

MEJORA EN LA COMUNICACIÓN ENFERMERA/FAMILIARES DE PACIENTES DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS DEL HOSPITAL MÉDICO QUIRÚRGICO DE JAÉN.

AUTORÍA

Jose Garrido Asensio
M^a Dolores Cadaval Garcia
M^a Belen Montoro Ruiz
Cristina Millan Cadaval
Cristina Montoro Sabariego
Maria Expósito Saez

INTRODUCCION

1.1 JUSTIFICACION/IMPORTANCIA DEL TEMA

En 1994, la Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa promulga una *Declaración para la promoción de los derechos de los pacientes en Europa*. Esta declaración busca reafirmar los derechos humanos fundamentales en la atención sanitaria y promover el respeto del paciente como persona; quiere también reforzar la relación entre el paciente y el profesional de la salud, alentar la participación del enfermo en su proceso de curación y humanizar la asistencia que recibe. (1)

La ley 41/2002 de 14 de noviembre de 2002, BOE 274, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, de cumplimiento en todo el territorio nacional, establece en su artículo 4 el derecho a la información asistencial, ap. 1 Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma; ap 2 La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicara al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

En su artículo 5, ap 1 establece que el titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.

Es también en dicha ley en su artículo 2 ap. 6 donde se especifica que todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.(2)

En el código deontológico de enfermería, resolución nº 32/89, de 14 de julio de 1989, de aplicación a todos los enfermeros inscritos en los colegios profesionales de enfermería, en sus artículos 10 y 11 también se hace referencia a la responsabilidad de la enfermera de mantener informado al paciente, Art. 10: Es responsabilidad de la Enfermera/o mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión, como cuando ésta se ejerce en las instituciones Sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo. Art. 11: la Enfermera/o deberá informar verazmente al paciente, dentro del límite de sus atribuciones. Cuando el contenido de esa información excede del nivel de su competencia, se remitirá al miembro de salud más adecuado. (3)

El objetivo de participar del proceso de informar es establecer una relación de confianza o una relación terapéutica para mejorar la atención a los familiares, siendo por tanto un deber de Enfermería (4)

En la bibliografía consultada hemos encontrado escasos estudios sobre información a familiares de pacientes ingresados en el área de observación de urgencias, aunque si son numerosos los referidos al área de cuidados críticos, y dada la similitud entre estos dos grupos de familiares en lo referido a las necesidades de información consideramos de utilidad las conclusiones obtenidas en estos.

Estudios previos nos demuestran que recibir información de manera individual y clara hace que disminuya el nivel de ansiedad de los familiares de pacientes críticos, (5,6) y se mantengan unos niveles altos de satisfacción con la atención recibida (7), y que sería necesario elaborar planes de atención específicos para las familias de pacientes críticos referidos a planes de cuidados y a pautas generales de información (8, 9,10, 11)

Asimismo, se ha visto que los familiares presentan una necesidad de información no satisfecha que debería abordarse (12) y a pesar de que el personal de enfermería tiene conocimiento sobre esa necesidad no se lleva a la practica el poner medidas para solucionarlo (13)

La toma de conciencia de que la información aumenta la calidad de vida y la evolución constante de la medicina y enfermería, ha llevado a pacientes y familiares a exigir una más completa información sobre su estado de salud con el objetivo de no ver comprometida su dignidad y compartir, si procede, el proceso de toma de decisiones en asuntos que les afectan de forma directa: "El usuario espera ... una información asequible y veraz que le permita afrontar su proceso con dignidad, la eliminación o paliación del dolor y el sufrimiento evitables, la sensación de que cada actuación, cada prueba, cada intervención, son justificables en función de sus propias necesidades y no de cualquier otro factor; ... la garantía de que recibe asistencia en condiciones de equidad y, de manera muy especial, que se respete su derecho a adoptar decisiones acerca de su propia vida, su propio dolor, su propia enfermedad. El paciente quiere, necesita y espera que se le trate como a un enfermo y no como a una enfermedad"(14)

Estas son las razones que nos hacen pensar que la enfermera debería de proporcionar información a los familiares, sobre las necesidades valoradas previamente en el paciente según el modelo de necesidades básicas de Virginia Henderson (15), como medida para mejorar la comunicación con estos y medir los niveles de ansiedad que dichos familiares presentaban previos y posteriores a haber recibido información por parte de enfermería. Para ello se utilizará el cuestionario validado STAI (16), que mide 2 subescalas de ansiedad: ansiedad de estado y ansiedad de rasgo. Se ha elegido este cuestionario por la posibilidad de realizar mediciones de ansiedad situacional.

