intervenciones dirigidas hacia este tipo de usuarios que también requieren de atención por parte del personal sanitario y que sufren junto al paciente la evolución clínica durante el ingreso.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-
- 1 Zaforteza C, Gastaldo D, Sánchez-Cuencía P, E. de Pedro J, Lastra P. Relación entre enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos y familias: Indicios para el cambio. Nure investigación. 2004; (3). Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original3.pdf
 - 2 Pallares Marti A. El mundo de las unidades de cuidados intensivos: La última frontera [tesis doctoral]. Universitat Rovira I Virgili; 2003.
 - 3 Burgos Naranjo RM^a, Cano Peregrina M^aA, García Córdoba C, Lage López A, López Pelegrí M. Visitas de familiares a paciente ingresados en la Unidad de Cuidados Coronarios: Opinión de todos los implicados. Enferm en Cardiología. 2000; (20): 30-41.
 - 4 American Psychiatric Association (2000). DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson.
 - 5 Santana Cabrera L, Sánchez Palacios M, Hernández Medina E, García Martul M, Eugenio Robaina P, Villanueva Ortiz A. Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del personal. Med Intensiva. 2007; 31(6): 273-80.
 - 6 Kentish-Barnes N, V Lemiale, M Chaize, F pato de mar, Azoulay E. Assessing burden in families of critical care patients. Crit Care Med. 2009 Oct; 37(10 Suppl): S448-56. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20046134>
 - 7 Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. Heart Lung. 1979; 8 (2): 332-9. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/253712>

8 Pérez Fernández MC, Najarro Infante FR, Dulce García MA, Gallardo Jiménez N, Fernández Fernández A. Comunicación: una necesidad para el Paciente – Familia. Una competencia de Enfermería. *Páginas enferug.com* [revista en Internet]. 2009 Sept [acceso 16 de enero de 2013]; 1(3): 15-20. Disponible en:

<http://www.paginasenferug.com/revistas/paginasenferugn03.pdf#page=15>

9 Alfonso Pérez DP, Fernández Vázquez M, García Navarro S, Contreras Pereira I, Cumbreñas Díaz EM, Martín Sánchez B et al. Información Enfermera: Satisfacción de los familiares de pacientes en cuidados críticos. *Biblioteca Lascasas*. 2007; 3(1). Disponible en:

<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0215.pdf>

10 Santana Cabrera L., Ramírez Rodríguez A., García Martul M., Sánchez Palacios M., Martín González J.C., Hernández Medina E. Encuesta de satisfacción a los familiares de pacientes críticos. *Med. Intensiva*. 2007; 31(2): 57-61.

11 Vargas-Mendoza JE, Aguilar-García EL. Niveles de estrés en los familiares de los pacientes atendidos en la unidad de cuidados intensivos de un hospital general. *Centro Regional de Investigación en Psicología*. 2011; 1(5): 35-40.

12 Pérez Cárdenas MD, Rodríguez Gómez M, Fernández Herranz AI, Catalán González M, Montejo González JC. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Med. Intensiva*. 2004; 28(5): 237-49.

13 Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias. Programa de formación Medicina Intensiva (R. DTO. 127/84). Disponible en:

http://www.semicyuc.org/sites/default/files/programa_oficial_de_la_especialidad_de_medicina_intensiva.pdf

14 Carrillo-Esper R. La educación en la unidad de cuidados intensivos. *CirC*. 2011; 79: 92-99.

15 Irwin RS, Rippe JM. *Medicina intensiva*. 5ª ed. Madrid: Marbán libros, S.L.; 2006.

16 Ministerio de Sanidad y Política Social. *Unidad de Cuidados Intensivos: Estándares y recomendaciones*. Informes, estudios e investigación 2010. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>

17 Junta Directiva de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronaria (SEMICYUC). *Medicina Intensiva en España*. *Med. Intensiva* [revista en Internet]. 2011 [acceso 17 de abril de 2013]; 35(2): 92-101. Disponible en: <http://medintensiva.elsevier.es/es/medicina-intensiva-espana/articulo/S0210569111000040/>

18 Cabré Pericas LI, Abizanda Campos R, Baigorri González F, Blanch Torra L, Campos Romero JM, Iribarren Diarasarri S, et al. Código de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). *Med. Intensiva* [revista en Internet]. 2006 (acceso 17 de abril de 2013). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000200005&lng=es.

19 España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de abril de 1986, núm. 102, páginas 15207-15224.

20 España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y

documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, 15 de noviembre de 2002, núm. 274, páginas 40126-40132.

21 España. Ley 8/2003 de 8 de abril, ley sobre los derechos y deberes de las personas en relación con la salud. Boletín Oficial del Estado, 30 de abril de 2003, núm. 103, páginas 16650-16659.

22 Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería.

23 Hinkle JL, Fitzpatrick E, Oskrochi GR. Identifying the perception of needs of family members visiting and nurses working in the intensive care unit. *J Neurosci Nurs.* 2009; 41(2): 85-91. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19361124>

24 Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duijnstee M, Grypdonck M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *J Clin Nurs.* 2005; 14 (4): 501-9. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15807758>

25 Abizanda R. Sobre las necesidades reales de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional. *Med Intensiva* 2007; 31(6): 271-2.

26 Llamas Sánchez F, Flores-Cordón J, Acosta-Mosquera ME, González-Vázquez J, Albar-Marín MJ, Macías-Rodríguez C. Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos. *Enferm Intensiva.* 2009; 20(2): 50-7.

27 Pérez Cárdenas MD, Rodríguez Gómez M, Fernández Herranz AI, Catalán González M, Montejo González JC. Valoración del grado de satisfacción de los

familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*. 2004; 28(5):237-49.

28 Díaz Sánchez A, Díaz Sánchez N. Ampliando horizontes: Una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes críticos. *Nure investigation*. 2004; (10) : 1-19. Disponible en:

http://www.nureinvestigacion.es/originales_obj.cfm?id_original=76&ID_ORIGINAL_INI=1

29 Zaforteza Lallemand C, de Pedro Gómez JE, Gastaldo D, Lastra Cubil P, Sánchez-Cuenca López P. ¿Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico? *Enferm Intensiva*. 2003; 14(3):109-119.

30 Navarro Arnedo JM. Revisión de los estudios sobre los profesionales de enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos de España. *Enfermería Global*. 2012; (26): 267-89. [ISSN 1965-6141].

31 Marco Landa L, Bermejillo Eguía I, Garayalde Fernández de Pinedo N, Sarrate Adot I, Margall Coscojuela MA, Asiain Erro MC. Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras. *Enferm Intensiva*. 2000; 11(3):107-17.

32 Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias. Indicadores de calidad en el enfermo crítico, Actualización 2011. Disponible en: <http://www.semicyuc.org/temas/calidad/indicadores-de-calidad>

33 Heather Herdman T, Heath C, Lunney M, Scroggins L, Vasallo B, editores. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011*. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2010.

34 Morread S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. Clasificación de Resultado de Enfermería (NOC). 4a ed. Barcelona: Elsevier España, SL; 2009.

35 Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier España, SL; 2009.

36 López Chacón MA, Piñol Pérez Rejón M, Merino Cabrera E, Taurá Rodríguez G, Quispe Hoxasb LC, Manzanedo Sánchez D, et al. Efecto de un protocolo de acogida familiar en una unidad de cuidados. Nursing. 2011; 29 (8): 52-65.

37 Olano M, Vivar CG. Instrumentos para la valoración de las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en cuidados intensivos: una revisión sistemática. An. Sist. Sanit. Navar. 2012; 35(1): 53-67.

38 Heyland DK, Tranmer J. Measuring family satisfaction with care in the intensive care unit: the development of a questionnaire and preliminary results. Journal of Crit Care. 2001; 16: 142-9

39 Wall RJ, Engelberg RA, Downey L, Heyland DK, Curtis JR. Refinement, scoring and validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) survey. Crit Care Medicine. 2007; 35(1): 271-9

40 Canadian Researchers at the End of Life Network (CareNet). Disponible en: http://www.thecarenet.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=135&Itemid=91

41 Stricker KH, Kimberger O, Schmidlin K, Zwahlen M, Mohr U, Rothen HU. Family Satisfaction in the intensive care unit: what makes the difference? Intensive Care Med. 2009; 35(12): 2051-59. Disponible en:

http://icmjournal.esicm.org/journals/abstract.html?v=35&j=134&i=12&a=1611_10.1007_s00134-009-1611-4&doi=

42 Henrich NJ, Doded P, Heyland D, Cook D, Rocker G, Jutsogiannis D, et al. Qualitative analysis of an intensive care unit family satisfaction survey. Crit Care Med. 2011 May; 39(5): 1000-5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21283004>

43 Statistical Package for the Social Sciences. (2006). SPSS Base 15.0 User's Guide. Chicago, IL: SPSS Inc.

44 Wall RJ, Randall JC, Cooke CR, Engelberg RA. Family satisfaction in the ICU. Differences between families of survivors and non-survivors. Chest. 2007; 132: 1425-33

45 Heyland DK, Rocker GM, Dodek PM, Kutsogiannis DJ, Konopad E, Cook DJ, et al. Family satisfaction with care in the intensive care unit: Results of a multicenter study. Crit Care Med. 2002; 30: 1413-8.

46 Ley de Protección de Datos de Carácter Personal. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 298, (14 de diciembre de 1999).

47 Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15 de noviembre de 2002).

