

Cómo citar este documento

García Navarro S, Fernández Vázquez M, Cumblera Díaz EM, Morano Torrecusa MJ, Alfonso Pérez D, Contreras Pereira I. Cuidando a la familia en UCI. Biblioteca Lascasas, 2007; 3(2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0248.php>

CUIDANDO A LA FAMILIA EN UCI

Octubre-2006

Autores:

García Navarro, Sonia
Fernández Vázquez, Manuel
Cumblera Díaz, Eva M^a
Morano Torrecusa, M^a José
Alfonso Pérez, Dolores
Contreras Pereira, Isabel

Enfermeras/o de la UCI del Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes históricos

1.2 Justificación

2.- OBJETIVOS

3.- MATERIAL Y MÉTODO

4.- RESULTADOS

4.1 Perfil del cuidador principal

4.2 Valoración de las necesidades de nuestros *cuidadores* según Virginia Henderson

4.3 Diagnósticos enfermeros

4.3.1 Diagnósticos enfermeros más habituales, Criterios de resultados e intervenciones enfermeras (tablas)

5. CONCLUSIONES

6.- BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes históricos

El equipo de trabajo de nuestra UCI se plantea los cuidados a nuestros pacientes desde una perspectiva holística. Basados en esta sistemática de trabajo, y queriendo abarcar algo más que un proceso patológico, en el año 1986 enfermería se integra a la información de los familiares de nuestra unidad, considerando a la persona un ser bio-psico-social. Tratábamos pues de atender esta parcela del cuidado integral que supone que tanto la persona como sus allegados sepan lo que está ocurriendo y puedan ser participes del control de su existencia. Con el resultado de este trabajo el equipo participa en la “VI Reunión Nacional de enfermería en cuidados intensivos cardiológico” Oct.-Málaga; con la comunicación “La información como parte integrante de los cuidados”. Artículo que se publica al año siguiente en la revista “Sesiones para la salud”.

A lo largo de nuestra andadura y según nuestra valoración hemos ido planificando y reestructurando la información, con el fin de que la comunicación sea más eficaz y homogénea.

Seguimos creyendo que la familia es una parte fundamental de los pacientes, y por tanto sus necesidades y participación no nos son ajenas. En esta línea trabajamos y en el año 1992, enfermería participa en el XIV Congreso SAMIUC. “Ética y humanismo en medicina intensiva” Huelva-1992, con la ponencia “Papel de la familia en la unidad de cuidados intensivos: información, presencia humana y participación en los cuidados”.

En esta línea seguimos por lo que en el año 2003 presentamos al IV Congreso de la SAEEC en Cádiz la comunicación “Satisfacción de los familiares de pacientes críticos con la información enfermera” (pilotaje de 42 sujetos) con el que obtuvimos el accésit a la mejor comunicación oral. Posterior a este pilotaje y usando éste para realizar las mejoras pertinentes tanto en el cuestionario utilizado, como en el estudio en sí (mejoras obtenidas a partir de las reflexiones realizadas tras el pilotaje), hemos llevado a cabo un estudio descriptivo de un año de duración para conocer el grado de satisfacción de los familiares de nuestros pacientes respecto a la información enfermera.

1.2 Justificación

La nueva visión que hoy se tiene del paciente como cliente de los Servicios Sanitarios y a la vez el hecho de considerar que forma parte de un entorno sociofamiliar determinado con demandas específicas y diferenciadas en cada caso, nos obliga a las enfermeras/os a proporcionar cuidados de calidad, (objeto principal de nuestra cartera de servicios) tanto al paciente como a la familia y allegados desde una perspectiva bio-psíquico-social.

La familia debe ser receptora también, por tanto, de los cuidados de enfermería; ésta sufre tras el ingreso de un familiar en una Unidad de Cuidados Críticos una situación de crisis que provoca ansiedad y preocupación. Los receptores de los cuidados enfermeros son los pacientes y sus familiares (unidad de cuidados). Un estudio de 1991 describe la relación entre las necesidades de los

familiares de los pacientes ingresados en UCI y los niveles de ansiedad que padece¹. Si estas necesidades, que en unas ocasiones serán demandadas y en otras será función del equipo sanitario, entre ellos de la enfermera, detectar, no son cubiertas estaremos olvidando el cuidado integral del paciente.

“El/la enfermero/a debe ayudar a la persona a satisfacer necesidades íntimas, actuando en momentos privados de gran vulnerabilidad. La enfermería es por propia naturaleza, una ciencia humanística centrada en ayudar a la persona a mantener, recuperar su salud, rehabilitar, acompañar, proporcionar calidad de vida en caso de discapacidad o situaciones de fin de vida”². Tenemos que llegar a comprender que no se trata solo de tratar al paciente como “persona” sino que las relaciones personales son parte del proceso de curación, una parte mas de nuestros cuidados.

“La enfermería atiende al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, los conocimiento y la voluntad necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera ayudar al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible”³

Las nuevas tendencias están encaminadas a proporcionar asistencia a los familiares a la vez que al paciente (unidad de cuidados) con relación al soporte, confort, información, proximidad y seguridad.

Influenciados por la preocupación que nuestras antecesoras ya mostraban hacia los familiares de nuestros pacientes y guiadas por la filosofía del modelo de Virginia Henderson hemos realizado un plan de cuidados para los familiares de los pacientes críticos detectando aquellas necesidades no satisfechas según la valoración enfermera y llegando a través de ésta a un juicio clínico sobre el grado de satisfacción de las necesidades según la situación de vida del individuo. Una vez diagnosticado llevaremos a cabo las intervenciones enfermeras necesarias para reducir o eliminar el problema según los criterios de resultados que nos hayamos propuesto.

Por lo tanto este Plan de cuidados se fundamenta en las Necesidades humanas, en una situación de salud concreta y en un entorno ajeno al habitual (hospital- UCI)

2. OBJETIVOS

Los objetivos que nos planteamos son:

- Aumentar la calidad de los cuidados a los familiares de los pacientes ingresados en la UCI.
- Detectar los principales diagnósticos enfermeros en los familiares.
- Establecer un plan de cuidados estandarizado para los “cuidadores principales” de nuestros pacientes.