Hipótesis de trabajo: administrar información enfermera, siguiendo modelo de necesidades básicas de Virginia Henderson, en un horario establecido, a familiares de pacientes del área de observación de urgencias durante la espera, disminuye el nivel de ansiedad de forma significativa, mejorando la comunicación con la enfermera.

1.2 OBJETIVOS

Principal

. Mejorar comunicación Enfermera/familiar de paciente del área de observación.

Secundarios

. Medir niveles de ansiedad previos y posteriores a la información.

. Conocer satisfacción percibida.

MATERIAL Y METODOS

Población de referencia familiares de pacientes que ingresan en el área de observación de urgencias del Hospital Médico Quirúrgico de Jaén.

Población de estudio familiares de pacientes ingresados en el área de observación de urgencias del Hospital Médico Quirúrgico del Complejo Hospitalario de Jaén. Se entiende por familiar al acompañante que acuda con el paciente, y en el supuesto de que fueran varios los acompañantes será el que ellos decidan, preferentemente los que tengan mayor grado de disponibilidad o grado familiar.

Y que cumplan los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión:

Aceptación del consentimiento informado del familiar para participar en el estudio.

Hayan entrado con una prioridad de atención 2, reflejado en la historia Diraya. Se trata de aquella urgencia muy grave que requiere ser atendida antes de 10 minutos, porque puede pasar a ser una urgencia vital.

Criterios de exclusión:

Familiar cuyo paciente permanezca en área de observación, pero con alta médica.

Familiares con dificultad de comunicación o comprensión, que impida completar los cuestionarios requeridos en el estudio

Familiar de paciente cuya evolución haya derivado en exitus o abandone la unidad antes de 2 horas, tras recibir la información enfermera.

Diseño del estudio

Estudio cuasi experimental, considerando que la intervención es proporcionar la información enfermera siguiendo modelo de necesidades básicas de Virginia Henderson.

El modelo de Valoración Estructurada por Necesidades Básicas de Virginia Henderson consiste en la valoración de las siguientes necesidades del paciente: respiración, alimentación/hidratación, eliminación, movilización, reposo/sueño, vestirse, temperatura, higiene/piel, seguridad, comunicación, religión/creencias, trabajar/realizarse, actividades lúdicas y aprender. Informando al familiar sobre estas catorce necesidades del paciente ingresado.

Se miden los niveles de ansiedad que dichos familiares presentan previos y posteriores a haber recibido información por parte de enfermería, asimismo se recogen datos sociodemográficos.

Método

○ Se explica el objetivo del estudio y su participación, y se hará entrega del consentimiento informado al familiar.

○ Tras haber recibido la autorización, a través del consentimiento escrito, del familiar se procede a la recogida de datos sociodemográficos y a administrar la escala de ansiedad de STAI

○ Tras realizar una valoración integral de enfermería según modelo de cuidados de V. Henderson al paciente se contacta con el familiar para informarle sobre las necesidades valoradas y los cuidados de enfermería realizados con el paciente.

○ 2 horas después de informar al familiar se vuelve a administrar la escala de ansiedad de STAI.

○ Al abandonar la unidad se suministra cuestionario para medir satisfacción del usuario.

Análisis de datos

Los datos recogidos sobre las variables dependientes e independientes se registrarán en una base de datos anonimizada, construida para tal fin y procesadas estadísticamente mediante el programa estadístico SPSS v21.

En primer lugar se realiza un análisis estadístico descriptivo de cada una de las variables de la base de datos, para ello en el caso de las variables cualitativas (Sexo, Parentesco, Lugar de residencia,...) se presenta una tabla de frecuencias (número de casos y porcentaje) y como representación gráfica el gráfico de sectores. Para el caso de las variables cuantitativas (Edad, STAI, Nivel de satisfacción) se presentará para cada una de ellas: media, mediana, desviación típica, mínimo y máximo y como representación gráfica el histograma y la caja con bigotes.