48 Ley de investigación biomédica. Ley 14/2007, de 3 de julio. Boletín Oficial del Estado, nº 159, (4 de julio de 2007).

ANEXO I

Plan de Cuidados
para los familiares
de pacientes ingresados
en UCI

ÍNDICE del Plan de Cuidados para los familiares de pacientes ingresados en UCI

DIAGNÓSTICOS NANDA, NOC, NIC	57
DOMINIO 1: <u>Promoción de la salud</u>	57
➤ <u>Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar (00080)</u>	57
➤ <u>Deterioro del mantenimiento del hogar (00098)</u>	58
➤ <u>Mantenimiento ineficaz de la salud (00099)</u>	59
DOMINIO 2: <u>Nutrición</u>	60
DOMINIO 3: <u>Eliminación e intercambio</u>	60
DOMINIO 4: <u>Actividad/reposo</u>	60
➤ <u>Insomnio (00095)</u>	60
➤ <u>Trastorno del patrón del sueño (00198)</u>	61
➤ <u>Déficit de actividades recreativas (00097)</u>	62
➤ <u>Intolerancia a la actividad (00092)</u>	63
➤ <u>Disposición para mejorar el autocuidado (00182)</u>	64
DOMINIO 5: <u>Percepción/cognición</u>	65
➤ <u>Conocimientos deficientes (00126)</u>	65
➤ <u>Disposición para mejorar los conocimientos (00161)</u>	66
➤ <u>Planificación ineficaz de las actividades (00199)</u>	67
➤ <u>Disposición para mejorar la toma de decisiones (00184)</u>	68
➤ <u>Deterioro de la comunicación verbal (00051)</u>	69
➤ <u>Disposición para mejorar la comunicación (00157)</u>	70
DOMINIO 6: <u>Autopercepción</u>	71
➤ <u>Desesperanza (00124)</u>	71
➤ <u>Riesgo de compromiso de la dignidad humana (00174)</u>	72
➤ <u>Trastorno de la identidad personal (00121)</u>	73
➤ <u>Impotencia (00125)</u>	74
➤ <u>Riesgo de impotencia (00152)</u>	75
➤ <u>Disposición para mejorar el poder (00187)</u>	76
➤ <u>Riesgo de soledad (00054)</u>	77
➤ <u>Baja autoestima situacional (00120)</u>	78
➤ <u>Riesgo de baja autoestima situacional (00153)</u>	79
DOMINIO 7: <u>Rol/relaciones</u>	80
➤ <u>Cansancio del rol de cuidador (00061)</u>	80
➤ <u>Riesgo de cansancio del rol de cuidador (00062)</u>	81
➤ <u>Procesos familiares disfuncionales (00063)</u>	83
➤ <u>Disposición para mejorar los procesos familiares (00159)</u>	84
➤ <u>Interrupción de los procesos familiares (00060)</u>	85
➤ <u>Conflicto del rol parenteral (00064)</u>	86
➤ <u>Desempeño ineficaz del rol (00055)</u>	87
➤ <u>Deterioro de la interacción social (00052)</u>	89
➤ <u>Disposición para mejorar las relaciones (00207)</u>	90
DOMINIO 8: <u>Sexualidad</u>	91
DOMINIO 9: <u>Afrontamiento/tolerancia al estrés</u>	91
➤ <u>Síndrome postraumático (00141)</u>	91
➤ <u>Riesgo de síndrome postraumático (00145)</u>	92
➤ <u>Aflicción crónica (00137)</u>	93

➤ <u>Afrontamiento defensivo (00071)</u>	95
➤ <u>Disposición para mejorar el afrontamiento (00158)</u>	95
➤ <u>Afrontamiento familiar comprometido (00074)</u>	96
➤ <u>Afrontamiento familiar incapacitante (00073)</u>	97
➤ <u>Disposición para mejorar el afrontamiento familiar (00075)</u>	99
➤ <u>Afrontamiento ineficaz (00069)</u>	100
➤ <u>Ansiedad (00146)</u>	100
➤ <u>Ansiedad ante la muerte (00147)</u>	102
➤ <u>Deterioro de la capacidad de recuperación personal (00210)</u>	103
➤ <u>Disposición para mejorar la capacidad de recuperación personal (00212)</u>	104
➤ <u>Riesgo de compromiso de la capacidad de recuperación personal (00211)</u> ...	104
➤ <u>Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188)</u>	105
➤ <u>Duelo (00136)</u>	107
➤ <u>Estrés por sobrecarga (00177)</u>	108
➤ <u>Negación ineficaz (00072)</u>	109
➤ <u>Temor (00148)</u>	115
DOMINIO 10: <u>Principios vitales</u>	116
➤ <u>Disposición para mejorar la esperanza (00185)</u>	116
➤ <u>Conflicto de decisiones (00083)</u>	117
➤ <u>Incumplimiento (00079)</u>	116
➤ <u>Sufrimiento moral (00175)</u>	116
DOMINIO 11: <u>Seguridad/protección</u>	117
DOMINIO 12: <u>Confort</u>	117
➤ <u>Disposición para mejorar el confort (00183)</u>	117
➤ <u>Disconfort (00214)</u>	118
➤ <u>Aislamiento social (00053)</u>	119
DOMINIO 13: <u>Crecimiento/desarrollo</u>	120

En este plan de cuidados se recogen 59 diagnósticos seleccionados de la NANDA con sus correspondientes objetivos (NOC)² e intervenciones (NIC)³, por su adecuación con el fin de identificar las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en UCI y estandarizar los cuidados enfermeros. Los diagnósticos están organizados alfabéticamente dentro de su dominio para facilitar su búsqueda. En este proceso diagnóstico, las personas que son el foco de los cuidados enfermeros deben estar implicadas en el proceso, ya que el objetivo de los cuidados enfermeros es que la persona alcance su bienestar y mejoría.

Si el profesional de enfermería encuentra, durante el proceso de ejecución del plan, algún diagnóstico, objetivo o intervención que no se encuentre en el protocolo, se ruega que lo detalle en la hoja adjunta para la recogida de datos del protocolo. También agradeceremos cualquier comentario o idea que nos ayude a mejorar el cuidado de los familiares de pacientes ingresados en UCI.

Le rogamos que una vez cumplimentada la hoja de recogida de datos de los diagnósticos, se la entreguen a la supervisora del servicio, quien nos la hará llegar cuando realicemos las visitas por la planta.

Tenga en cuenta que nuestro objetivo es siempre la mejora del cuidado enfermero y que los familiares de los pacientes también forman parte de este duro proceso.

Muchas gracias por su colaboración.

DIAGNÓSTICOS NANDA, NOC, NIC

DOMINIO 1: Promoción de la salud

➤ **Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar (00080)**

Patrón de regulación e integración en los procesos familiares de un programa para el tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.

Factores relacionados:

- Complejidad del sistema de cuidados de la salud.
- Complejidad del régimen terapéutico.
- Conflicto de decisiones.
- Conflicto familiar.
- Demandas excesivas.

NOC:

- Afrontamiento de los problemas familiares (2600)
- Afrontamiento de problemas (1302)
- Conocimiento: procedimiento terapéutico (1814)
- Normalización de la familia (2604)
- Toma de decisiones (0906)

NIC:

- Acuerdo con el paciente (4420)
- Apoyo a la familia (7140)
- Apoyo en toma de decisiones (5250)
- Asesoramiento (5240)

- Aumentar el afrontamiento (5230)
- Establecimiento del objetivos comunes (4410)
- Fomentar la normalización de la familia (7200)
- Mediación de conflictos (5020)
- Mejorar el acceso a la información sanitaria (5515)

➤ **Deterioro del mantenimiento del hogar (00098)**

Incapacidad para mantener independientemente un entorno inmediato seguro que promueva el crecimiento.

Factores relacionados:

- Falta de conocimientos.
- Organización familiar insuficiente
- Sistemas de soporte inadecuados.
- Falta de modelo del rol.

NOC:

- Alteración del estilo de vida del cuidador principal (2203)
- Ambiente seguro del hogar (1910)
- Clima social de la familia (2601)
- Estado de salud de la familia (2606)
- Funcionamiento de la familia (2602)
- Integridad de la familia (2603)
- Resistencia familiar (2608)

NIC:

- Apoyo a la familia (7140)
- Apoyo al cuidador principal (7040)

- Asistencia en el mantenimiento del hogar (7180)
- Estimulación de la integridad de la familia (7100)
- Facilitar la presencia de la familia (7170)
- Fomentar la implicación de la familia (7110)
- Manejo ambiental: preparación del hogar (6485)
- Mantenimiento de los procesos familiares (7130)
- Terapia familiar (7150)

➤ **Mantenimiento ineficaz de la salud (00099)**

Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud.

Factores relacionados:

- Duelo complicado.
- Habilidades para la comunicación deficientes.
- Afrontamiento familiar ineficaz.
- Afrontamiento individual ineficaz.
- Recursos insuficientes.

NOC:

- Autogestión de los cuidados (1613)
- Apoyo familiar durante el tratamiento (174)
- Comunicación (0902)
- Conducta de búsqueda de la salud (1603)
- Conducta de fomento de la salud (1602)
- Conocimiento: fomento de la salud (1823)
- Creencias sobre la salud (1700)
- Detección del riesgo (1908)

NIC:

- Acuerdo con el paciente (4420)
- Asesoramiento (5240)
- Ayuda al autocuidado (1800)
- Educación sanitaria (5510)
- Establecimiento de objetivos comunes (4410)
- Facilitar el aprendizaje (5520)
- Identificación de riesgos (6610)
- Mejorar el acceso a la información sanitaria (5515)

DOMINIO 2: Nutrición

No se han encontrado diagnósticos relevantes hacia el cuidador principal o familia.

DOMINIO 3: Eliminación e intercambio

No se han encontrado diagnósticos relevantes hacia el cuidador principal o familia.

DOMINIO 4: Actividad/reposo

➤ **Insomnio (00095)**

Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

Factores relacionados:

- Ansiedad.
- Depresión.
- Temor.
- Duelo.
- Responsabilidades parenterales.
- Estrés.

NOC:

- Descanso (0003)
- Energía psicomotora (0006)
- Estado de salud personal (2006)
- Salud física del cuidador principal (2507)
- Sueño (0004)

NIC:

- Administración de medicación (2300)
- Disminución de la ansiedad (5820)
- Educación sanitaria (5510)
- Manejo de la energía (0180)
- Mejorar el sueño (1850)
- Técnica de relajación (5880)

➤ **Trastorno del patrón del sueño (00198)**

Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.

Factores relacionados:

- Responsabilidades como cuidador.

NOC:

- Bienestar del cuidador principal (2508)
- Calidad de vida (2000)
- Descanso (0003)
- Estado de salud personal (2006)
- Sueño (0004)

NIC:

- Apoyo emocional (5270)
- Disminución de la ansiedad (5820)
- Educación sanitaria (5510)
- Manejo de la energía (0180)
- Mejorar el sueño (1850)
- Técnica de relajación (5880)

➤ **Déficit de actividades recreativas (00097)**

Disminución de la estimulación (o interés o participación) en actividades recreativas o de ocio.