3. MATERIAL Y METODO

El plan de cuidados que presentamos está influenciado por la filosofía de Virginia Henderson y realizado siguiendo las directrices de la metodología en los cuidados (proceso enfermero) usando un lenguaje enfermero estandarizado (NANDA, NIC, NOC)^{4, 5, 6}.

Para llevar a cabo este plan de cuidados, nos hemos basado, por un lado, en la experiencia que nos avala en el cuidado con los familiares de nuestros

pacientes (anteriormente explicitado en la introducción) y por otro lado, los resultados de un estudio descriptivo de un año de duración sobre el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en UCI respecto a la información enfermera⁷. Los resultados de este estudio avalan la importancia de algunas de las intervenciones enfermeras descritas en nuestro plan de cuidados para conseguir los criterios de resultados que nos planteamos reduciendo o eliminando así el diagnóstico enfermero (anexo I).

Se han realizado búsquedas bibliográficas en las principales fuentes de evidencias, que avalan la efectividad del plan de cuidados.

Dicho plan ha sido elaborado a través de la discusión y el consenso por un grupo de enfermeras con una amplia experiencia en UCI y consecuentemente, acostumbradas a valorar y cuidar a los familiares de los pacientes. (algunas de estas enfermeras pertenecen al grupo de mejora encargado de la implantación del Proceso Enfermero en nuestro Hospital).

4. RESULTADOS

El plan de cuidados que presentamos consta:

- Perfil del *cuidador principal* en UCI.
- Valoración de las necesidades de nuestros *cuidadores* según Virginia Henderson.
- Diagnósticos más habituales en nuestros *cuidadores*.
- Criterios de resultados e intervenciones más frecuentes para reducir y/o eliminar el diagnóstico.

4.1 Perfil del cuidador principal

El perfil de nuestro cuidador principal se extrae de un estudio descriptivo transversal que hemos realizado en nuestra unidad valora el grado de satisfacción de los familiares respecto a la información-comunicación dada. Esta información-comunicación que ofrecemos puede suponer una indudable fuente de datos para la valoración de la unidad de cuidados (paciente-familia) y posterior plan de cuidados. (ver figura 1 y 2, anexo I)

- Sexo: *mujer*.
- Edad: *entre 30 y 39 años*.
- Parentesco: *hija*.
- Nivel de estudios: *primarios*.
- Situación laboral: *trabaja*.
- Días de estancia *media del familiar ingresado: 5,76 + días. (rango 2 46)*.

INSTRUMENTOS DE AYUDA EN LA VALORACIÓN

APGAR FAMILIAR

Instrumento de cribaje muy útil sobre el funcionamiento de una unidad familiar. Contiene 5 ítems informados por la persona de interés y evalúa: adaptación de la familia, compañerismo, realización familiar, afectividad y resolución. Muy fácil de cumplimentar (5 preguntas menos de 2 minutos). Muy indicado para la valoración rápida del estado familiar. Aunque hay estudios que lo invalidan en el entorno de Atención Primaria con niños.

F-COPES

Identifica las estrategias de afrontamiento de la familia y cómo resuelven los problemas. Cuestionario de 29 ítems autoadministrado. No sirve en niños menores de 12 años. Muy útil para diagnosticar familias con posibles afrontamiento ineficaz que requieren ayuda y soporte en situaciones de crisis.

4.2 Valoración de las necesidades de nuestros *cuidadores* según Virginia Henderson.

TABLA A: Ansiedad (0046)

TABLA B: Temor (00148)

TABLA C: Afrontamiento familiar comprometido (00074)

TABLA D: Conflicto de decisiones en pacientes inconscientes (00083)

VALORACION SOBRE LA ANSIEDAD (Tabla A)

Diagnóstico	Valoración según necesidades	
A N S I E D A D	Necesidad De respirar.	Aumento de la respiración Dificultad respiratoria. Palpitaciones.
	Necesidad de eliminación.	Nauseas. Diarrea. Aumento de la transpiración. Sequedad bucal.
	Necesidad de moverse Y postura Adecuada.	Temblor de manos. Movimientos extraños (movimientos de manos, pies, postura corporal, sentarse al borde de la silla, levantarse/ sentarse) Inquietud. Desmayo.
	Necesidad de dormir y descansar.	Trastornos del sueño. Necesidad de evitar peligros. Preocupación creciente. Sobreexcitación. Agitación.
	Necesidad de comunicarse y relacionarse.	Voz temblorosa. Tensión facial. Bloqueo del pensamiento. Control y vigilancia. Mal control ocular. Expresión de preocupación. Nerviosismo. Angustia. Confusión. Preocupación. Deterioro de la atención. Disminución para la concentración.
	Necesidad de mantener creencias y valores.	Miedo de consecuencias inespecíficas. Tendencia a culpar a otros (ejemplo: <i>“él se lo estaba buscando”, “si yo me hubiera dado cuenta antes”</i>).
	Necesidad de aprender y descubrir	Disminución de la habilidad para : <ul style="list-style-type: none"> ▫ Solucionar problemas. ▫ Aprender.