Para estudiar la evolución del Nivel de ansiedad entre la primera y la segunda evaluación del Cuestionario STAI, se realizará el test t-Student para muestras pareadas o el test no paramétrico Wilcoxon, para dicho análisis se considerará significativo un valor $\alpha=0.05$.

RESULTADOS

La Ansiedad Estado posterior a recibir la información sí presenta diferencias estadísticamente significativas, por lo que se puede concluir que la ansiedad de estado es menor cuando se ha recibido la información siguiendo modelo de necesidades básicas de Virginia Henderson, mejorando así la comunicación enfermera/familiar

Asimismo, al aumentar el número de contactos con el familiar la comunicación es más fluida y satisfactoria por ambas partes.

El nivel de satisfacción aumenta en familiares cuya comunicación con la enfermera se realiza siguiendo este modelo.

DISCUSION/CONCLUSIONES

El hecho de administrar información de forma reglada y no a demanda mejora la comunicación con el familiar, ya que aumentan los contactos con los familiares y la información proporcionada es más completa y estructurada.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Declaración para la promoción de los derechos de los pacientes en Europa. Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa. Consulta europea sobre los Derechos de los Pacientes. Ámsterdam, 28-30 de marzo de 1994.
- (2) LEY 41/2002, de 14 de noviembre de 2002, BOE 274, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- (3) Código deontológico de enfermería, resolución nº 32/89, de 14 de julio de 1989.
- (4) Delgado P, Sola A, Mirabete I, Torrents R, Quintero M (2001). Modificación de la Práctica Enfermera a través de la reflexión: una investigación acción participativa. *Enfermería Intensiva* 12 (3):110-126.
- (5) Davidson JE. Family-Centered Care: Meeting the Needs of Patients' families and Helping Families Adapt to Critical Illness. *Crit Care Nurse*. 2009; 29:28—34.
- (6) Alfonso Pérez, DP; Fernández Vázquez, M; García Navarro, S; Contreras Pereira, I; Cumbreiras Díaz, EM; Martín Sánchez, B. Información Enfermera: Satisfacción de los familiares de pacientes en cuidados críticos. *Biblioteca Lascasas*, 2007; 3(1).
- (7) Llamas Sánchez, F, Acosta Mosquera, ME, Albar Marín, MJ, Flores Cordón, J, González Vázquez, J, Macías Rodríguez, C. Necesidades de los familiares en una unidad de cuidados críticos. *Enfermería intensiva* 2009; 20: 50-7.
- (8) A. García Mozo, F. Sánchez Roldán, S.M. Amorós Cerdá, F. Balaguer Albarracín, M. Díez Alcalde, M.T. Durán Torres, M. González Gascue, P. Lastra Cubel, C. Sánchez Calvín, C. Zaforteza Lallemand. *Enfermería Intensiva*. 2010; 21:20-7.
- (9) Soto Cruz E, Parra Durán DF, Rojas Camargo MP, Identificación de las necesidades de los familiares con pacientes en las unidades de cuidado intensivo adulto, coronario y pediátrico del Hospital Federico Lleras Acosta sede Francia durante los meses de febrero a mayo de 2010. *Manos al cuidado* ed. 2, 2011.
- (10) Eriksson, T; Bergbom, I; Lindahl, B; The experiences of patients and their families of visiting whilst in an intensive care unit--a hermeneutic interview study. *Intensive & Critical Care Nursing* 2011; 27(2):60-6.
- (11) Soury-Lavergne, A; Hauchard, I; Sandrine Baillot, ML; Bertholet, E; Survey of caregiver opinions on the practicalities of family-centred care in intensive care units. *Journal of Clinical Nursing* 2012 Apr 21 (7/8): 1060-7
- (12) Ciuffo D, Hader R, Holly C. A comprehensive systematic review of visitation models in adult critical care units within the context of patient and family centred care. *Int J Evid Based Healthc*. 2011 Dec; 9 (4): 362-87
- (13) Buckley, P; Andrews, T. Intensive care nurses' knowledge of critical care family needs. *Intensive & Critical Care Nursing* 2011; 27(5):263-72.
- (14) Hernández Yáñez, Juan (1998). "La calidad como imperativo ético". En: Congreso Mayores, empleo y gestión. Bilbao. Cáritas: Fundación Aspaldiko, p.1-13.
- (15) Hendersón V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Ginebra: C.I.E.; 1971.
- (16) Spielberger CD. State-Trait Anxiety Inventory (STAI). 1983