NOC:

- Estado de comodidad: sociocultural (2012)
- Habilidades de interacción social (1502)
- Implicación social (1503)
- Motivación (1209)
- Participación en actividades de ocio (1604)

NIC:

- Aumentar los sistemas de apoyo (5440)
- Enseñanza: individual (5606)
- Entrenamiento de la asertividad (4340)
- Fomento del ejercicio (0200)
- Modificación de la conducta: habilidades sociales (4362)
- Potenciación de la autoestima (5400)
- Terapia de entretenimiento (5360)

➤ **Intolerancia a la actividad (00092)**

Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

NOC:

- Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD) (0300)
- Estado de comodidad (2008)
- Motivación (1209)
- Tolerancia a la actividad (0005)

NIC:

- Aumentar los sistemas de apoyo (5440)
- Ayuda al autocuidado (1800)
- Enseñanza: individual (5606)
- Fomento del ejercicio (0200)
- Modificación de la conducta: habilidades sociales (4362)
- Potenciación de la autoestima (5400)
- Terapia de entretenimiento (5360)

➤ **Disposición para mejorar el autocuidado (00182)**

Patrón de realización de actividades por parte de la persona que le ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.

NOC:

- Autogestión de los cuidados (1613)
- Autonomía personal (1614)
- Conducta de búsqueda de la salud (1603)
- Conducta de fomento de la salud (1602)
- Ejecución del rol (1501)
- Orientación sobre la salud (1705)

NIC:

- Apoyo al cuidador principal (7040)
- Ayuda al autocuidado (1800)
- Educación sanitaria (5510)
- Enseñanza: individual (5606)
- Facilitar el aprendizaje (5520)
- Facilitar la autorresponsabilidad (4480)
- Guías del sistema sanitario (7400)

DOMINIO 5: Percepción/cognición

➤ **Conocimientos deficientes (00126)**

Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

Factores relacionados:

- Mala interpretación de la información.
- Falta de exposición.
- Falta de interés por el aprendizaje.
- Poca familiaridad con los recursos para obtener la información.

NOC:

- Comunicación: receptiva (0904)
- Conocimiento: conducta sanitaria (1805)
- Conocimiento: cuidados de la enfermedad (1824)
- Conocimiento: procedimiento terapéutico (1814)
- Conocimiento: proceso de la enfermedad (1803)
- Conocimiento: régimen terapéutico (1813)

NIC:

- Apoyo en toma de decisiones (5250)
- Contacto terapéutico (5465)
- Educación sanitaria (5510)
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento (5618)
- Enseñanza: proceso de la enfermedad (5602)

- Escucha activa (4920)
- Facilitar el aprendizaje (5520)
- Potenciación de la disposición de aprendizaje (5540)

➤ **Disposición para mejorar los conocimientos (00161)**

La presencia o adquisición de información cognitiva sobre un tema específico es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y puede ser reforzada.

NOC:

- Comunicación (0902)
- Comunicación: receptiva (0904)
- Conocimiento: fomento de la salud (1602)
- Conocimiento: conducta sanitaria (1805)

NIC:

- Apoyo en toma de decisiones (5250)
- Contacto terapéutico (5465)
- Educación sanitaria (5510)
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento (5618)
- Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)
- Escucha activa (4920)

➤ **Planificación ineficaz de las actividades (00199)**

Incapacidad para prepararse para un conjunto de acciones fijadas en el tiempo y bajo ciertas condiciones.

Factores relacionados:

- Compromiso de la habilidad para procesar la información.
- Conducta defensiva de huida cuando se enfrenta con una propuesta de solución.
- Falta de soporte familiar.
- Percepción no realista de los acontecimientos.

NOC:

- Adaptación del cuidador principal al ingreso del paciente en un centro sanitario (2200)
- Apoyo familiar durante el tratamiento (2609)
- Conocimiento: cuidados en la enfermedad (1824)
- Creencias sobre la salud: capacidad percibida para actuar (1701)
- Creencias sobre la salud: percepción de recursos (1703)
- Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria (1606)
- Toma de decisiones (0906)

NIC:

- Apoyo en toma de decisiones (5250)
- Asesoramiento (5240)
- Aumentar los sistemas de apoyo (5440)

- Declarar la verdad al paciente (5470)
- Educación sanitaria (5510)
- Enseñanza: proceso de la enfermedad (5602)
- Establecimiento de objetivos comunes (4410)
- Facilitar la autorresponsabilidad (4480)
- Mejorar el acceso a la información sanitaria (5515)

➤ **Disposición para mejorar la toma de decisiones (00184)**

Patrón de elección del rumbo de las acciones que es suficiente para alcanzar los objetivos a corto y largo plazo relacionados con la salud y que puede ser reforzado.

NOC:

- Apoyo familiar durante el tratamiento (2609)
- Creencias sobre la salud: capacidad percibida para actuar (1701)
- Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional (2605)
- Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria (1606)

NIC:

- Apoyo en toma de decisiones (5250)
- Asesoramiento (5240)
- Aumentar los sistemas de apoyo (5440)
- Educación sanitaria (5510)
- Establecimiento de objetivos comunes (4410)
- Facilitar la autorresponsabilidad (4480)
- Mejorar el acceso a la información sanitaria (5515)

➤ **Deterioro de la comunicación verbal (00051)**

Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.

Factores relacionados:

- Falta de información.
- Barreras psicológicas.
- Barreras emocionales.
- Estrés.
- Barreras físicas.
- Diferencias culturales.

NOC:

- Comunicación (0902)
- Comunicación: expresiva (0903)
- Comunicación: receptiva (0904)
- Elaboración de la información (0907)
- Satisfacción paciente/usuario: comunicación (3002)

NIC:

- Contacto (5460)
- Declarar la verdad al paciente (5470)
- Disminución de la ansiedad (5820)
- Entrenamiento de la asertividad (4340)
- Escucha activa (4920)
- Facilitar la expresión del sentimiento de culpa (3300)
- Mejorar el acceso a la información sanitaria (5515)
- Mejorar la comunicación: déficit auditivo (4974)
- Mejorar la comunicación: déficit del habla (4976)

- Mejorar la comunicación: déficit visual (4978)
- Protección de los derechos del paciente (7460)

➤ **Disposición para mejorar la comunicación (00157)**

Patrón de intercambio de información e ideas con otros que es suficiente para satisfacer las necesidades y objetivos vitales de la persona y que puede ser reforzado.

NOC:

- Comunicación (0902)
- Comunicación: expresiva (0903)
- Comunicación: receptiva (0904)
- Elaboración de la información (0907)
- Satisfacción paciente/usuario: comunicación (3002)
- Satisfacción paciente/usuario: protección de sus derechos (3008)

NIC:

- Contacto (5460)
- Declarar la verdad al paciente (5470)
- Disminución de la ansiedad (5820)
- Entrenamiento de la asertividad (4340)
- Escucha activa (4920)
- Facilitar la expresión del sentimiento de culpa (3300)
- Mejorar el acceso a la información sanitaria (5515)
- Mejorar la comunicación: déficit auditivo (4974)
- Mejorar la comunicación: déficit del habla (4976)

- Mejorar la comunicación: déficit visual (4978)
- Protección de los derechos del paciente (7460)

DOMINIO 6: Autopercepción

➤ **Desesperanza (00124)**

Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales, y es incapaz de movilizar la energía en su propio provecho.

Factores relacionados:

- Estrés de larga duración.
- Pérdida de fe en los valores trascendentales.
- Prolongada restricción de la actividad que crea aislamiento.

NOC:

- Autoestima (1205)
- Conductas de seguridad personal (1911)
- Creencias sobre la salud: percepción de control (1702)
- Esperanza (1201)
- Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria (1606)
- Resistencia del papel de cuidador (2210)
- Resistencia familiar (2608)

NIC:

- Apoyo a la familia (7140)

- Apoyo al cuidador principal (7040)
- Apoyo emocional (5270)
- Aumentar el afrontamiento (5230)
- Dar esperanza (5310)
- Disminución de la ansiedad (5820)
- Fomentar la implicación familiar (7110)
- Grupo de apoyo (5430)
- Humor (5320)

➤ **Riesgo de compromiso de la dignidad humana (00174)**

Riesgo de percepción de pérdida del respeto y el honor.

Factores relacionados:

- Participación inadecuada en la toma de decisiones.
- Percepción de invasión de la intimidad.
- Percepción de tratamiento deshumanizador.
- Uso de términos médicos indefinidos.
- Percepción de intrusión por parte de los profesionales.

NOC:

- Autoestima (1205)
- Conductas de seguridad personal (1911)
- Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria (1606)
- Satisfacción del paciente/usuario: asistencia funcional (3005)
- Satisfacción del paciente/usuario: comunicación (3002)

- Satisfacción del paciente/usuario: cuidado psicológico (3009)
- Satisfacción del paciente/usuario: seguridad (3010)

NIC:

- Apoyo emocional (5270)
- Aumentar los sistemas de apoyo (5440)
- Fomentar el acercamiento (6710)
- Grupo de apoyo (5430)
- Identificación de riesgos (6610)
- Mejora de la autoconfianza (5395)
- Mejorar el acceso a la información sanitaria (5515)
- Potenciación de la autoestima (5400)
- Potenciación de la seguridad (5380)
- Protección de los derechos del paciente (7460)

➤ **Trastorno de la identidad personal (00121)**

Incapacidad para mantener una percepción completa e integrada del yo.

Factores relacionados:

- Procesos familiares disfuncionales.
- Baja autoestima.
- Discriminación o prejuicio.