Diagnóstico	Valoración según necesidades.	
TEMOR	Necesidad de respirar.	<p>Aumento del pulso. Fatiga. Aumento de la frecuencia respiratoria. Falta de aliento. Palidez.</p>
	Necesidad de eliminar.	<p>Nauseas. Vómitos. Diarrea. Aumento de la transpiración. Sequedad bucal.</p>
	Necesidad de comunicarse y relacionarse.	<p>Informes de: Sentirse asustado. Alarma. Terror. Pánico. Conductas de evitación o de ataque. Irreflexión. Estrechamiento del foco de atención en el origen del temor.</p>
	Necesidad de mantener creencias y valores	<p>Los estímulos se interpretan como una amenaza Identifica el objeto del miedo (hospitalizaciones previas, experiencias previas...)</p>
	Necesidad para aprender y descubrir.	<p>Disminución del aprendizaje y la capacidad para solucionar problemas</p>

VALORACIÓN DEL AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO (Tabla C)

Diagnóstico	Valoración según necesidades	
AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO.	Necesidad de evitar peligros	<p>La persona de referencia intenta poner en práctica comportamientos de ayuda o soportes con resultados poco satisfactorios.</p> <p>Estado de salud del cuidador principal.</p> <p>Antecedentes de cansancio del rol del cuidador.</p>
	Necesidad de comunicarse y relacionarse	<p>La persona de referencia se retrae o establece una comunicación personal limitada o temporal con el cliente en el momento de necesidad.</p> <p>La persona de referencia demuestra preocupación (p. ej., temor, duelo anticipado, culpa, ansiedad) ante la enfermedad o incapacidad, o cualquier otra crisis situacional o de desarrollo del cliente.</p> <p>El cliente expresa una queja o preocupación sobre la respuesta de la persona de referencia a su problema de salud.</p> <p>Déficit senso-perceptivo importante que merman la capacidad de comprensión, de información, educación en los cuidadores principales.</p>
	Necesidad de mantener creencias y valores	<p>La persona de referencia muestra una conducta desproporcionada (por exceso o por defecto) en relación con las capacidades o necesidad de autonomía del cliente.</p> <p>Valor otorgado al acto de cuidar a un familiar significativo.</p> <p>Creencias que pueden interferir-promover el rol del cuidador.</p>
	Necesidad de aprender y descubrir.	<p>La persona de referencia describe o confirma una comprensión o conocimiento inadecuado que interfiere con las conductas efectivas de ayuda y soporte.</p> <p>Nivel de conocimientos del proceso.</p> <p>Interés sobre el proceso.</p> <p>Capacidad cognitiva y habilidades familiares.</p>
	Necesidad de trabajar y realizarse.	<p>Desempeño del rol del miembro de la familia (cuidador)</p> <p>Nivel de autoestima de los miembros de la familia.</p>

VALORACION DEL CONFLICTO DE DECISIONES EN PACIENTES INCONSCIENTES
(Tabla D)

Diagnóstico	Valoración según necesidades.	
CONFLICTO DE DECISIONES EN PACIENTES INCONSCIENTES.	Necesidad de respiración	Aumento de la frecuencia respiratoria. Dificultad respiratoria. Fatiga. Aumento del pulso. Palidez.
	Necesidad de eliminar.	Aumento de la transpiración. Sequedad bucal.
	Necesidad de moverse y mantener postura adecuada.	Aumento de la tensión muscular. Inquietud. Desmayo.
	Necesidad de evitar peligros.	Agitación. Expresiones de consecuencias no deseadas de las acciones alternativas a considerar. Vacilación entre elecciones alternativas a considerar. Retraso en la toma de decisiones.
	Necesidad de comunicarse y relacionarse.	Expresiones de incertidumbre sobre las elecciones. Expresiones de sufrimiento mientras se intenta tomar una decisión. Tensión facial. Bloqueo del pensamiento. Nerviosismo. Angustia. Preocupación. Voz temblorosa.
	Necesidad de mantener creencias y valores.	Cuestionamiento de los valores y creencias personales mientras se intenta tomar una decisión.

4.3 Diagnósticos enfermeros

Para formular los diagnósticos enfermeros utilizamos la clasificación de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Que define el diagnóstico enfermero como:

“Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales que proporciona la base de la terapia para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable”

Según el modelo de enfermería que hemos adoptado, la enfermera detectará tras un juicio razonado el diagnóstico enfermero que presenta el paciente y el área de dependencia que está afectada, llevará a cabo las intervenciones NIC necesarias para que ese diagnóstico enfermero quede reducido o resuelto evaluándolo a través de los criterios de resultado NOC.

Como resultado final y siguiendo el modelo de Virginia Henderson obtendremos la satisfacción de las necesidades básicas del individuo.

Los diagnósticos enfermeros que hemos consensuado como más frecuentes en los familiares de pacientes ingresados en nuestra UCI son los que aparecen en las tablas siguientes, seguidos de las intervenciones NIC y de los criterios de resultados NOC con sus consiguientes indicadores de Likert para su posterior evaluación.

4.3.1 Diagnósticos enfermeros más habituales, Criterios de resultados e intervenciones enfermeras (tablas)

Dx E: Ansiedad.

Dx E: Temor.

Dx E: Afrontamiento familiar comprometido.

Dx E: Conflicto de decisiones en pacientes inconscientes.