NOC:

- Afrontamiento de problemas (1302)
- Autocontrol del pensamiento distorsionado (1403)
- Autoestima (1205)
- Detección del riesgo (1908)

- Identidad (1202)
- Integridad de la familia (2603)
- Salud emocional del cuidador principal (2506)

NIC:

- Apoyo emocional (5270)
- Aumentar el afrontamiento (5230)
- Declarar la verdad al paciente (5470)
- Entrenamiento para controlar los impulsos (4370)
- Escucha activa (4920)
- Estimulación de la integridad familiar (7100)
- Fomentar la normalización familiar (7200)
- Mejora de la autoconfianza (5395)
- Potenciación de la autoestima (5400)
- Potenciación de la conciencia de sí mismo (5390)

➤ **Impotencia (00125)**

Percepción de que las propias acciones no variarán significativamente el resultado; percepción de falta de control sobre la situación o un acontecimiento inmediato.

Factores relacionados:

- Tratamiento relacionado con una enfermedad.
- Interacción interpersonal.
- Estilo de vida desvalido.

NOC:

- Autocontrol del pensamiento distorsionado (1403)

- Ejecución del rol (1501)
- Motivación (1209)
- Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria (1606)
- Relación entre el cuidador principal y el paciente (2204)
- Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos (2205)
- Rendimiento del cuidador principal: cuidados indirectos (2206)

NIC:

- Apoyo emocional (5270)
- Apoyo en toma de decisiones (5250)
- Aumentar los sistemas de apoyo (5440)
- Clarificación de valores (5480)
- Dar esperanza (5310)
- Disminución de la ansiedad (5820)
- Escucha activa (4920)
- Grupo de apoyo (5430)
- Modificación de la conducta: habilidades sociales (4362)
- Potenciación de la autoestima (5400)
- Potenciación de la conciencia de sí mismo (5390)

➤ **Riesgo de impotencia (00152)**

Riesgo de percibir falta de control sobre la situación y/o sobre la propia capacidad para influir en el resultado de forma significativa.

NOC:

- Ejecución del rol (1501)

- Motivación (1209)
- Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria (1606)
- Relación entre el cuidador principal y el paciente (2204)
- Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos (2205)
- Rendimiento del cuidador principal: cuidados indirectos (2206)

NIC:

- Apoyo emocional (5270)
- Apoyo en toma de decisiones (5250)
- Aumentar los sistemas de apoyo (5440)
- Clarificación de valores (5480)
- Dar esperanza (5310)
- Disminución de la ansiedad (5820)
- Escucha activa (4920)
- Grupo de apoyo (5430)
- Modificación de la conducta: habilidades sociales (4362)
- Potenciación de la autoestima (5400)
- Potenciación de la conciencia de sí mismo (5390)

➤ **Disposición para mejorar el poder (00187)**

Patrón de participación informada (basada en el conocimiento) en el cambio que es suficiente para alcanzar el bienestar y que puede ser reforzado.

NOC:

- Aceptación: estado de salud (1300)
- Bienestar del cuidador principal (2508)

- Calidad de vida (2000)
- Capacidad personal de recuperación (1309)
- Satisfacción del paciente/usuario: cuidados (3001)
- Toma de decisiones (0906)

NIC:

- Acuerdo con el paciente (4420)
- Apoyo al cuidador principal (7040)
- Apoyo en toma de decisiones (5250)
- Aumentar el afrontamiento (5230)
- Clarificación de valores (5480)
- Contacto terapéutico (5465)
- Educación sanitaria (5510)
- Establecimiento de objetivos comunes (4410)
- Facilitar la autorresponsabilidad (4480)
- Fomentar la implicación familiar (7110)
- Potenciación de la seguridad (5380)

➤ **Riesgo de soledad (00054)**

Riesgo de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de aumentar el contacto con los demás.

NOC:

- Adaptación del cuidador principal al ingreso del paciente en un centro sanitario (2200)
- Ambiente seguro del hogar (1910)

- Clima social de la familia (2601)
- Relación entre el cuidador principal y el paciente (2204)
- Severidad de la soledad (1203)
- Soporte social (1504)

NIC:

- Apoyo emocional (5270)
- Aumentar los sistemas de apoyo (5440)
- Contacto (5460)
- Facilitar la presencia de la familia (7170)
- Facilitar las visitas (7560)
- Fomentar el acercamiento (6710)
- Fomentar la implicación familiar (7110)
- Grupo de apoyo (5430)
- Modificación de la conducta: habilidades sociales (4362)
- Potenciación de la socialización (5100)

➤ **Baja autoestima situacional (00120)**

Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (especificar).

NOC:

- Afrontamiento de los problemas (1302)
- Apoyo familiar durante el tratamiento (2609)
- Autoestima (1205)
- Equilibrio emocional (1204)

- Motivación (1209)

NIC:

- Apoyo a la familia (7140)
- Apoyo emocional (5370)
- Contacto (5460)
- Control del humor (5330)
- Cuidados de enfermería al ingreso (7310)
- Dar esperanza (5310)
- Fomentar la implicación familiar (7110)
- Mejora de la autoconfianza (5395)
- Modificación de la conducta (4360)
- Potenciación de la autoestima (5400)

➤ **Riesgo de baja autoestima situacional (00153)**

Riesgo de desarrollar una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (especificar).

NOC:

- Afrontamiento de los problemas (1302)
- Apoyo familiar durante el tratamiento (2609)
- Autoestima (1205)
- Motivación (1209)
- Detección del riesgo (1908)
- Satisfacción del paciente/usuario: seguridad (3010)

NIC:

- Apoyo a la familia (7140)
- Apoyo emocional (5270)
- Contacto (5460)
- Dar esperanza (6310)
- Fomentar la implicación familiar (7110)
- Mejora de la autoconfianza (5395)
- Modificación de la conducta (4360)
- Potenciación de la autoestima (5400)

DOMINIO 7: Rol/relaciones

➤ **Cansancio del rol de cuidador (00061)**

Dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia.

Factores relacionados:

- Estado de salud del receptor de los cuidados.
- Estado de salud del cuidador.
- Relaciones cuidador-receptor de los cuidados.
- Actividades del cuidador.
- Procesos familiares.
- Recursos.

NOC:

- Adaptación del cuidador principal al ingreso del paciente en un centro sanitario (2200)
- Afrontamiento de problemas (1302)

- Alteración del estilo de vida del cuidador principal (2203)
- Bienestar del cuidador principal (2508)
- Conducta de cumplimiento (1601)
- Ejecución del rol (1501)
- Factores estresantes del cuidador familiar (2208)
- Integridad de la familia (2603)
- Relación entre el cuidador principal y el paciente (2204)
- Resistencia del papel de cuidador (2210)
- Salud emocional del cuidador principal (2506)

NIC:

- Apoyo al cuidador principal (7040)
- Aumentar el afrontamiento (5230)
- Aumentar los sistemas de apoyo (5440)
- Desarrollo de la situación crítica (7640)
- Estimulación de la integridad familiar (7100)
- Fomentar la implicación familiar (7110)
- Grupo de apoyo (5430)
- Movilización familiar (7120)
- Potenciación de roles (5370)

➤ **Riesgo de cansancio del rol de cuidador (00062)**

El cuidador es vulnerable por percibir dificultad en el desempeño del rol de cuidador familiar.

NOC:

- Adaptación del cuidador principal al ingreso del paciente en un centro sanitario (2200)
- Afrontamiento de problemas (1302)
- Alteración del estilo de vida del cuidador principal (2203)
- Bienestar del cuidador principal (2508)
- Ejecución del rol (1501)
- Factores estresantes del cuidador principal (2208)
- Integridad de la familia (2603)
- Relación entre el cuidador principal y el paciente (2204)
- Resistencia del papel de cuidador (2210)
- Salud emocional del cuidador principal (2506)

NIC:

- Apoyo al cuidador principal (7040)
- Aumentar el afrontamiento (5230)
- Aumentar los sistemas de apoyo (5440)
- Estimulación de la integridad familiar (7100)
- Fomentar la implicación familiar (7110)
- Grupo de apoyo (5430)
- Movilización familiar (7120)
- Potenciación de roles (5370)

➤ **Procesos familiares disfuncionales (00063)**

Las funciones psicosociales, espirituales y fisiológicas de la unidad familiar están crónicamente desorganizadas, lo que conduce a conflictos, negación de los problemas, resistencia al cambio, solución ineficaz de los problemas, y a una serie de crisis que se perpetúan por sí mismas.

Factores relacionados:

- Habilidades de afrontamiento inadecuadas.
- Falta de habilidades para la solución de problemas.

NOC:

- Afrontamiento de los problemas de la familia (2600)
- Apoyo familiar durante el tratamiento (2609)
- Clima social de la familia (2601)
- Ejecución del rol de padres (2211)
- Funcionamiento de la familia (2602)
- Integridad de la familia (2603)
- Nivel de estrés (1212)
- Normalización de la familia (2604)

NIC:

- Apoyo a la familia (7140)
- Asistencia en el mantenimiento del hogar (7180)
- Aumentar el afrontamiento (5230)
- Disminución de la ansiedad (5820)
- Estimulación de la integridad familiar (7100)

- Facilitar la presencia de la familia (7170)
- Fomentar la implicación familiar (7110)
- Fomentar la normalización de la familia (7200)
- Manejo ambiental: proceso de acercamiento (6481)
- Mediación de conflictos (5020)
- Movilización familiar (7120)
- Potenciación de roles (5370)
- Terapia familiar (7150)

➤ **Disposición para mejorar los procesos familiares (00159)**

Patrón de funcionamiento familiar que es suficiente para apoyar el bienestar de los miembros de la familia y puede ser reforzado.

NOC:

- Afrontamiento de los problemas de la familia (2600)
- Apoyo familiar durante el tratamiento (2609)
- Clima social de la familia (2601)
- Ejecución del rol de padres (2211)
- Funcionamiento de la familia (2602)
- Integridad de la familia (2603)
- Normalización de la familia (2604)
- Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional (2605)

NIC:

- Apoyo a la familia (7140)
- Asistencia en el mantenimiento del hogar (7180)

- Aumentar el afrontamiento (5230)
- Disminución de la ansiedad (5820)
- Estimulación de la integridad familiar (7100)
- Facilitar la presencia de la familia (7170)
- Fomentar la implicación familiar (7110)
- Fomentar la normalización de la familia (7200)
- Manejo ambiental: proceso de acercamiento (6481)
- Mantenimiento en procesos familiares (7130)
- Movilización familiar (7120)
- Potenciación de roles (5370)
- Terapia familiar (7150)

➤ **Interrupción de los procesos familiares (00060)**

Cambio en las relaciones o en el funcionamiento familiar.

Factores relacionados:

- Cambio de los roles familiares.
- Modificación en el estado social de la familia.
- Cambio de poder de los miembros de la familia.
- Cambio en el estado de salud de un miembro de la familia.
- Crisis situacional.

NOC:

- Afrontamiento de los problemas de la familia (2600)
- Ambiente seguro del hogar (1910)
- Apoyo familiar durante el tratamiento (2609)

- Ejecución del rol (1501)
- Estado de salud de la familia (2606)
- Funcionamiento de la familia (2602)
- Integridad de la familia (2603)
- Normalización de la familia (2604)

NIC:

- Apoyo a la familia (7140)
- Asistencia en el mantenimiento del hogar (7180)
- Aumentar el afrontamiento (5230)
- Establecimiento de objetivos comunes (4410)
- Fomentar el acercamiento (6710)
- Fomentar la implicación familiar (7110)
- Fomentar la normalización de la familia (7200)
- Grupo de apoyo (5430)
- Movilización familiar (7120)
- Potenciación de roles (5370)
- Terapia familiar (7150)

➤ **Conflicto del rol parenteral (00064)**

Uno de los progenitores experimenta confusión y conflicto del rol en respuesta a una crisis.

Factores relacionados:

- Intimidación con modalidades invasivas (ej.: intubación).
- Intimidación con modalidades restrictivas (ej.: aislamiento).

- Centro de cuidados especializados.

NOC:

- Adaptación del cuidador principal al ingreso del paciente en un centro sanitario (2200)
- Alteración del estilo de vida del cuidador principal (2203)
- Autocontrol de la ansiedad (1402)
- Autocontrol del miedo (1404)
- Ejecución del rol de padres (2211)
- Resistencia familiar (2608)
- Salud emocional del cuidador principal (1507)

NIC:

- Apoyo emocional (5270)
- Aumentar el afrontamiento (5230)
- Aumentar los sistemas de apoyo (5440)
- Disminución de la ansiedad (5820)
- Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)
- Estimulación de la integridad familiar (7100)
- Facilitar la presencia de la familia (7170)
- Mantenimiento de los procesos familiares (7130)
- Mediación de conflictos (5020)
- Potenciación de la autoestima (5400)
- Potenciación de roles (5370)

➤ **Desempeño ineficaz del rol (00055)**

Patrones de conducta y expresión propia que no concuerdan con las normas, expectativas y contexto en el que se encuentra.

Factores relacionados:

- Conocimientos (ej.: falta de modelo de rol, expectativas del rol poco realistas, etc.).
- Fisiológicas (ej.: fatiga, baja autoestima, etc.).
- Sociales (ej.: conflicto, inadecuada socialización del rol, sistema de soporte inadecuado).

NOC:

- Afrontamiento de problemas (1302)
- Bienestar del cuidador principal (2508)
- Ejecución del rol (1501)
- Factores estresantes del cuidador familiar (2208)
- Orientación sobre la salud (1705)
- Relación entre el cuidador principal y el paciente (2204)

NIC:

- Apoyo en toma de decisiones (5250)
- Aumentar el afrontamiento (5230)
- Contacto terapéutico (5465)
- Educación sanitaria (5510)
- Fomentar el acercamiento (6710)
- Fomentar la implicación familiar (7110)

- Grupo de apoyo (5430)
- Modificación de la conducta (4360)
- Potenciación de la autoestima (5400)
- Potenciación de roles (5370)

➤ **Deterioro de la interacción social (00052)**

Cantidad insuficiente o excesiva o cualitativamente ineficaz de intercambio social.

Factores relacionados:

- Barreras de comunicación.
- Barreras ambientales.
- Aislamiento terapéutico.

NOC:

- Clima social de la familia (2601)
- Comunicación (0902)
- Habilidades de interacción social (1502)
- Implicación social (2603)
- Soporte social (1504)

NIC:

- Aumentar los sistemas de apoyo (5440)
- Contacto terapéutico (5465)
- Declarar la verdad al paciente (5470)
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento (5618)
- Escucha activa (4920)
- Establecimiento de objetivos comunes (4410)
- Facilitar las visitas (7560)

- Fomentar la implicación familiar (7110)
- Mejorar el acceso a la información sanitaria (5515)
- Modificación de la conducta: habilidades sociales (4362)
- Potenciación de la autoestima (5400)

➤ **Disposición para mejorar las relaciones (00207)**

Patrón de colaboración que es suficiente para satisfacer las necesidades mutuas y que puede ser reforzado.

NOC:

- Apoyo familiar durante el tratamiento (2609)
- Bienestar personal (2002)
- Clima social de la familia (2601)
- Comunicación: receptiva (0904)
- Habilidades de interacción social (1502)

NIC:

- Aumentar los sistemas de apoyo (5440)
- Contacto terapéutico (5465)
- Escucha activa (4920)
- Establecimiento de objetivos comunes (4410)
- Facilitar las visitas (7560)
- Fomentar la implicación familiar (7110)
- Modificación de la conducta: habilidades sociales (4362)
- Potenciación de la autoestima (5390)

DOMINIO 8: Sexualidad

No se han encontrado diagnósticos relevantes hacia el cuidador principal o familia.

DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

➤ **Síndrome postraumático (00141)**

Persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático, abrumador.

Factores relacionados:

- Lesión grave a personas queridas.
- Accidentes graves.

NOC:

- Capacidad personal de recuperación (1309)
- Conducta de búsqueda de la salud (1603)
- Control de síntomas (1608)
- Modificación psicosocial: cambio de vida (1305)
- Nivel de ansiedad (1211)
- Nivel de depresión (1208)
- Nivel de estrés (1212)
- Severidad del sufrimiento (2003)

NIC:

- Apoyo emocional (5270)

- Asesoramiento (5240)
- Aumentar el afrontamiento (5230)
- Clarificación de valores (5480)
- Dar esperanza (5310)
- Disminución de la ansiedad (5820)
- Entrenamiento para controlar los impulsos (4370)
- Fomentar la implicación familiar (7110)
- Fomentar la resistencia (8340)
- Grupo de apoyo (5430)
- Manejo ambiental: proceso de acercamiento (6481)
- Modificación de la conducta: habilidades sociales (4362)

➤ **Riesgo de síndrome postraumático (00145)**

Riesgo de presentar una respuesta desadaptada sostenida a un acontecimiento traumático o abrumador.

Factores de riesgo:

- Duración del acontecimiento.
- Sentimiento de responsabilidad exagerado.
- Percepción del acontecimiento.
- Falta de apoyo del entorno.

NOC:

- Autocontrol de la ansiedad (1402)
- Autocontrol de la depresión (1409)
- Capacidad personal de recuperación (1309)
- Conducta de búsqueda de la salud (1603)

- Control de síntomas (1608)
- Detección del riesgo (1908)
- Modificación psicosocial: cambio de vida (1305)

NIC:

- Apoyo emocional (5270)
- Asesoramiento (5240)
- Aumentar el afrontamiento (5230)
- Clarificación de valores (5480)
- Dar esperanza (5310)
- Disminución de la ansiedad (5820)
- Fomentar la implicación familiar (7110)
- Fomentar la resistencia (8430)
- Grupo de apoyo (5430)
- Manejo ambiental: proceso de acercamiento (6481)
- Modificación de la conducta: habilidades sociales (4362)

➤ **Aflicción crónica (00137)**

Patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza omnipresente experimentado (por un familiar, cuidador) en respuesta a una pérdida continua, en el curso de una enfermedad o discapacidad.

Factores relacionados:

- Muerte de un ser querido.
- Crisis en el manejo de la enfermedad.

NOC:

- Autocontrol de la depresión (1409)
- Autocontrol del miedo (1404)
- Autoestima (1205)
- Conducta de búsqueda de la salud (1603)
- Deseo de vivir (1206)
- Esperanza (1201)
- Nivel de ansiedad (1211)
- Nivel de malestar (2109)

NIC:

- Apoyo a la familia (7140)
- Aumentar los sistemas de apoyo (5440)
- Clarificación de valores (5480)
- Contacto (5460)
- Dar esperanza (5310)
- Desarrollo de situación crítica (7640)
- Estimulación de la integridad familiar (7100)
- Humor (5320)
- Manejo ambiental: proceso de acercamiento (6481)
- Modificación de la conducta: habilidades sociales (4362)
- Potenciación de la socialización (5100)

➤ **Afrontamiento defensivo (00071)**

Proyección repetida de una autoevaluación falsamente positiva basada en un patrón protector que defiende a la persona de lo que percibe como amenazas subyacentes a su autoimagen positiva.

Factores relacionados:

- Sistema de soporte deficiente.
- Miedo a fallar.
- Miedo a las repercusiones.
- Bajo nivel de confianza en los demás y/o en sí mismo.
- Incertidumbre.

NOC:

- Afrontamiento de problemas (1302)
- Autocontrol del miedo (1404)
- Autocontrol del pensamiento distorsionado (1403)
- Conductas de seguridad personal (1911)
- Equilibrio emocional (1204)
- Modificación psicosocial: cambio de vida (1305)
- Severidad del sufrimiento (2003)

NIC:

- Aumentar el afrontamiento (5230)
- Aumentar los sistemas de apoyo (5440)
- Contacto terapéutico (5465)
- Control del humor (5330)
- Estimulación de la integridad de la familia (7100)
- Fomentar el acercamiento (6710)

- Mejora de la autoconfianza (5395)
- Modificación de la conducta (4360)
- Potenciación de la conciencia de sí mismo (5390)

➤ **Disposición para mejorar el afrontamiento (00158)**

Patrón de esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas que resulta suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.