Plan de cuidados: Diagnósticos Enfermeros.		Paciente: Unidad:	Box:	Enfermera Responsable:						
Fecha Inicio	(00146) ANSIEDAD	Intervenciones	Actividades	Criterios de resultado (CRE)						
	<p>Definición: <i>Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una res puesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarla.</i></p> <p>Factores relacionados: R/C</p> <p><input type="checkbox"/> Amenaza de cambios importantes en el estado de salud de un familiar.</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Características definitorias: M/P</p> <p><input type="checkbox"/> Verbalización de no control de la situación al estar separado físicamente del familiar y del empeoramiento brusco de éste (V).</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD (5820) <i>Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.</i></p> <p>POTENCIACIÓN DE LA SEGURIDAD (5380) <i>Intensificar el sentido de seguridad física y psicológica de un paciente.</i></p> <p>ASESORAMIENTO (5240) <i>Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.</i></p> <p>APOYO A LA FAMILIA (7140) <i>Estimulación de los valores, intereses y objetivos familiares.</i></p> <p>FACILITAR LAS VISITAS (7560) <i>Estimulación beneficiosa de las visitas por parte de la familia y amigos.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Utilizar un enfoque sereno que de seguridad</p> <p><input type="checkbox"/> Escuchar con atención.</p> <p><input type="checkbox"/> Crear un ambiente que facilite la confianza.</p> <p><input type="checkbox"/> Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos</p> <p><input type="checkbox"/> Mostrar calma.</p> <p><input type="checkbox"/> Explicar a la familia todas las pruebas y procedimientos.</p> <p><input type="checkbox"/> Proporcionar información objetiva según sea necesario y si procede.</p> <p><input type="checkbox"/> Favorecer la expresión de sentimientos</p> <p><input type="checkbox"/> Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles.</p> <p><input type="checkbox"/> Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente.</p> <p><input type="checkbox"/> Clarificar el significado de lo que perciba el miembro familiar durante la visita.</p> <p><input type="checkbox"/> Proporcionar apoyo y aprecio a los miembros de la familia después de la visita, si es necesario.</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD (1402) <i>Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada</i></p>	FECHAS	NUNCA DEMOSTRADO	RARAMENTE DEMOSTRADO	A VECES DEMOSTRADO	FRECUENTE DEMOSTRADO	SIEMPRE DEMOSTRADO
						1	2	3	4	5
						1	2	3	4	5
						1	2	3	4	5
						1	2	3	4	5
						1	2	3	4	5
				<p>AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS (1302) <i>Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.</i></p>	FECHAS	NUNCA DEMOSTRADO	RARAMENTE DEMOSTRADO	A VECES DEMOSTRADO	FRECUENTE DEMOSTRADO	SIEMPRE DEMOSTRADO
						1	2	3	4	5
						1	2	3	4	5
						1	2	3	4	5
						1	2	3	4	5
						1	2	3	4	5
<p><input type="checkbox"/> Refiere disminución del estrés.</p> <p><input type="checkbox"/></p>		1	2	3	4	5				
		1	2	3	4	5				
		1	2	3	4	5				
		1	2	3	4	5				
		1	2	3	4	5				
		1	2	3	4	5				

Plan de cuidados: Diagnósticos enfermeros		Paciente: Unidad:	Box:	Enfermera responsable:								
Fecha Inicio	(00148) TEMOR.	Intervenciones	Actividades	Criterios de resultado (CRE)								
	<p>Definición: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.</p> <p>Factores relacionados: R/C</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de familiaridad con la experiencia o experiencias ambientales.</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Características definitorias: M/P</p> <p><input type="checkbox"/> Aumento del estado de alerta.</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>APOYO EMOCIONAL (5270)</p> <p>AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO (5230)</p> <p>ASESORAMIENTO (5240).</p> <p><i>Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.</i></p> <p>POTENCIACIÓN DE LA SEGURIDAD (5380).</p> <p><i>Intensificar el sentido de seguridad física y psicológica de un paciente.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.</p> <p><input type="checkbox"/> Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias</p> <p><input type="checkbox"/> Alentar a la familia a manifestar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo</p> <p><input type="checkbox"/> Fomentar un dominio gradual de la situación.</p> <p><input type="checkbox"/> Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.</p> <p><input type="checkbox"/> Pedir al ser querido que identifique lo que puede/no puede hacer sobre lo que sucede</p> <p><input type="checkbox"/> Escuchar los miedos de la familia.</p> <p><input type="checkbox"/> Ayudar a la familia a identificar los factores que aumentan el sentido de seguridad.</p>	<p>AUTOCONTROL DEL MIEDO (1404)</p> <p><i>Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de aprensión, tensión o inquietud secundarios a una fuente identificable.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Elimina los factores precursores del miedo</p> <p><input type="checkbox"/> Busca información para reducir el miedo</p> <p><input type="checkbox"/></p>	FECHAS	NUNCA DEMOSTRADO	RARAMENTE DEMOSTRADO	A VECES DEMOSTRADO	FRECUENTEMENTE DEMOSTRADO	SIEMPRE DEMOSTRADO		
				<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5			
				<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5			
				<input type="checkbox"/>								
				<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5			
				<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5			

Plan de cuidados: Diagnósticos Enfermeros.		Paciente:	Box:		Enfermera Responsable:											
Fecha Inicio	(00074)AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO.	Intervenciones	Actividades	Criterios de resultado (CRE)												
	Definición: <i>La persona que habitualmente brinda el soporte principal (miembro de la familia o amigo íntimo) proporciona en este caso un apoyo, consuelo, ayuda o estímulo insuficiente o inefectivo (o hay el peligro de que ello suceda) que puede ser necesario para que el cliente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su situación de salud.</i> Factores relacionados: R/C <input type="checkbox"/> Agotamiento en la capacidad de apoyo de la persona de referencia por prolongación de la enfermedad. <input type="checkbox"/> Características definitorias: M/P <input type="checkbox"/> La reacción de la persona de referencia demuestra preocupación (p. ej. temor, duelo anticipado, culpa, ansiedad) ante la enfermedad o incapacidad o cualquier otra crisis situacional o de desarrollo del cliente.	AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO (5230) <i>Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las experiencias y papeles de la vida cotidiana.</i>	<input type="checkbox"/> Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación. <input type="checkbox"/> Favorecer las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes. <input type="checkbox"/> Ayudar a los miembros de la familia a identificar y resolver conflictos de valores.	AFRONTAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE LA FAMILIA (2600) <i>Acciones de la familia para controlar los factores estresantes que comprometen los recursos de la familia.</i>							FECHAS	NUNCA DEMOSTRADO	RARAMENTE DEMOSTRADO	A VECES DEMOSTRADO	FRECUENTEMENTE DEMOSTRADO	SIEMPRE DEMOSTRADO
				<input type="checkbox"/> Controla los problemas	1	2	3	4	5							
<input type="checkbox"/>				1	2	3	4	5								
<input type="checkbox"/>				1	2	3	4	5								
		APOYO A LA FAMILIA (7140) <i>Estimulación de los valores, intereses y objetivos familiares.</i>	<input type="checkbox"/> Proporcionar a la familia el conocimiento necesario acerca de las opciones que les pueden ayudar en la toma de decisiones sobre los cuidados del paciente.	NORMALIZACIÓN DE LA FAMILIA (2604) <i>Capacidad de la familia para desarrollar y mantener las rutinas y estrategias de control que contribuyan al funcionamiento óptimo cuando uno de sus miembros presenta una enfermedad crónica o incapacitante.</i>							FECHAS	NUNCA DEMOSTRADO	RARAMENTE DEMOSTRADO	A VECES DEMOSTRADO	FRECUENTEMENTE DEMOSTRADO	SIEMPRE DEMOSTRADO
				<input type="checkbox"/> Comunica la importancia de mantener las actividades normales y las rutinas de forma apropiada.	1	2	3	4	5							
<input type="checkbox"/>				1	2	3	4	5								
<input type="checkbox"/>				1	2	3	4	5								
<input type="checkbox"/>				1	2	3	4	5								
<input type="checkbox"/>				1	2	3	4	5								
<input type="checkbox"/>				1	2	3	4	5								
<input type="checkbox"/>	1			2	3	4	5									