NOC:

- Afrontamiento de problemas (1302)
- Autoestima (1205)
- Autocontrol del pensamiento distorsionado (1403)
- Conducta de cumplimiento (1601)
- Conductas de seguridad personal (1911)
- Modificación psicosocial: cambio de vida (1305)

NIC:

- Aumentar el afrontamiento (5230)
- Aumentar los sistemas de apoyo (5440)
- Contacto terapéutico (5465)
- Control del humor (5330)
- Estimulación de la integridad de la familia (7100)
- Fomentar el acercamiento (6710)
- Mejora de la autoconfianza (5395)
- Modificación de la conducta (4360)
- Potenciación de la conciencia de sí mismo (5390)

➤ **Afrontamiento familiar comprometido (00074)**

La persona principal que habitualmente brinda soporte proporciona un apoyo, confort, ayuda o estímulo que puede ser necesario para que el cliente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su reto de salud, que es insuficiente, ineficaz o está comprometido.

Factores relacionados:

- Agotamiento de la capacidad de apoyo de las personas significativas.
- Información inadecuada por parte de la persona de referencia.
- Desorganización familiar temporal.
- Preocupación temporal por parte de la persona de referencia.

NOC:

- Afrontamiento de los problemas de la familia (2600)
- Alteración del estilo de vida del cuidador principal (2203)
- Comunicación: receptiva (0904)
- Ejecución del rol (1501)
- Factores estresantes del cuidador familiar (2208)
- Integridad de la familia (2603)
- Resistencia del papel de cuidador (2210)

NIC:

- Apoyo a la familia (7140)
- Aumentar el afrontamiento (5230)

- Aumentar los sistemas de apoyo (5440)
- Contacto terapéutico (5465)
- Escucha activa (4920)
- Establecimiento de objetivos comunes (4410)
- Estimulación de la integridad de la familia (7100)
- Fomentar la implicación familiar (7110)
- Mantenimiento de los procesos familiares (7130)
- Potenciación de roles (5370)
- Terapia familiar (7150)

➤ **Afrontamiento familiar incapacitante (00073)**

Comportamiento de una persona significativa (familiar u otra persona de referencia) que inhabilita sus propias capacidades y las del cliente para abordar de forma eficaz las tareas esenciales para la adaptación de ambos al reto de salud.

Factores relacionados:

- Discrepancia entre los estilos de afrontamiento de la persona significativa y del cliente.
- Relaciones familiares muy ambivalentes.

NOC

- Afrontamiento de los problemas de la familia (2600)
- Apoyo familiar durante el tratamiento (2609)
- Bienestar del cuidador principal (2508)

- Ejecución del rol (1501)
- Funcionamiento de la familia (2602)
- Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional (2605)
- Relación entre el cuidador principal y el paciente (2204)

NIC:

- Apoyo a la familia (7140)
- Apoyo en toma de decisiones (5250)
- Aumentar el afrontamiento (5230)
- Aumentar los sistemas de apoyo (5440)
- Contacto terapéutico (5465)
- Establecimiento de objetivos comunes (4410)
- Estimulación de la integridad de la familia (7100)
- Fomentar la implicación familiar (7110)
- Mantenimiento de los procesos familiares (7130)
- Potenciación de roles (5370)

➤ **Disposición para mejorar el afrontamiento familiar (00075)**

Manejo efectivo de las tareas adaptativas del miembro de la familia implicado en el reto de salud del cliente, que ahora muestra deseos y disponibilidad para mejorar su propia salud y desarrollo y los del cliente.

NOC:

- Afrontamiento de los problemas de la familia (2600)
- Apoyo familiar durante el tratamiento (2609)
- Conducta de búsqueda de la salud (1603)

- Ejecución del rol (1501)
- Funcionamiento de la familia (2602)
- Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional (2605)

NIC:

- Apoyo a la familia (7140)
- Apoyo en toma de decisiones (5250)
- Asesoramiento (5240)
- Contacto terapéutico (5465)
- Educación sanitaria (5510)
- Establecimiento de objetivos comunes (4410)
- Estimulación de la integridad de la familia (7100)
- Mantenimiento de los procesos familiares (7130)
- Potenciación de roles (5370)

➤ **Afrontamiento ineficaz (00069)**

Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.

Factores relacionados:

- | | |
|--|---|
| - Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación. | - Falta de oportunidad de prepararse para el agente estresante. |
| - Inadecuado nivel de percepción de control. | - Crisis situacionales. |
| | - Incertidumbre. |

NOC:

- Afrontamiento de problemas (1302)
- Autonomía personal (1614)
- Conocimiento: recursos sanitarios (1806)
- Motivación (1209)
- Nivel de estrés (1212)
- Toma de decisiones (0906)

NIC:

- Apoyo en toma de decisiones (5250)
- Aumentar el afrontamiento (5230)
- Contacto terapéutico (5465)
- Disminución de la ansiedad (5820)
- Establecimiento de objetivos comunes (4410)
- Facilitar la autorresponsabilidad (4480)
- Fomentar la resistencia (8340)
- Grupo de apoyo (5430)
- Mejorar el acceso a la información sanitaria (5515)
- Modificación de la conducta (4360)
- Potenciación de la autoestima (5400)

➤ **Ansiedad (00146)**

Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro.

Factores relacionados:

- Cambios en el entorno, estado de salud, función del rol, etc.
- Estrés.
- Amenaza de muerte.
- Conflicto inconsciente sobre los objetivos vitales esenciales.

NOC

- Autocontrol de la ansiedad (1402)
- Autocontrol de los impulsos (1405)
- Bienestar personal (2002)
- Comunicación (0902)
- Creencias sobre la salud: percepción de amenaza (1704)
- Nivel de estrés (1212)

NIC:

- Apoyo emocional (5270)
- Aumentar los sistemas de apoyo (5440)
- Control del humor (5330)
- Desarrollo de situación crítica (7640)
- Disminución de la ansiedad (5820)
- Entrenamiento para controlar los impulsos (4370)
- Facilitar la presencia de la familia (7170)
- Fomentar la implicación familiar (7110)
- Mejorar el acceso a la información sanitaria (5515)

➤ **Ansiedad ante la muerte (00147)**

Sensación vaga e intranquilizante de malestar o temor provocada por la percepción de una amenaza real o imaginada a la propia existencia.

Factores relacionados:

- Anticipación de sufrimiento.
- Incertidumbre sobre el pronóstico.
- Percepción de proximidad de la muerte.

NOC

- Autocontrol de la ansiedad (1402)
- Autocontrol del miedo (1404)
- Conocimiento: proceso de la enfermedad (1803)
- Creencias sobre la salud: percepción de la amenaza (1704)
- Equilibrio emocional (1204)
- Muerte confortable (2007)
- Muerte digna (1307)

NIC:

- Apoyo emocional (5270)
- Aumentar los sistemas de apoyo (5440)
- Desarrollo de situación crítica (7640)
- Disminución de la ansiedad (5820)
- Entrenamiento para controlar los impulsos (4370)
- Facilitar el duelo (5290)
- Facilitar la presencia de la familia (7170)

➤ **Deterioro de la capacidad de recuperación personal (00210)**

Reducción de la capacidad para mantener un patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis.

Factores relacionados:

- Factores de vulnerabilidad que incluyen índices que exacerbaban los efectos negativos de la condición de riesgo.

NOC

- Afrontamiento de problemas (1302)
- Capacidad personal de recuperación (1309)
- Conducta de búsqueda de la salud (1603)
- Conocimiento: proceso de la enfermedad (1803)
- Esperanza (1201)
- Recuperación posterior al procedimiento (2303)

NIC:

- Aumentar el afrontamiento (5230)
- Aumentar los sistemas de apoyo (5440)
- Dar esperanza (5310)
- Desarrollo de situación crítica (7640)
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento (5618)
- Fomentar la implicación familiar (7110)
- Fomentar la resistencia (8340)
- Mejorar el acceso a la información sanitaria (5515)
- Potenciación de la autoestima (5400)

➤ **Disposición para mejorar la capacidad de recuperación personal**

(00212)

Patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis que puede reforzarse para optimizar el potencial humano.

NOC

- Afrontamiento de problemas (1302)
- Capacidad personal de recuperación (1309)
- Conducta de búsqueda de la salud (1603)
- Esperanza (1201)
- Recuperación posterior al procedimiento (2303)

NIC:

- Aumentar el afrontamiento (5230)
- Aumentar los sistemas de apoyo (5440)
- Dar esperanza (5310)
- Desarrollo de situación crítica (7640)
- Fomentar la implicación familiar (7110)
- Fomentar la resistencia (8340)
- Mejorar el acceso a la información sanitaria (5515)
- Potenciación de la autoestima (5400)

➤ **Riesgo de compromiso de la capacidad de recuperación personal**

(00211)

Riesgo de reducción de la capacidad para mantener un patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis.

Factores de riesgo:

- Coexistencia de múltiples situaciones adversas.
- Presencia de una nueva crisis adicional.

NOC

- Afrontamiento de problemas (1302)
- Capacidad personal de recuperación (1309)
- Factores estresantes del cuidador familiar (2208)
- Nivel de ansiedad (1211)
- Recuperación posterior al procedimiento (2303)

NIC:

- Aumentar el afrontamiento (5230)
- Aumentar los sistemas de apoyo (5440)
- Desarrollo de situación crítica (7640)
- Disminución de la ansiedad (5820)
- Fomentar la implicación familiar (7110)
- Fomentar la resistencia (8340)
- Mejorar el acceso a la información sanitaria (5515)
- Potenciación de la autoestima (5400)

➤ **Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188)**

Deterioro de la capacidad para modificar el estilo de vida o las conductas de forma que mejore el estado de salud.

Factores relacionados:

- Apoyo social inadecuado.

- Bajo grado de eficacia personal.
- Múltiples agentes estresantes.
- Actitud negativa hacia los cuidados de salud.

NOC

- Apoyo familiar durante el tratamiento (2609)
- Conducta de búsqueda de la salud (1603)
- Conducta de cumplimiento (1601)
- Conductas de seguridad personal (1911)
- Nivel de estrés (1212)
- Orientación sobre la salud (1705)

NIC:

- Apoyo en toma de decisiones (5250)
- Asesoramiento (5240)
- Colaboración con el médico (7710)
- Educación sanitaria (5510)
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento (5618)
- Establecimiento de objetivos comunes (4410)
- Facilitar el aprendizaje (5520)
- Identificación de riesgos (6610)
- Manejo ambiental: seguridad (6486)
- Modificación de la conducta (4360)
- Potenciación de la seguridad (5380)

➤ **Duelo (00136)**

Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.

- Anticipación de la pérdida de una persona significativa.
- Muerte de una persona significativa.

NOC

- Aceptación: estado de salud (1300)
- Autocontrol del miedo (1404)
- Capacidad personal de recuperación (1309)
- Conocimiento: proceso de la enfermedad (1803)
- Creencias sobre la salud: percepción de amenaza (1704)
- Estado de comodidad: psicoespiritual (2011)

NIC:

- Apoyo a la familia (7140)
- Apoyo emocional (5270)
- Contacto terapéutico (5465)
- Enseñanza: proceso de la enfermedad (5602)
- Estimulación de la integridad familiar (7100)
- Facilitar el duelo (5290)
- Fomentar el acercamiento (6710)
- Grupo de apoyo (5430)

- Mantenimiento de los procesos familiares (7130)

➤ **Estrés por sobrecarga (00177)**

Excesiva cantidad y tipo de demandas que requieren acción.

Factores relacionados:

- Recursos inadecuados.
- Coexistencia de múltiples agentes estresantes.
- Agentes estresantes intensos.

NOC

- Alteración del estilo de vida del cuidador principal (2203)
- Conservación de la energía (0002)
- Factores estresantes del cuidador familiar (2208)
- Nivel de estrés (1212)
- Resistencia del papel del cuidador (2210)
- Salud emocional del cuidador principal (2506)

NIC:

- Apoyo al cuidador principal (7040)
- Aumentar los sistemas de apoyo (5440)
- Disminución de la ansiedad (5820)
- Fomentar la implicación familiar (7110)
- Fomentar la resistencia (8340)
- Guías del sistema sanitario (7400)
- Potenciación de roles (5370)
- Técnica de relajación (5880)

➤ **Negación ineficaz (00072)**

Intento consciente o inconsciente de pasar por alto el conocimiento o significado de un acontecimiento, para reducir la ansiedad o el temor, que conduce a un detrimento de la salud.

Factores relacionados:

- Ansiedad.
- Miedo a la muerte.
- Estrés abrumador.
- Amenaza de inadecuación al afrontar emociones intensas.
- Amenaza de una realidad desagradable.

NOC

- Aceptación: estado de salud (1300)
- Comunicación (0902)
- Nivel de ansiedad (1211)
- Nivel de estrés (1212)
- Nivel de miedo (1210)
- Salud emocional del cuidador principal (2506)

NIC:

- Apoyo emocional (5270)
- Asesoramiento (5240)
- Clarificación de valores (5480)
- Contacto terapéutico (5465)
- Disminución de la ansiedad (5820)
- Establecimiento de objetivos comunes (4410)
- Fomentar el acercamiento (6710)
- Grupo de apoyo (5430)
- Mejora de la autoconfianza (5395)
- Mejorar el acceso a la información sanitaria (5515)

➤ **Temor (00148)**

Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

Factores relacionados:

- Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante.
- Falta de familiaridad con la experiencia o experiencias ambientales.

NOC:

- Adaptación del cuidador principal al ingreso del paciente en un centro sanitario (2200)
- Autocontrol del miedo (1404)
- Conducta de fomento de la salud (1823)
- Conocimiento: proceso de la enfermedad (1803)
- Soporte social (1504)

NIC:

- Apoyo emocional (5270)
- Aumentar los sistemas de apoyo (5440)
- Contacto terapéutico (5465)
- Dar esperanza (6310)
- Desarrollo de situación crítica (7640)
- Disminución de la ansiedad (5820)
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento (5618)
- Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)
- Escucha activa (4920)
- Facilitar las visitas (7560)
- Fomentar la implicación familiar (7110)
- Manejo ambiental: proceso de acercamiento (6481)
- Mejorar el acceso a la información sanitaria (5515)

- Potenciación de la autoestima (5400)

DOMINIO 10: Principios vitales

➤ **Disposición para mejorar la esperanza (00185)**

Patrón de expectativas y deseos que es suficiente para movilizar energía en beneficio propio y que puede ser reforzado.

NOC

- Comunicación (0902)
- Conducta de fomento de la salud (1602)
- Esperanza (1201)
- Motivación (1209)
- Soporte social (1504)

NIC:

- Apoyo emocional (5270)
- Contacto terapéutico (5465)
- Dar esperanza (5310)
- Escucha activa (4920)
- Establecimiento de objetivos comunes (4410)
- Facilitar la autorresponsabilidad (4480)
- Fomentar la implicación familiar (7110)
- Mejorar el acceso a la información sanitaria (5515)
- Potenciación de la autoestima (5400)

- Potenciación de la socialización (5100)

➤ **Conflicto de decisiones (00083)**

Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar cuando la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida, o supone un reto para los valores y creencias personales.

Factores relacionados:

- Fuentes de información divergentes.
- Falta de experiencia en la toma de decisiones.
- Interferencia con la toma de decisiones.
- Obligaciones morales que comporta realizar una acción.

NOC

- Comunicación (0902)
- Conocimiento: proceso de la enfermedad (1803)
- Conocimiento: recursos sanitario (1806)
- Nivel de estrés (1212)
- Orientación sobre la salud (1705)
- Toma de decisiones (0906)

NIC:

- Apoyo en toma de decisiones (5250)
- Asesoramiento (5240)
- Declarar la verdad al paciente (5470)
- Disminución de la ansiedad (5820)
- Educación sanitaria (5510)

- Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)
- Establecimiento de objetivos comunes (4410)
- Guías del sistema sanitario (7400)
- Mediación de conflictos (5020)
- Mejorar el acceso a la información sanitaria (5515)
- Protección de los derechos del paciente (7460)

➤ **Incumplimiento (00079)**

Conducta de una persona o un cuidador que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona (familia) y un profesional de la salud; que puede conducir a resultados clínicos parcial o totalmente ineficaces.

Factores relacionados:

- Habilidades de comunicación del proveedor de los cuidados.
- Complejidad, duración del plan de cuidados de la salud.
- Satisfacción con los cuidados.
- Habilidades de desarrollo.

NOC:

- Comunicación (0902)
- Conducta de cumplimiento (1601)
- Orientación sobre la salud (1705)
- Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria (1606)
- Satisfacción del paciente/usuario: cuidados (3001)

NIC:

- Asesoramiento (5240)
- Colaboración con el médico (7710)

- Contacto terapéutico (5465)
- Declarar la verdad al paciente (5470)
- Educación sanitaria (5510)
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento (5618)
- Establecimiento de objetivos comunes (4410)
- Facilitar la autorresponsabilidad (4480)
- Mejorar el acceso a la información sanitaria (5515)
- Potenciación de la disposición de aprendizaje (5540)

➤ **Sufrimiento moral (00175)**

Respuesta a la incapacidad para llevar a cabo las decisiones/acciones éticas/morales elegidas.

Factores relacionados:

- Conflicto entre los que deben tomar la decisión.
- Decisiones sobre el tratamiento.
- La información para guiar la toma de decisiones éticas y morales es contradictoria.

NOC:

- Calidad de vida (2000)
- Comunicación (0902)
- Elaboración de la información (0907)
- Esperanza (1201)
- Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria (1606)
- Severidad del sufrimiento (2003)

NIC:

- Apoyo emocional (5270)
- Apoyo en toma de decisiones (5250)
- Contacto terapéutico (5465)
- Dar esperanza (5310)
- Declarar la verdad al paciente (5470)
- Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)
- Establecimiento de objetivos comunes (4410)
- Facilitar el aprendizaje (5520)
- Facilitar la autorresponsabilidad (4480)
- Fomentar la implicación familiar (7110)
- Mejora de la autoconfianza (5395)
- Mejorar el acceso a la información sanitaria (5515)

DOMINIO 11: Seguridad/protección

No se han encontrado diagnósticos relevantes hacia el cuidador principal o familia.

DOMINIO 12: Confort

➤ **Disposición para mejorar el confort (00183)**

Patrón de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental y social que puede ser reforzado.

NOC

- Bienestar personal (1614)
- Estado de comodidad (2008)
- Satisfacción del paciente/usuario: cuidado psicológico (3009)
- Satisfacción del paciente/usuario: entorno físico (3007)
- Satisfacción del paciente/usuario: protección de sus derechos (3010)

NIC:

- Contacto (5460)
- Cuidados de enfermería al ingreso (2310)
- Facilitar la presencia de la familia (7170)
- Facilitar las visitas (7560)
- Manejo ambiental: confort (6482)
- Manejo ambiental: proceso de acercamiento (6481)
- Mantenimiento de los procesos familiares (7130)

➤ **Discomfort (00214)**

Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental y social.

NOC:

- Bienestar personal (1614)
- Estado de comodidad (2008)
- Estado de comodidad: entorno (2009)
- Estado de comodidad: física (2010)
- Estado de comodidad: psicoespiritual (2011)

- Estado de comodidad: sociocultural (2012)
- Satisfacción del paciente/usuario: protección de sus derechos (3010)

NIC:

- Contacto (5460)
- Contacto terapéutico (5465)
- Cuidados de enfermería al ingreso (7310)
- Facilitar la presencia de la familia (7170)
- Facilitar las visitas (7560)
- Manejo ambiental: confort (6482)
- Manejo ambiental: proceso de acercamiento (6481)
- Manejo ambiental: seguridad (6486)
- Mantenimiento de los procesos familiares (7130)

➤ **Aislamiento social (00053)**

Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

NOC:

- Clima social de la familia (2601)
- Habilidades de interacción social (1502)
- Implicación social (1503)
- Participación en actividades de ocio (1604)
- Severidad de la soledad (1203)
- Soporte social (1504)

NIC:

- Apoyo a la familia (7140)
- Contacto terapéutico (5465)
- Facilitar la presencia de la familia (7170)
- Facilitar las visitas (7560)
- Fomentar el acercamiento (6710)
- Fomentar la implicación familiar (7110)
- Mejorar el acceso a la información sanitaria (5515)
- Modificación de la conducta: habilidades sociales (4362)
- Potenciación de la socialización (5100)
- Potenciación de roles (5370)

DOMINIO 13: Crecimiento/desarrollo

No se han encontrado diagnósticos relevantes hacia el cuidador principal o familia.