Plan de cuidados: Diagnósticos Enfermeros.		Paciente: Unidad:		Enfermera Responsable:							
Fecha Inicio	(00083) CONFLICTO DE DECISIONES EN PACIENTES INCONSCIENTES.	Intervenciones	Actividades	Criterios de resultado (CRE)							
	<p>Definición: <i>Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar porque la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida o supone un reto para los valores personales.</i></p> <p>Factores relacionados: R/C</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Percepción de amenaza a los valores personales. <p>Características definitorias: M/P</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Expresiones de sufrimientos mientras se intenta tomar una decisión (V) <input type="checkbox"/> Vacilación entre elecciones alternativas. 	<p>5250 APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES. <i>Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ayudar a identificar ventajas y desventajas de cada alternativa. <input type="checkbox"/> Facilitar la toma de decisiones en colaboración. <input type="checkbox"/> Proporcionar la información solicitada por el paciente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	<p>0906 TOMA DE DECISIONES. <i>Capacidad para realizar juicios y escoger entre dos o más alternativas</i></p>	FECHAS	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No Comprometido	
				<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa. <input type="checkbox"/> identifica información relevante <input type="checkbox"/> 		1	2	3	4	5	
						1	2	3	4	5	
						1	2	3	4	5	
						1	2	3	4	5	

5. CONCLUSIONES

Trabajando con metodología en los cuidados, obtenemos beneficios tanto los profesionales de enfermería como los usuarios de nuestros servicios, según citaba en su libro Rosalinda Alfaro⁸

La realización de un plan de cuidados estandarizados NNN a los familiares de pacientes críticos permite a la enfermera:

- Tener una guía para poder individualizar y planificar sus cuidados sin obviar ningún área de importancia.
- Aumenta la calidad en los cuidados.
- Detecta de forma temprana los problemas en las distintas etapas del proceso llevando a cabo las intervenciones necesarias para la reducción o eliminación de aquellos, mejorando así la continuidad de los cuidados mediante los informes de continuidad, utilizando un lenguaje común.
- Permite realizar cuidados con criterios de efectividad basados en evidencia científica que le dan peso a nuestras actuaciones.
- Los registros sirven como herramienta para medir producto enfermero, permite evaluar los resultados (NOC) y realizar estudios de investigación.
- Aumenta nuestra cartera de servicios realizando intervenciones enfermeras a la unidad de cuidados (pacientes/ familia).

6. BIBLIOGRAFIA

1. Rukholm E, Bailey P. *Needs and anxiety levels in relatives of intensive care unit patients*. J-Adv-Nurs, 1991 Aug; 16(8): 920-8.
2. Teixidor Freixa M. *El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (IV)*. Rev ROL Enf, 2002; 25 (10):650-652.
3. Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. *De la teoría a la práctica pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. Barcelona: Masson, S.A. 2000.
4. NANDA. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación*. Madrid: Elsevier España; 2005-2006.
5. McCloskey Dochterman J, Bulechek GM. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Cuarta edición en español. Madrid: Elsevier Mosby; 2005.
6. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M; *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*; Tercera edición en español. Madrid: Elsevier Mosby; 2005.
7. Alfonso Pérez DP, Contreras Pérez I, Cumbreza Díaz E. *Información enfermera a familiares de pacientes críticos*. Tempus vitalis, 2003 sep-dic; 3(3) [En: <http://www.tempusvitalis.com/especial02/16.htm>. Consultado el 15 Agosto de 2006.
8. Alfaro, R. *Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica*. Barcelona: Doyma; 1998.
9. Organización Colegial de Enfermería. Consejo General de Colegios de Diplomados en enfermería. *Código Deontológico de la Enfermería Española*. Madrid, 1989: Art. 6-13
10. León JM, Jiménez C. *Psicología de la Salud. Asesoramiento al personal sanitario*. Sevilla: Secretariado de Recursos Audiovisuales y Nuevas Tecnologías; 1998
11. Molter NC, Leske JS. *Care family needs inventory (CCFNI)* Milwaukee: Leske JS editors; 1991.
12. Díaz Chicano JF, Castañón Baquero R. *Cuidados a familiares de pacientes críticos*. Enfermería científica, 1997; 184-185, 26-30.
13. García Aguilar JF. *Comunicación e información a los familiares en las Unidades de Cuidados Intensivos*. Enfermería Clínica, 1995; 5 (3): 99-104.
14. Johnson D. *Measuring the ability to meet family needs, in an intensive care unit*. Crit care med. 1998 feb; 26 (2):266-71, 206-7
15. Velasco Bueno JM. *Detección de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos*. Tempus Vitalis, 2002; 2(3): 64. En: <http://www.terra.es/personal3/josevb/lineas.htm>. Consultado el 10 de Agosto de 2006.
16. Bernat i Bernat R, López Ruiz J, Fonseca Reselló J. *Vivencias de los familiares del enfermo ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos, un estudio cualitativo*. Enfermería Clínica, 2000 ene-feb; 10(1): 19 -28
17. Perea Baena MC. *Afrontamiento familiar ante la estancia prolongada en UCI*. Tempus Vitalis, 2004; 4(3). En: http://www.tempusvitalis.com/Revista08/Caso_clinico/caso2004.pdf Consultado el 10 de Agosto de 2006
18. Lao Barón FJ, Martínez Egea JM. *La necesidad de integrar el manejo del afrontamiento en los cuidados*. Tempus Vitalis, 2003; 3(1). En: http://www.tempusvitalis.com/Revista08/Caso_clinico/caso2004.pdfh Consultado el 10 de Agosto de 2006.

- 19.- Chalfour J. La relación de ayuda en cuidados de enfermería. Una perspectiva histórica y humanística. Barcelona: SG. Editores; 1994.
- 20.-López F, Berlanga S, Herrera M y cols. Información a la familia como parte de los cuidados. Sesiones para la salud, 1991 octubre; 1: 4-7
- 21.- López F y cols. Papel de la familia en la Unidad de Cuidados Intensivos. Información, presencia humana y participación en los cuidados. XIV Congreso SAMIUC, Huelva;1992

ANEXO I

Según un estudio Descriptivo Transversal para valorar el grado de satisfacción de los familiares respecto a la información-comunicación dada, realizado en nuestra unidad "*Información Enfermera: Grado de satisfacción*", el perfil del cuidador principal tras un total de 254 encuestados es: mujer, hija, entre 30 y 39 años de edad con un nivel de estudios primarios y trabajadora, (figura 1 y 2).

Los familiares de nuestros pacientes se sienten con confianza para expresar sus dudas y sentimientos con la enfermera que informa, un 89,4% de hombres y un 89,2% de mujeres están entre bastante y muy adecuado, solo un 11,5% no se siente con confianza, (figura 3 y 4).

La información tranquiliza a la gran mayoría de los encuestados (%). (Fig. 5). 92,4%, consideramos este dato muy importante por nuestro trabajo con los familiares de los pacientes, ya que uno de los diagnósticos enfermeros reconocido en los familiares es la ansiedad relacionada con el aumento de cambios importantes en el estado de salud, siendo en éste una intervención fundamental la información.

El 63,7% refiere haber tenido necesidad de más información fuera del horario establecido (Fig. 6) y de estos un 68,1% le resultó bastante o muy accesible la enfermera.

El lenguaje utilizado por la enfermera resulta bastante o muy adecuado (94,1%).

Un 90,6% de los familiares recibieron información enfermera al ingreso. Un 9,4% no recibió información. (figura 7).

Los familiares de los pacientes ingresados en nuestras UCIs se sienten más cercanos a la situación en la que se encuentra el paciente un 90,4% (bastante y muy adecuado)

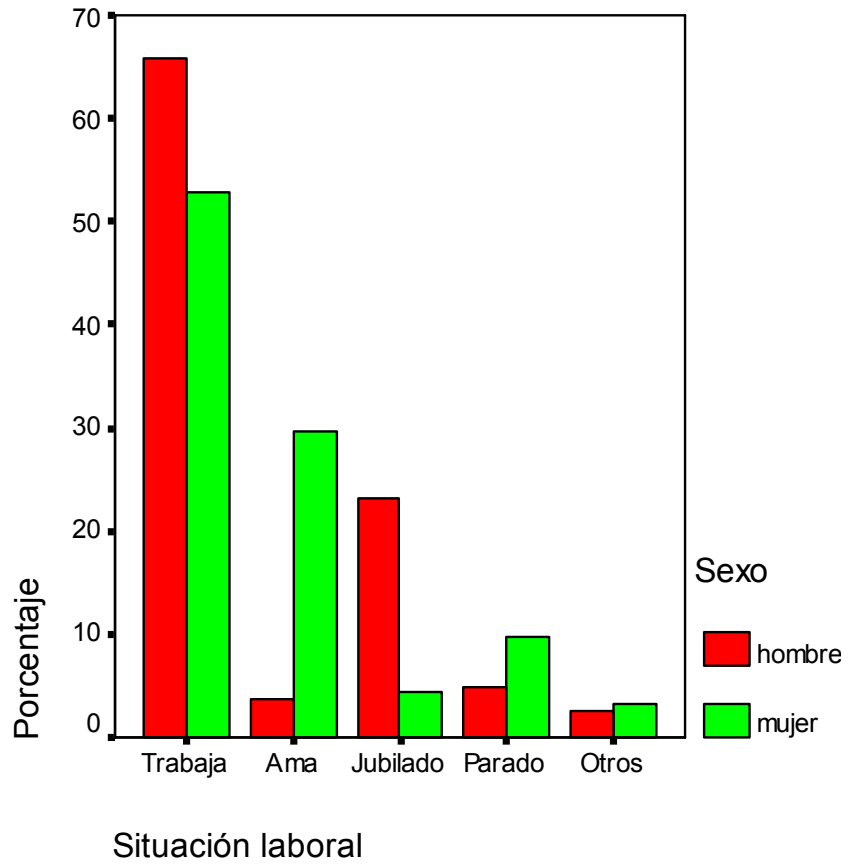


Fig.1

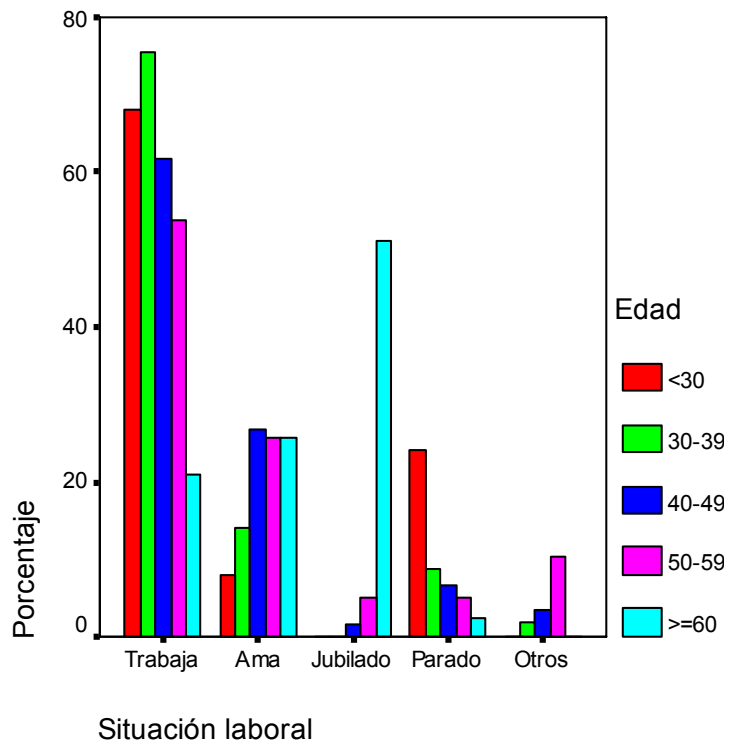
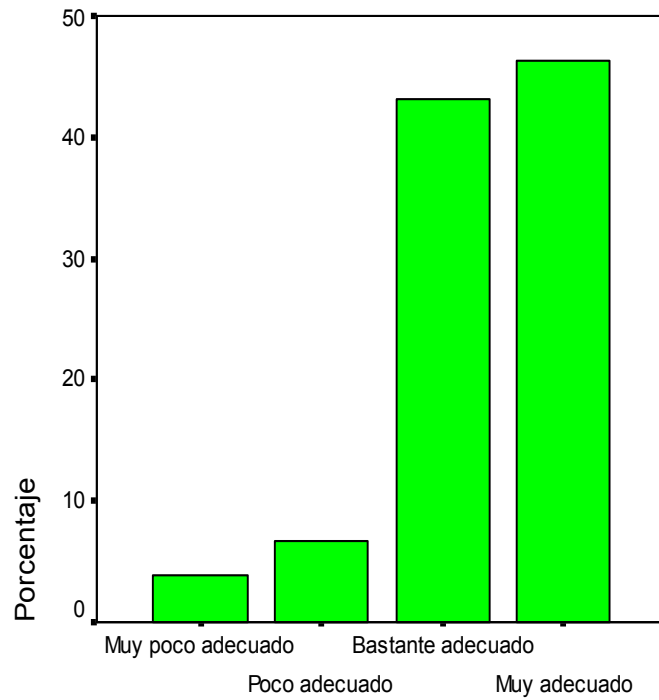
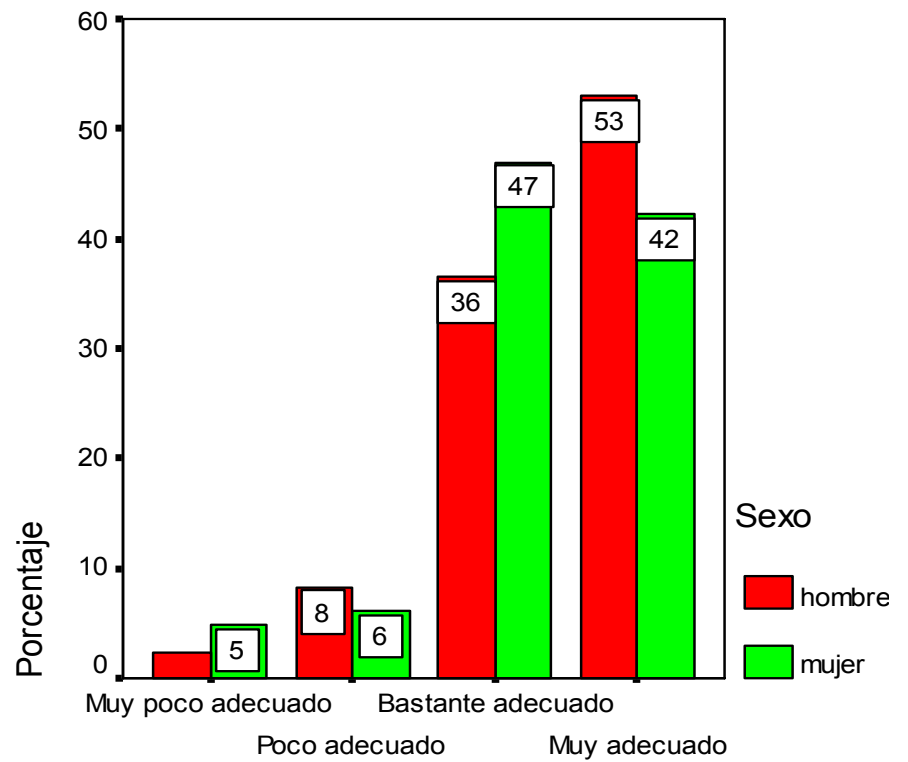


Fig.2



Se siente con confianza para expresarse

Fig.3



Se siente con confianza para expresarse

Fig.4

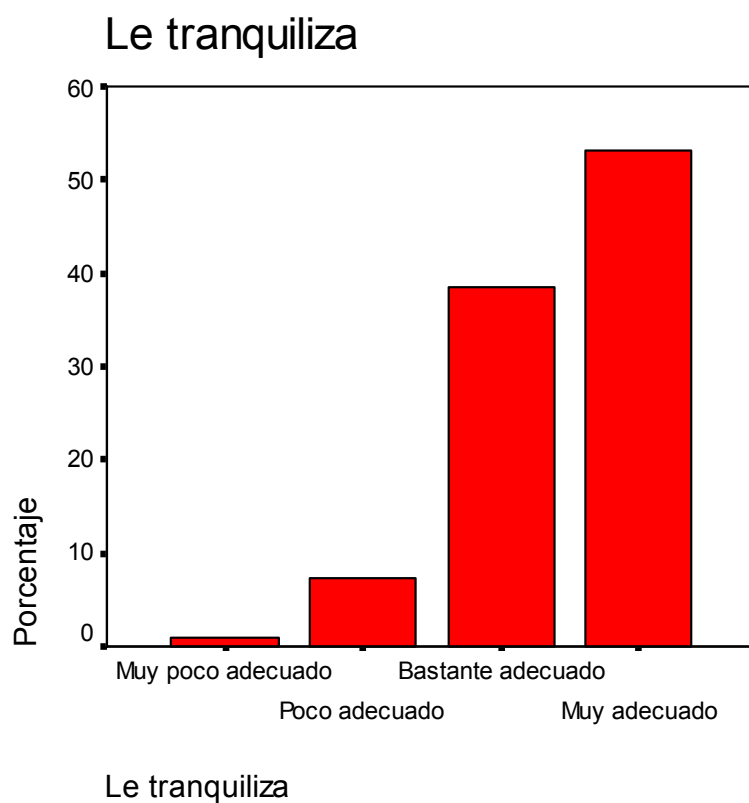
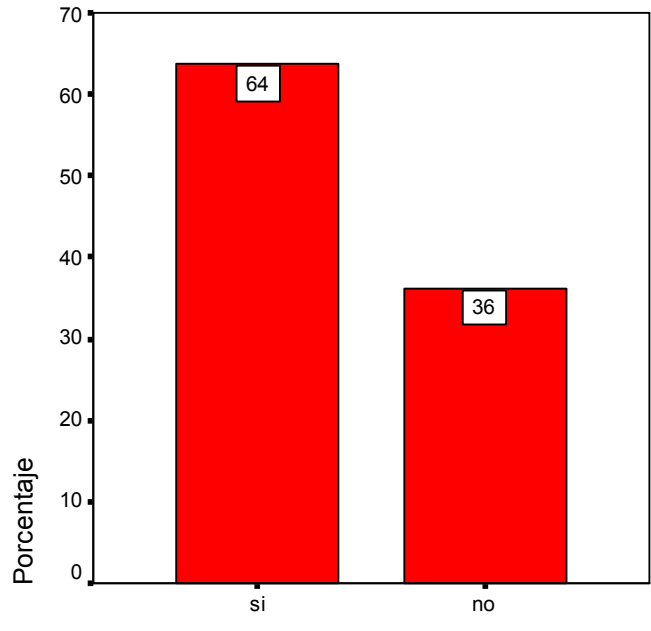
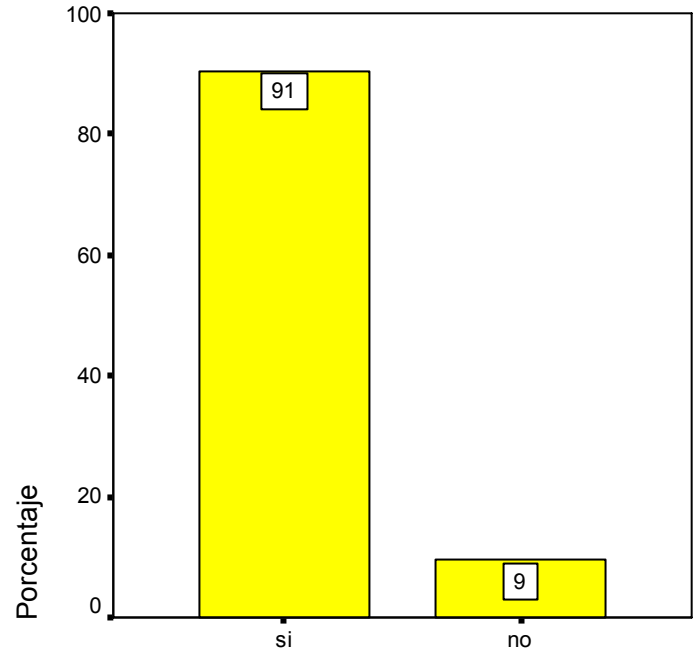


Fig.5



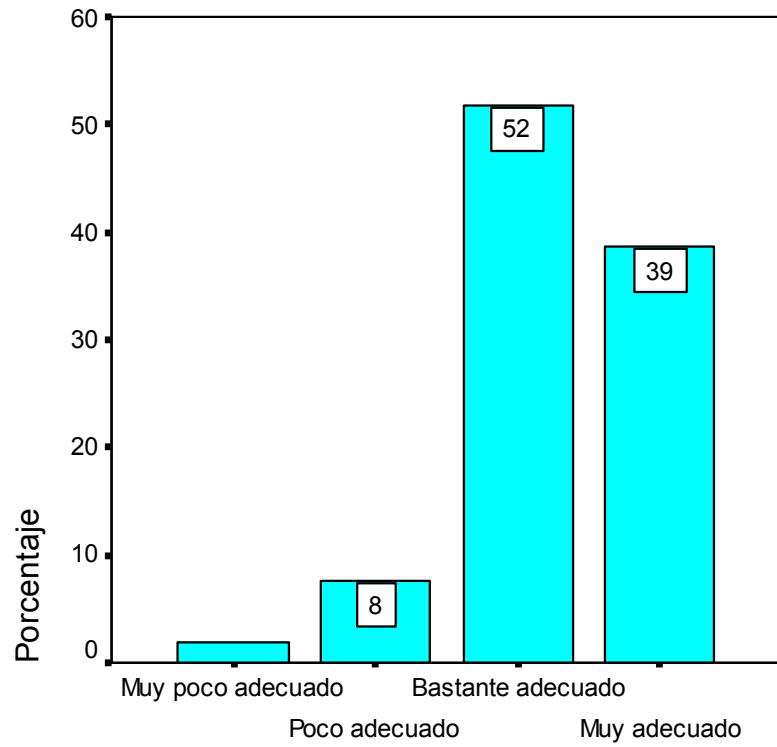
Necesidad de información fuera del horario.

Fig.6



Recibio información a su llegada a la UCI

Fig.7



Le ayuda a sentirse más cercano a la situación

Fig.8