ANEXO III

CUESTIONARIO FS-ICU 24

Nº Historia:

Satisfacción Familiar con el Cuidado en la Unidad de Cuidados Intensivos

¿Cómo lo estamos haciendo?

*Sus opiniones acerca del reciente ingreso de su familiar en la Unidad de
Cuidados Intensivos (UCI)*

Su familiar es un paciente de esta UCI. Usted está registrado como el paciente más cercano o cuidador principal. Las siguientes preguntas dirigidas a **USTED** tratan sobre el **más reciente ingreso de su familiar en la UCI**. Entendemos que probablemente había muchos médicos, enfermeras y otros miembros del equipo involucrados en el cuidado de su familiar. Sabemos que pueden existir excepciones, pero a nosotros nos interesa **su valoración en general** de la calidad del cuidado administrado. Entendemos que fue probablemente un momento muy difícil para usted y los miembros de su familia. Agradecemos el tiempo que tome para ofrecernos su opinión. Por favor dedique un momento para contarnos qué hicimos bien y qué podemos hacer para que nuestra UCI mejore. Por favor esté seguro de que todas las respuestas son confidenciales y el cuestionario es anónimo. El personal médico y de enfermería que cuidó de su familiar no tendrá acceso a sus respuestas.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Por favor, complete la siguiente sección para ayudarnos a conocer un poco sobre su relación con el paciente.

1. Sexo: Hombre Mujer
2. Edad: tengo años
3. Soy su:
 Esposa Esposo Pareja
 Madre Padre Hermana
 Hija Hijo Hermano
4. Antes de este reciente ingreso, ¿ha vivido con anterioridad el ingreso de un familiar en una UCI (Unidad de Cuidados Intensivos)? Sí No
5. ¿Vive usted con el paciente? Sí No
Si la respuesta es **No**, ¿con qué frecuencia ve usted al paciente?
 Más de una vez por semana Una vez por semana
 Una vez al mes Una vez al año Menos de una vez al año
6. ¿Dónde vive usted?
 En la ciudad donde está el hospital Fuera de la ciudad
7. ¿Cuál es su situación laboral?
 Trabaja fuera de casa Ama de casa
 Otros (estudiantes, jubilados, parados)
8. ¿Cuántos días ha estado ingresado su familiar? días.

PARTE 1: SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO

Por favor marque la opción que refleje mejor su punto de vista.
Si la pregunta no es aplicable a la estancia de su familiar marque la opción "no aplicable" (N/A).

¿CÓMO TRATAMOS A SU FAMILIAR (EL PACIENTE)?

1. Preocupación y cuidado del personal de UCI:

Cortesía, respeto y solidaridad recibida por su familiar

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No Aplicable

2. Dolor:

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No Aplicable

3. Disnea (falta de aliento):

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No Aplicable

4. Agitación:

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No Aplicable

¿CÓMO FUE EL TRATO CON USTED?

5. Consideración de sus necesidades:

Cómo fue el interés mostrado por sus necesidades por el personal de enfermería de UCI.

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No Aplicable

6. Apoyo emocional:

Cómo fue el apoyo emocional provisto por el personal de enfermería de UCI.

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No Aplicable

7. Integración en el cuidado:

Las enfermeras le integraron en la unidad facilitando su implicación en el cuidado del paciente.

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No Aplicable

8. Coordinación del cuidado:

Trabajo en equipo de todo el personal que cuidó a su familiar.

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No Aplicable

9. Preocupación y cuidado del personal de UCI:

Cortesía, respeto y compasión recibida por usted.

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No Aplicable

PERSONAL DE ENFERMERÍA

10. Habilidad y Competencia de las enfermeras de UCI:

Cómo cuidaron las enfermeras de su familiar:

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No Aplicable

Cómo cuidaron las enfermeras de usted:

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No Aplicable

11. Frecuencia en la comunicación:

Cada cuánto habla con la enfermera sobre el estado de su familiar.

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No Aplicable

12. Calidad de la comunicación:

Nivel de comprensión sobre los cuidados que recibe su familiar, el tratamiento a seguir, el aparataje que le rodea, etc.

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No Aplicable

LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

13.El ambiente en la UCI era:

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No Aplicable

14.Protección de la intimidad:

Las enfermeras le proporcionaron intimidad en su relación con el paciente durante el horario de visitas.

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No Aplicable

15.Algunas personas quieren todo hecho para sus problemas de salud mientras que otras no quieren que mucho sea hecho. Cuál es su satisfacción de acuerdo al nivel o la cantidad de cuidados de enfermería recibidos por su familiar en la UCI.

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No Aplicable

PARTE 2: SATISFACCIÓN DE LA FAMILIA CON LA TOMA DE DECISIONES

EN EL CUIDADO DE PACIENTE CRÍTICOS

INSTRUCCIÓN PARA EL FAMILIAR DEL PACIENTE EN LA UCI

Esta parte del cuestionario está diseñado para medir cómo se siente **USTED** respecto a su implicación en las decisiones relacionadas con el cuidado de su familiar. En la Unidad de Cuidados Intensivos, su familiar puede haber recibido cuidados de diferentes personas. Debido a las características de esta investigación, nos gustaría que cuando contestase a estas preguntas, piense en el cuidado recibido por el personal de enfermería. Gracias.

POR FAVOR ELIJA LA OPCIÓN QUE MEJOR DESCRIBA SUS SENTIMIENTOS

NECESIDAD DE INFORMACIÓN

En todo momento se refiere a la información que puede dar el personal de enfermería conforme a sus competencias.

1. Frecuencia en la comunicación con las enfermeras de UCI:

Cada cuánto habló la enfermera con usted sobre el estado de su familiar.

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No Aplicable

2. Facilidad para conseguir la información:

Voluntad de las enfermeras de UCI para contestar sus preguntas.

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No Aplicable

3. Comprensión de la información:

Explicaciones comprensibles provistas por el personal de enfermería de UCI.

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No Aplicable

4. Información honesta:

Honestidad de la información provista sobre el estado de su familiar.

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No Aplicable

5. Exhaustividad de la información:

Cómo fue la información de las enfermeras de UCI sobre lo que estaba ocurriendo a su familiar y qué acciones se estaban tomando.

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No Aplicable

6. Consistencia de la información:

Consiste en la información recibida sobre el estado de su familiar. ¿Era similar la información recibida por médicos, enfermeras, etc.?

1	2	3	4	5	6
Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No Aplicable

PROCESO DE TOMA DE DECISIONES

Durante la estancia de su familiar en la UCI, decisiones importantes fueron tomadas respecto a los cuidados que él o ella recibió. Por favor, en las siguientes preguntas, elija la respuesta que mejor refleje su punto de vista.

7. ¿Se sintió Usted excluido en el proceso de toma de decisiones?

1. Me sentí muy excluido/a.
2. Me sentí algo excluido/a.
3. No me sentí excluido/a ni incluido/a.
4. Me sentí algo incluido/a.
5. Me sentí muy incluido/a.

8. ¿Se sintió Usted apoyado en el proceso de toma de decisiones?

1. Me sentí totalmente abrumado/a.
2. Me sentí algo abrumado/a.
3. No me sentí abrumado/a ni apoyado/a.
4. Me sentí apoyado/a.
5. Me sentí muy apoyado/a.

9. ¿Sintió Usted que tuvo el control sobre el cuidado de su familiar?

1. Me sentí apartado/a del control y el sistema de salud tomó el control y dictó el cuidado de mi familiar.
2. Me sentí algo apartado/a del control y el sistema de salud tomó el control y dictó el cuidado de mi familiar.

3. No me sentí apartado/a y tampoco sentí tener el control.
4. Sentí que tenía algo de control sobre el cuidado que mi familiar recibió.
5. Sentí que tenía buen control sobre el cuidado que mi familiar recibió.

10. Cuando se tomaban las decisiones, ¿tuvo Usted el tiempo adecuado para plantear sus preocupaciones y que sus preguntas fueran contestadas?

1. Podría haber dedicado más tiempo.
2. Tuve el tiempo adecuado.

11. ¿Tiene alguna/s sugerencia/s sobre cómo mejorar los cuidados enfermeros recibidos en la UCI?

12. ¿Le gustaría comentar algo de lo que hicimos bien?

13. Por favor, añada aquí comentarios o sugerencias que Usted sienta útiles para el personal de enfermería de este servicio.

Nos gustaría darle nuestro agradecimiento por su participación y sus opiniones. Por favor deposite la encuesta completada en el buzón colocado en la sala de espera de la UCI, o bien haga uso del sobre provisto prefranqueado y envíelo por correo con la mayor brevedad posible. Muchas gracias.

ANEXO IV

Hoja Informativa

Estimados señores,

En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del HUCA, nos parece fundamental mejorar la atención que prestamos **a los familiares** de pacientes ingresados.

Para ello, necesitamos conocer su opinión acerca de ciertos aspectos relacionados con el cuidado prestado por parte de enfermería hacia ustedes. Con este objetivo, le agradecemos que rellenen el siguiente **cuestionario** que es **voluntario y anónimo**.

Una vez cumplimentado, le rogamos que nos lo remita en el **sobre adjunto** con la mayor brevedad posible.

No duden en preguntarnos aquello que considere oportuno y reciba nuestro agradecimiento por anticipado.

Unidad de Cuidados Intensivos
Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA)
Oviedo

Consentimiento Informado

Título del proyecto: Participación de enfermería ante las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en UCI.

Investigador principal: Sheila Elías Prior.

Centro: Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

Nº historia del paciente ingresado: _____

1. Declaro que he leído la Hoja de Información al Participante sobre el estudio citado y acepto participar en él.
2. Se me ha entregado una copia de la Hoja de Información al Participante y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio y los posibles beneficios y riesgos del mismo.
3. Se me ha dado tiempo y oportunidad para realizar preguntas. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
4. Sé que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
5. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi tratamiento médico futuro o el de mi familiar.

DOY

NO DOY

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto.

Fecha:

Firma del participante/familiar:

Hago constar que he explicado las características y el objetivo del estudio y sus riesgos y beneficios potenciales a la persona partícipe del estudio.

Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento.

Fecha:

Firma del Investigador o persona que proporciona y la hoja de consentimiento: