

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

**INFORMACIÓN QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA A
LOS FAMILIARES SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS
REALIZADOS AL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS.
DURANTE EL CUARTO TRIMESTRE DEL AÑO 2009.**

Caracas, Julio de 2011

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

**INFORMACIÓN QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA A
LOS FAMILIARES SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS
REALIZADOS AL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS.
DURANTE EL CUARTO TRIMESTRE DEL AÑO 2009.**

Trabajo Especial de Grado presentado como requisito parcial para optar al Título de
Licenciado en Enfermería

Autoras:

Borrero Yesenia

C.I.: 15.698.810

Ortiz M^a Antonieta

C.I.: 17.477.286

Tutora: Lic. Elizabeth Piña

Caracas, Julio de 2011

AGRADECIMIENTO

Primero que todo agradecemos a Dios, por brindarnos la dicha de la salud, el bienestar físico y espiritual.

Agradecemos a nuestros familiares, que siempre nos apoyaron y creyeron en nosotras.

Así mismo, agradecemos a todas las personas que hicieron posible la realización de dicho estudio, especialmente a:

Néstor Gavotti, por su paciencia, motivación y apoyo incondicional.

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de Tutor del Trabajo Especial de Grado presentado por María Antonieta Ortiz CI: 17.477.286 y Yesenia Borrero CI: 15.698.810, para optar al título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA, considero que dicho trabajo reúne los requisitos para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la Ciudad de Caracas, a los 21 días del mes de Julio de 2011.

Lic. Elizabeth Piña

C.I.: 4.874.298

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
AGRADECIMIENTO.....	iii
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	iv
TABLA DE CONTENIDO.....	v
LISTA DE CUADROS Y GRAFICOS.....	vii
RESUMEN.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I.- EL PROBLEMA	
1.1.- Planteamiento del Problema.....	3
1.2.- Objetivos.....	10
1.2.1.- Objetivo General.....	10
1.2.2.- Objetivos Específicos.....	10
1.2.3.- Justificación.....	11
CAPITULO II.- MARCO TEÓRICO	
2.1.- Antecedentes de la Investigación.....	14
2.2.- Bases Teóricas.....	18
2.2.1.- La Información.....	18
2.2.2.- La Comunicación.....	19
2.2.3.- Cualidades del Estilo Oral.....	28
2.2.4.- Unidad de Cuidados Intensivos.....	36
2.2.5.- Monitorización no Invasiva.....	41
2.2.6.- Monitorización Invasiva.....	44
2.3.- Bases Legales.....	60
2.3.1.- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela....	60
2.3.2.- Código Deontológico de Venezuela.....	61
2.3.3.- Ley Orgánica de Salud.....	63
2.4.- Sistema de Variables.....	66
2.5.- Operacionalización de Variables.....	67
CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO	
3.1.- Tipo y Diseño de la Investigación.....	71
3.2.- Población.....	72
3.3.- Muestra.....	73
3.4.- Procedimientos para Recolección de la Información.....	73

Pág.

3.5.- Métodos y Técnicas para la Recolección de Datos.....	74
3.6.- Validez y Confiabilidad.....	75
3.7.- Plan de Tabulación y Análisis.....	76
3.7.1.- Rangos de Equivalencia.....	77
CAPITULO IV.- PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
4.1.- Presentación y Análisis de los Resultados.....	78
CAPITULO V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.5.- Conclusiones.....	85
5.6.- Recomendaciones.....	86
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88
ANEXOS	
1. Carta a la Institución.....	96
2. Cuestionario.....	97
3. Tabulación de Datos.....	102
4. Cuadro N° 4.....	103
5. Tríptico.....	104

LISTA DE CUADROS Y GRAFICOS

N°	Cuadros	Pág.
1	Distribución porcentual de las características de la información que suministra el profesional de enfermería según indicadores y categorías. Familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI del HUC. 2009-2010	78
2	Distribución porcentual del tipo de información que suministra el profesional de enfermería según indicadores y categorías. Familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI del HUC. 2009-2010	80
3	Distribución porcentual de respuestas positivas respecto a la información que suministran los profesionales de enfermería según dimensiones y categorías. Familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI del HUC. 2009-2010	82
4	Distribución porcentual de respuestas positivas de la información suministradas por el profesional de enfermería referido a los subindicadores y categorías. Familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI del HUC. 2009-2010	103
N° Gráficos		Pág.
1	Características y tipo de información que suministra el profesional de enfermería según subindicadores. Familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI del HUC. 2009-2010	83

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

**INFORMACIÓN QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA A
LOS FAMILIARES SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS
REALIZADOS AL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS**

Autoras:

Borrero Yesenia

C.I.: 15.698.810

Ortiz M^a Antonieta

C.I.: 17.477.286

Tutora: Lic. Elizabeth Piña

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo determinar la información que brinda el profesional de enfermería a los familiares sobre los procedimientos terapéuticos realizados al paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Caracas. Se hace énfasis en las características y el tipo de información, la investigación es de tipo descriptiva – transversal. Se manejó como población los familiares más cercanos, permanentes y regulares que acompañan a los pacientes hospitalizados en la UCI., seleccionándose una muestra de cincuenta y ocho (58) familiares. Para la recolección de la información se utilizó como instrumento la encuesta basado en un cuestionario estructurado por veintidós (22) preguntas cerradas con respuestas de alternativa simple (dicotómicas) tal cuestionario, fue elaborado por Mújica, V. y Ramírez, H., en el Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño de Caracas en el año 2007, los cuales aplicaron una prueba piloto a los familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI Neonatal del Hospital señalado, obteniendo una confiabilidad de 88%.

Los hallazgos demostraron que en lo que corresponden a las características de la información, promediando las respuestas positivas se obtuvo un valor de 69,97% lo que lo ubica en la categoría “Bueno”.

En cambio para la dimensión tipo de información ésta, alcanzó un promedio de 29,79% de respuestas positivas, lo que corresponde a la categoría “Deficiente”.

Se recomienda informar al Personal Administrativo del HUC sobre los resultados obtenidos en esta investigación, para que se puedan implementar estrategias mediante la supervisión, asesoría y capacitación que permitan fortalecer la práctica profesional y así lograr la máxima calidad en la atención de enfermería.

INTRODUCCION

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de adultos, por lo general, son espacios cerrados y regulados por los profesionales, en particular el personal de enfermería. Esto significa que los pacientes y profesionales de la salud mantienen poco contacto, bien sea, físico, emocional o de comunicación con los familiares y allegados de los pacientes, disminuyendo la facilidad para acceder al interior de la unidad. La relación, se restringe a los horarios de visita y al momento de la información sobre su estado de salud, terapéutica y cuidados, el médico es quien lidera la relación con los familiares.

La demanda continua de información por parte de familiares y pacientes acerca de la evolución y de la respuesta a los cuidados, evidencia la necesidad de un cambio, encaminado hacia una mayor adaptación de las dinámicas de las unidades a las necesidades de los familiares.

El punto de partida de este estudio esta basado en la observación de los autores, a lo largo de la práctica profesional en diferentes Unidades de Cuidados Intensivos, donde los profesionales de enfermería, en el momento de la visita de familiares, tienen un contacto muy reducido con ellos, y se dedican a realizar actividades lejos de ellos, disminuyendo su capacidad de atención.

La idea de calidad en el cuidado hospitalario a la población general y en concreto a los pacientes ingresados en UCI, se aproxima a las definiciones propuestas por diferentes autores, como King o Leininger citados por Tomey, A y Alligood, M. (1999), que “contemplan a la persona de manera global e incluyen en el cuidar los componentes culturales, tanto personales como del entorno” (p.56).

Esta política se ha ido desarrollando con lentitud a lo largo de los últimos años en enfermería, sin interiorizarlo en los entornos clínicos, dado que éstos no se

articulan en torno al usuario sino de los profesionales. Un ejemplo concreto es la forma en que están organizadas las Unidades de Cuidados Intensivos, con una estructura que rompe la conexión de la persona con su espacio exterior y que está pensada casi exclusivamente para facilitar el trabajo de médicos y enfermeras (os).

La UCI, es probablemente el lugar de los servicios de hospitalización donde los familiares y allegados sufren más. Su entorno, implica la necesidad del contacto con el paciente y los profesionales del equipo de salud (cercanía, tener esperanza, estar informados y saber que su familiar está en buenas manos), por ello se plantea la necesidad de determinar la información que brinda que el profesional de enfermería a los familiares sobre los procedimientos terapéuticos realizados al paciente en estas unidades.

Las acciones encaminadas a promover la atención a los familiares de los pacientes críticos tendrán mayor probabilidad de éxito si existe una cierta predisposición por parte de los profesionales de enfermería, hacia el cambio conceptual que supone incluir a los familiares en las dinámicas del paciente.

Por ende, la siguiente investigación queda estructurada de la siguiente manera: Capítulo I: se hace referencia al problema del estudio, se plantea el problema, los objetivos general, específicos y la justificación de la investigación. Capítulo II: Se desarrolla el marco teórico, los antecedentes de la investigación, las bases teóricas, legales y el sistema de variables. Capítulo III: Diseño Metodológico, presenta la metodología de estudio, es decir, diseño y tipo de investigación, población y muestra; métodos, instrumentos y procedimientos para la recolección de la información, validación y confiabilidad, el plan de tabulación y análisis. Capítulo IV: se presenta el análisis de los resultados tabulados obtenidos durante la investigación. Capítulo V: se desarrollan las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

Todos los pacientes, reciben los cuidados encaminados al restablecimiento de su salud, pero cuando un enfermo presenta un estado crítico, sus funciones vitales se vuelven tan inestables que puede empeorar súbitamente, por lo que precisa servicios integrales de atención médica y de enfermería en forma permanente y constante, tales como: observación estricta, atención directa, control total y preciso de la dinámica hemodinámica, con equipos e instrumental de tecnología sofisticada que permitan tomar decisiones irreversibles de forma rápida y correcta para su supervivencia, asegurando el adecuado control del diagnóstico y el tratamiento. El paciente crítico puede presentar múltiples alteraciones en su organismo, lo que exige un cuidado especializado capaz de cubrir sus principales necesidades.

Según Collière, citado por Suárez, E. y Paradas, M. (2001), refiere que “Cuidar es...mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en sus manifestaciones” (p.406).

A la persona se le brinda un cuidado integral amplio basado en sus necesidades básicas, jerarquizadas por Abraham Maslow en 1970, citado por Piña, E. y Castillo, M. (1995), como “una serie de necesidades que atañen a todo individuo y que se encuentran organizadas de forma estructural, de acuerdo a una determinación biológica causada por la constitución genética del individuo” (p.51). Las mismas, se relacionan con la fisiología corporal (respirar con normalidad, comer y beber, eliminar desechos, movimiento y mantenimiento de la postura adecuada, descansar y

dormir, mantener una temperatura corporal adecuada), la seguridad (higiene corporal y evitar peligros del entorno), la autoestima (comunicarse, expresar emociones, necesidades, miedos), con la pertenencia grupal (devoción a una religión) y con la auto-realización (trabajar, recrearse y satisfacer su curiosidad). Estas necesidades son básicas de todo ser humano, las cuales frente a un problema de salud no pueden satisfacerse, situación que se ve agudizada aún más, en los pacientes críticos donde existe o puede existir de manera inminente un compromiso severo de una o varias de sus funciones vitales, que se acompaña de un estilo de vida muy agresivo e inusual, generando una pérdida de autonomía casi absoluta, mostrando una gran o total dependencia al equipo de salud y directamente a los profesionales de enfermería, que les prestan cuidados de alta calidad y complejidad las 24 horas del día, en los departamentos especialmente equipados para brindar este tipo de atención, como lo son las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

La UCI, es una unidad hospitalaria que brinda atención médica y de enfermería en forma continua, a aquellos pacientes que requieren un estrecho control de sus constantes vitales y que se encuentran dentro de una condición clínica potencialmente reversible; posee dispositivos y equipos de vigilancia sofisticados, que permiten obtener datos precisos de manera inmediata.

El ingreso del paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos, somete a los miembros de la familia a una situación difícil. Según Velasco, B. y otros (2002), “La familia y el paciente son separados físicamente de su medio habitual y del apoyo afectivo, marcado por una continua vivencia de incertidumbre, sobrecarga emocional y social, que da lugar a percepciones e ideas generadoras de angustia reduciendo su capacidad para afrontar la situación” (p.22). Estos hechos, afectan significativamente la relación entre los profesionales de enfermería y los familiares, dificultando la comprensión de la información suministrada, exigiendo la necesidad de una comunicación sencilla y sin tecnicismos.

Los familiares manifiestan un estado de preocupación constantemente, relacionado con la evolución del proceso de la enfermedad y con la falta del contacto con el paciente, convirtiéndose, todas éstas en un conjunto de necesidades, que van en aumento abarcando desde la calidad y cantidad de la información hasta de poder disponer de un régimen de visitas más abierto que les permita participar en algunos de los cuidados prestados al paciente.

Según Arboix, M. (2006) en algunos países de Europa y especialmente “En España, la mayoría de las Unidades de Cuidados Intensivos, tienen un régimen restrictivo de visitas, en las que entran uno o dos familiares, siendo imposible que se impliquen en el proceso de cuidado del enfermo” (p.3). En la práctica diaria se llevan a cabo multitud de tareas en relación con los familiares de los pacientes ingresados en estas unidades, aunque mayoritariamente se basan en la información exclusiva del diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Continuando con el enfoque biomédico tradicional que se ha usado hasta ahora, orientado sólo al paciente y a su enfermedad.

De igual modo, Arboix, M. (2006), señala que “una investigación publicada en Herat & Lung, de ese mismo año, muestra que las visitas no producen efectos adversos, ya que la posible desestabilización hemodinámica (alteración en la tensión arterial, frecuencia cardíaca y presión intracraneal) se normaliza pasados 10-15 minutos” (p.3).

Demott, K. (2007). Señala que en la Unidad de Cuidados Intensivos del Chicago Medical Centres en Illinois USA, “el paciente y sus familiares tienen derecho de obtener de su médico y los otros proveedores de sus cuidados (personal de enfermería) la información actual y completa sobre su diagnóstico, su tratamiento y su progreso en palabras que se puedan entender” (p.12). El profesional de enfermería le provee la mayoría de la atención diaria y ejerce el enlace al resto del personal del hospital. La visita es a discreción de la enfermera encargada, normalmente, limitada a

no más de dos visitantes a la vez. El hospital produce una variedad de material informativo sobre procedimientos, cuidados y diversos temas de interés, además cuentan con trabajadores sociales que brindan consejería e información sobre el tratamiento, la enfermedad y sus consecuencias, que incluyen la ansiedad, la depresión, preocupaciones por el paciente y por sus familiares.

Al profesional de enfermería se le incluye entre los miembros que ofertan información a los familiares, con respecto al diagnóstico, tratamiento y progreso del paciente, pero los limita en cuanto a los aspectos del cuidado realizado al paciente en UCI.

Según Suárez, E. y Paradas, M. (2001), La función informativa consiste en la comunicación de los datos clínicos, el diagnóstico, el pronóstico y la terapéutica a seguir, en un lenguaje sencillo, adecuado a cada paciente según su personalidad, su condición socio-económica, su nivel intelectual, su estabilidad emocional, el tipo de enfermedad y otras variables como la edad o etapa evolutiva (p.461).

Argueta, G. (2008), publicó que en el Hospital de la Mujer en El Salvador, Centro América, en la Unidad de Cuidados Intensivos, “El personal no esta autorizado para dar información sobre la evolución y diagnóstico clínico de los pacientes, para esto debe consultar con el medico tratante, y en otros hospitales, se permite la visita únicamente de un familiar, por 5 minutos cada hora, previa autorización del personal que labora en la unidad” (p.3). Los familiares se ven limitados en cuanto a la información respecto a la situación clínica y evolución del paciente, creándoles una sensación de temor, que aumenta con el hecho de no conocer los procedimientos terapéuticos invasivos o no, que se le realizan a su familiar para resguardar su bienestar.

El profesional de enfermería debe reorientar las políticas para dinamizar la información y participación con los familiares de los pacientes en la UCI, tomando en

cuenta que no constituye una simple intervención más, sino que conlleva todo un cambio de filosofía en el equipo asistencial. De hecho, las normas de visita para estos servicios, suelen estar justificadas en argumentos no probados por una investigación, sino más bien basadas en creencias o rutinas de los profesionales.

Venezuela, no escapa de esta realidad, de hecho la enmarca significativamente. La conducta que adopta el personal de enfermería en el momento de la visita de los familiares es poco participativa, delegando esta acción en manos de los médicos, contexto en el cual, el personal de enfermería se siente sujeto a la norma de *no informar* y a mantener a los familiares bajo una disciplina rígida de control del tiempo (horarios de visita) y del espacio (acceso a la unidad).

En el Hospital Universitario de Caracas, instituto autónomo de salud (tipo IV), ubicado en el Distrito Capital, el cual brindar atención especializada e integral médico quirúrgicas a la población demandante, en situaciones de emergencias, urgencias y desastres a nivel nacional, trabajando en coordinación con las instancias pertinentes. Cuenta con una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), altamente equipada, con capacidad de 24 camas para pacientes críticos, divididas entre la Sala General (12 camas), la UCI de Cardiovascular (8 camas) y UCI de Neurocirugía (4 camas). El horario de visita a los pacientes dentro de la unidad, se limita a dos sesiones de 30 minutos de duración en el turno de la mañana y la tarde, en las que entra uno o dos familiares, sin poder involucrarse en los cuidados al paciente. Durante el transcurso de la misma, los familiares reflejan con diferentes actitudes, la necesidad de obtener información más completa y actualizada sobre el estado clínico, los cuidados y procedimientos terapéuticos que se le realizan al enfermo. Al ingresar a esta unidad, el familiar se encuentra sumergido en el desconocimiento sobre el estado de salud real del paciente, lo cual aumenta luego de cada visita al verlo conectado a complejos y sofisticados aparatos.

Los profesionales de enfermería en el tiempo de la visita, se mantienen realizando otras actividades, por lo general, lejanas a los familiares, centrándose en el cuidado directo de los pacientes, que en su mayoría requieren la aplicación de diferentes procedimientos terapéuticos; como el cumplimiento del soporte nutricional, la administración de medicamentos por las distintas vías de acceso al cuerpo del paciente, a través de sondas y catéteres, el monitoreo continuo de diversos parámetros que permiten controlar inmediatamente cualquier cambio físico, ajustado a las alarmas de alerta, que se activan si hay una disminución en los límites preestablecidos que ayudan a preservar la vida del paciente. El cual se ve sometido a un estilo de vida muy inusual, generándole una pérdida de autonomía casi absoluta y resignándolo a una total dependencia de un equipo de salud y directamente de los profesionales de enfermería, que dependiendo de la situación y el estado de conciencia del enfermo, se limitan a explicarles la finalidad de ejecutar procedimientos de forma rápida, pudiendo ser algunos de ellos un tanto agresivos, dejándolo con un sentimiento temeroso sobre su situación de salud.

Este hecho, se presenta de forma similar con el familiar del paciente dentro de la unidad, el cual muestra la necesidad de cercanía, de tener esperanza, de estar informados y saber que su familiar está en buenas manos. Según Maglio, Paco (2008) “El proceso de la enfermedad requiere una adaptación de toda la familia a la nueva situación, esto conlleva un desgaste que puede suponer que se desencadenen situaciones de conflicto y a veces de enfermedad de otros miembros (p.9).

Los familiares, al dirigirse a los profesionales de enfermería, solicitando alguna información acerca del estado actual del paciente; les responden que el mismo, se encuentra estable o inestable, refiriéndolos directamente con el médico tratante, limitando su conversación con el familiar a la solicitud de lencería y artículos personales del paciente para realizar su higiene corporal o algún otro recurso que no se consiga dentro de la institución.

Las razones de esto pueden ser diversas. El mantener a los familiares fuera de las unidades, puede responder a un intento de las enfermeras por disminuir el estrés añadido, el que ya de por sí, supone el cuidado del paciente crítico, además de permitirles tratar de aprovechar al máximo el tiempo y así brindar, con calidad, la mayor cantidad de cuidados posibles, que muchas veces se ve limitado por el exceso de trabajo, aunado a la ausencia de personal por diversos motivos (reposo médico, vacaciones, días libres por acta convenio, falta de personal o ausentismo en algunos turnos). Situaciones que pueden provocar una disminución del control por parte de los profesionales de enfermería, en el momento de tener que dar malas noticias o manejar la ansiedad de los familiares y allegados de los pacientes críticos en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Otra condicionante puede ser el temor a ser sancionados por asumir liderazgo en la información a los familiares o enfrentarse a mejorar alguna norma establecida en la institución; sin embargo, puede ser que al momento de dar la información necesaria se les dificulte saber qué pueden decir y qué no.

Tradicionalmente los profesionales de enfermería han centrado su atención en el paciente, siendo la familia un elemento a discreción, forma que se ha sostenido en el tiempo. Progresándose poco en cuanto a la situación, siendo preciso avanzar más, con nuevos aportes al asunto y diseños de investigación más sólidos, que proporcionen las claves definitivas para el abordaje del problema.

Por todo lo anteriormente expuesto, surgen las siguientes interrogantes:

¿Qué lenguaje usa el profesional de enfermería al brindar la información al familiar del paciente ingresado en la UCI?

¿El vocabulario que usa el profesional de enfermería, al brindar información al familiar del paciente que ingresa a la UCI es sencillo?

¿Qué aspecto informa el profesional al familiar del paciente que ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos?

Después de atender a todas estas interrogantes, se plantea la gran pregunta:

¿Cómo es la información que brinda el profesional de enfermería a los familiares sobre los procedimientos terapéuticos realizados al paciente ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos?

OBJETIVOS

General

Determinar la información que brinda el profesional de enfermería a los familiares sobre los procedimientos terapéuticos realizados al paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Específicos

1. Determinar las características de la información que ofrece el profesional de enfermería a los familiares sobre los procedimientos terapéuticos realizados a los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos.
2. Determinar el tipo de información que brinda el profesional de enfermería a los familiares respecto a los procedimientos invasivos y no invasivos realizados a los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos.

JUSTIFICACIÓN

La enfermería es el resultado de la evolución social de una actividad innata y esencial del ser humano, de cuidar al semejante y su familia cuando lo necesite. Si se considera a la familia como un núcleo en donde cada miembro que lo integra se interrelaciona, la hospitalización de uno de ellos origina una situación de crisis y desestabilización que repercute en todos sus componentes.

Concientizar sobre el efecto psicológico que supone esta problemática, precisa a los profesionales de la salud, principalmente a los profesionales de enfermería, a plantearse un enfoque integral de cuidados del enfermo. Asimismo, incluir, en el ámbito hospitalario, la organización institucional de espacios y tiempos disponibles para que la familia pueda asumir, integrarse y compartir tareas relacionadas con el paciente.

Según Guevara, B. y Evies, A. (2007), “La enfermera que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), debe poseer un perfil enmarcado en una filosofía integradora que incluya conocimientos afectivos, emocionales, científicos y tecnológicos” (p.11).

Es imprescindible que esta filosofía integradora armonice con la presencia física de la enfermera, donde su presencia sea significativa tanto para el paciente como para sus familiares. Este modo de estar presente significa “ver, tocar, hacer, escuchar” al paciente, que debe ser concebido como un ser holístico, donde el fin último del cuidado que le proporciona la enfermera sea la felicidad, no sólo para él y sus familiares, sino también para la colectividad; o en última instancia ayudar al enfermo a tener una muerte digna cuando ésta sea irremediable.

Este planteamiento sustenta la importancia que el profesional de enfermería, como integrante fundamental del equipo de salud en la UCI, asume en forma responsable las diversas actividades que integra en la práctica diaria, como la comunicación que establece con los familiares de los pacientes dentro de la unidad.

En este sentido, el estudio es dirigido a los familiares de los pacientes que se encuentran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Caracas, con la finalidad de conocer la comunicación que se le presta, por parte de los profesionales de enfermería, sobre los procedimientos realizados al paciente.

Para el logro del cumplimiento de los objetivos del estudio, se acude al uso de técnicas de investigación, como la aplicación de un instrumento, que permita determinar las características y tipo de información brindada por los profesionales de enfermería a los familiares de los pacientes hospitalizados en UCI, donde se de a conocer información sobre los procedimientos terapéuticos invasivos y no invasivos, que se realizan al paciente como parte del tratamiento que ayude a mantener o restablecer su salud.

Se espera que los resultados contribuyan a plantear una posible solución a largo plazo del problema y en efecto fortalezca la atención del profesional de enfermería hacia el paciente y sus familiares, a través de la aplicación de un proceso de enseñanza y aprendizaje, que ayude a consolidar sus conocimientos acerca de los aspectos más importantes sobre los procedimientos y cuidados realizados al paciente en la UCI, así como la información que puede ofrecer a los familiares sobre los mismos, generando un espacio para la reflexión.

El equipo de enfermería en su conjunto debe trabajar estrechamente con el equipo médico, ya que es un grupo de colaboración de la actividad médica, el cual

brinda apoyo coordinado, planificado y coherente haciendo de la UCI un departamento prestador de servicios de calidad probada.

Se espera que el presente estudio sirva de estímulo y apoyo para desarrollar, bien sea programas de orientación u otras investigaciones, dirigidas a los Profesionales de Enfermería con el objeto de introducir importantes cambios en el tema, y de igual manera el resultado que se obtenga de esta investigación se pueda emplear como antecedente y guía para otros estudios.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Antecedentes

Los antecedentes de la investigación se refieren a estudios previos relacionados con el problema a investigar. Así mismo, en toda investigación, la síntesis conceptual se basa en trabajos realizados sobre la problemática existente con el fin de determinar el enfoque metodológico de la misma investigación. Tamayo, M. (2001) señala que: “El antecedente puede indicar conclusiones existentes en torno al problema planteado. La presentación de los antecedentes busca aprovechar las teorías evidentes sobre el problema con el fin de estructurar el marco metodológico” (p.78). En consecuencia debe estar en función del problema y ser un medio seguro para lograr los objetivos del mismo.

Antecedentes de la Investigación

Mújica, V. y Ramírez, H. (2007) realizaron un estudio de tipo descriptivo transversal, titulado “Información que brinda el profesional de enfermería a familiares sobre los procedimientos realizados al paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño” en Caracas. El método e instrumentos para la recolección de datos se basó en la encuesta con un cuestionario de respuestas dicotómicas. La muestra objeto de estudio fueron los familiares con mayor permanencia dentro y cerca del paciente hospitalizado en la UCI. La investigación se fundamentó en determinar las características del mensaje, donde más de la mitad de la población estudiada manifestó que la información se da de forma sencilla en un lenguaje claro y acorde, pero poco preciso y pertinente. En cuanto a la información suministrada, sobre los procedimientos terapéuticos, fue limitada, obteniendo que el

9,4% de los casos reportó haber recibido información sobre el monitoreo invasivo y el 6,25% información sobre el monitoreo no invasivo, en relación al total de población estudiada.

Ésta investigación guarda una estrecha relación con el presente estudio, ya que en ambas se busca determinar las características del mensaje que brinda el profesional de enfermería y el tipo de información que se le proporciona a los familiares de los pacientes, sobre los cuidados terapéuticos realizados a los mismos, dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos. Para lo cual se hace uso del instrumento (cuestionario con 88% de confiabilidad) utilizado en este antecedente como método para la recolección de datos e información de la presenta investigación.

Hernández, A. (2006) realizo un estudio en la Unidad de Atención y Observación de Emergencia de Adultos del Hospital Dr. Enrique Tejera de Valencia Estado Carabobo. El mismo tuvo como objetivo determinar “La comunicación que se establece entre el profesional de enfermería y los familiares del enfermo hospitalizado”, a través de los indicadores orientación, empatía y respeto. El estudio fue de tipo descriptivo con un diseño prospectivo; la población seleccionada estuvo conformada por 20 familiares de enfermos hospitalizados, a los cuales se les aplico un instrumento tipo cuestionario conformada por 20 ítems con una escala de estimación escalonada tipo Lickert con tres alternativas de respuestas (siempre, a veces y nunca) los resultados obtenidos reflejaron una comunicación favorable entre el profesional de enfermería y los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados emergencia de adulto, no obstante se evidenciaron elementos desfavorables que infieren limitaciones o dificultades traducidas en debilidades en cuanto a la calidad y efectividad de la comunicación por parte del profesional de enfermería con la familia del enfermo.

De este modo la relación con el presente estudio, se basa en la importancia de establecer una comunicación frecuente y asertiva a través de una información precisa, de forma sencilla al familiar, sobre la evolución y tratamiento del paciente; ya que se demostró la presencia de elementos que disminuyen la eficacia en la relación enfermera-familia.

Cervantes, L. y otros (2006) realizaron una investigación titulada “información al usuario sobre los procedimientos realizados por el personal de enfermería” en el Hospital General Regional N° I, en Culiacán, Sinaloa en México. El estudio fue de tipo descriptivo, la muestra estuvo conformada por 43 usuarios adultos hospitalizados, de los cuales se recolectó información a través de una entrevista directa con un formulario estructurado con 16 ítems de opciones múltiples. A través de los resultados se pudo inferir que la enfermera siempre otorga información en un buen porcentaje, durante los procedimientos realizados en cuanto a la secuencia del procedimiento, aunque no siempre otorga la información sobre el objetivo del mismo, sin embargo se debe elevar la cantidad y calidad de intervenciones (información otorgada) estableciendo confianza y consolidando la relación enfermera-usuario a través del cumplimiento de los objetivos, evitando afirmaciones o conductas que podrían convertirse en barreras para la comunicación; así como también satisfacer las necesidades de información del usuario que es esencial en la calidad de atención de enfermería.

De este modo, se aprecia la relación entre la investigación anteriormente mencionada y el presente estudio ya que en ambas la información no se brinda de forma completa o entendible a los familiares de los pacientes, sobre los procedimientos y técnicas realizadas por los profesionales de enfermería.

Blanca, Y. y otros (2000) efectuaron una investigación que tuvo como objetivo determinar “la comunicación enfermera-familiar del enfermo hospitalizado”

en sus dimensiones: expresiones verbales y expresiones no verbales. La misma se realizó en la Unidad de Cuidados Intensivos de Adulto del Hospital Dr. Domingo Luciani. El estudio es de tipo descriptivo, y transversal. La población fue conformada por 60 enfermeras intensivistas, mediante las cuales se obtuvo información por guías de observación de 33 ítems, con respuestas cerradas o dicotómicas (sí – no), con el fin de determinar la comunicación enfermera – familiar, a través de la descripción de las expresiones verbales o no verbales clasificadas por frecuencias relativas, finalmente se establecieron los porcentajes relativos por indicadores para las dimensiones en estudio. En los resultados se determinó que de la totalidad de las observaciones realizadas el 33,2 % fueron positivas, mientras que el 66,7% fueron negativas, esto quiere decir que la comunicación que establecen las enfermeras intensivistas con los familiares es negativamente contraproducente.

Dicha investigación guarda estrecha relación con el estudio del presente trabajo ya que mediante el tipo de comunicación se puede determinar el grado de información que brinda el profesional de enfermería a los familiares de los pacientes en las unidades críticas, que hasta ahora se ha visto debilitada por diferentes factores condicionado la relación entre los mismos.

Fox, S. y Jeffrey, J. (1997) realizaron un estudio comparativo, titulado “El papel de la enfermera con los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. El punto de vista de la enfermera”. Los objetivos del estudio fueron: describir las expectativas sobre el papel de las enfermeras de cuidados intensivos y la percepción del desempeño de su función con respecto a los familiares de los pacientes. Durante el estudio se realizó una encuesta a 47 enfermeras y encontraron una relación similar entre las expectativas y el desempeño. Sin embargo, en las intervenciones enfocadas en la familia que requirieron menos tiempos y menos destrezas de comunicación, fueron desempeñadas más frecuentes que las que requirieron más tiempo y mayor habilidad de comunicación. En consecuencia, ciertas

necesidades de la familia pueden ser insuficientemente satisfechas debido a diversas percepciones entre las mismas enfermeras en relación con su responsabilidad para con los familiares del paciente.

Cabe señalar que este antecedente se relaciona con la investigación propuesta, porque implica medir el nivel de información que ofrece la enfermera intensivista a los familiares de los enfermos en la unidad de cuidados intensivos, reflejando que algunas necesidades de la familia pueden, no ser siempre satisfechas, debido a la debilitada percepción de responsabilidad de la enfermera con los familiares.

BASES TEORICAS

La Información

En sentido general, según Sorberamurina, V. (2007) “la información es un conjunto organizado de datos, que constituyen un mensaje sobre un determinado ente o fenómeno. La información por tanto, procesa y genera el conocimiento humano” (p.2). Los datos se perciben mediante los sentidos, estos los integran y generan la información necesaria para producir el conocimiento que es, el que finalmente permite tomar decisiones para realizar las acciones cotidianas que aseguran la existencia social.

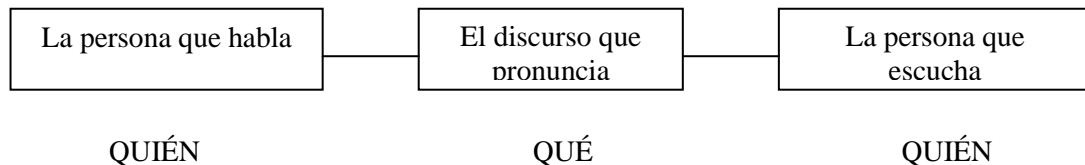
La información, aumenta el conocimiento, según Alarico, C. (2001) “Es un sistema de comunicación de una vía, donde el mensaje viaja a través de unos medios colectivos en donde existen características unilaterales, públicas e indirectas”. (p.12).

De igual modo, para el mismo autor, “La comunicación es percepción, crea expectativas y plantea exigencias, establece una posibilidad inmediata de retroalimentación (feedback). Existe un intercambio de mensajes en forma recíproca

y directa”. (p.12). De esta manera, podemos decir que la información complementa la comunicación ya que lo que se comunica es información en los mensajes.

La Comunicación

La comunicación se puede analizar desde diferentes modelos, el primero de ellos y posiblemente el más conocido, es el “retórico” de Aristóteles (384-322 a.C.), citado por Alarico, C. (2001), quien definió científicamente la comunicación, como “La búsqueda de todos los medios posibles de persuasión” (p.13), dejando claramente asentado que uno de los objetivos principales de la comunicación es la persuasión, es decir, el intento que hace el orador de llevar a los demás a tener su mismo punto de vista, el otro objetivo es informativo, llamado hecho a la mente. Su modelo se organizo en tres fases:



Fuente: Alarico, C. (2001). Lengua y Comunicación. (p.17)

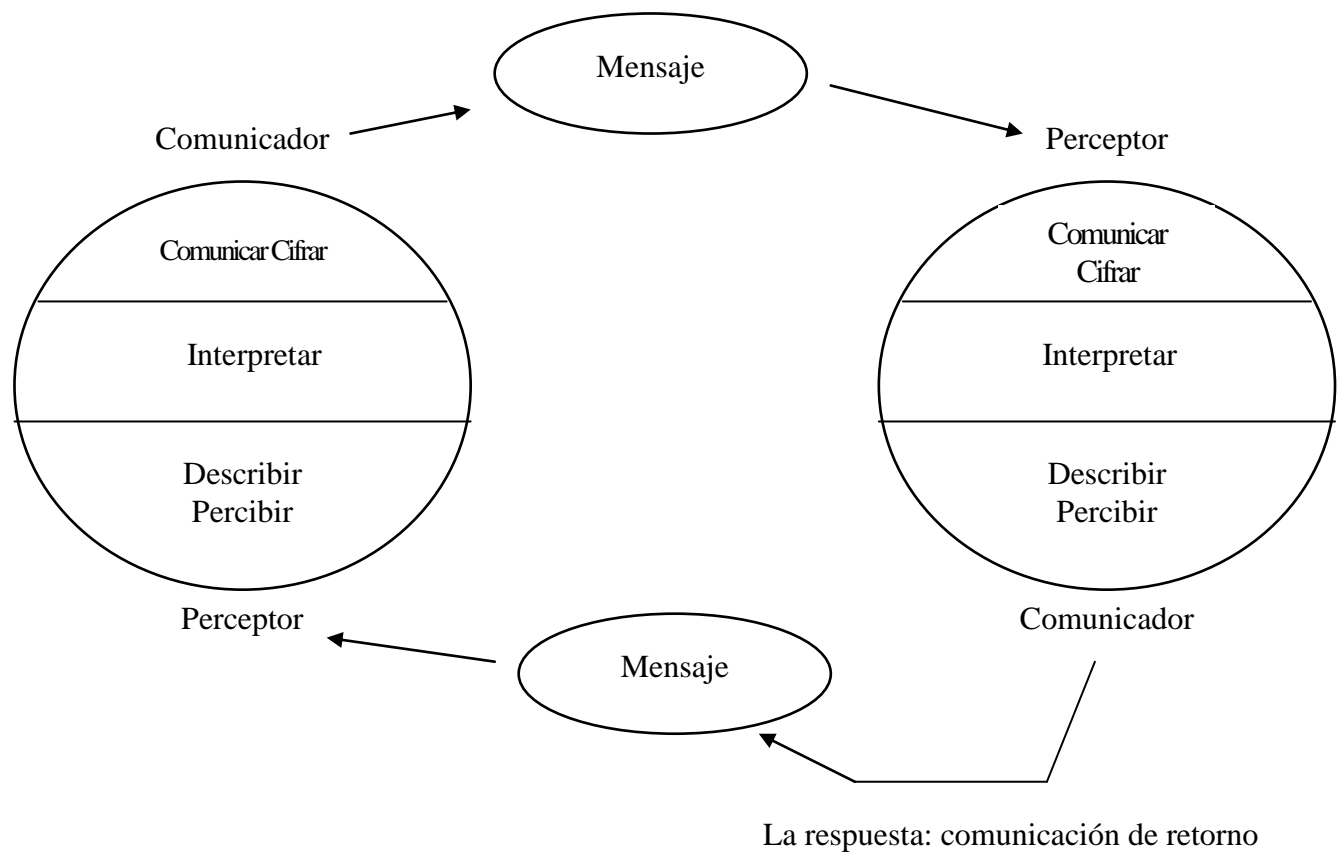
En la comunicación interpersonal, la persona se alterna en sus roles de comunicador y perceptor, la comunicación es directa, recíproca y privada. Según Alarico, C. (2001), “La respuesta que se da a cada mensaje se denomina: comunicación de retorno” (p. 16), muy importante por cuanto, indica cómo se están interpretando los mensajes, si el mismo se comprende de la manera en que se desea transmitir y las reacciones de éste como respuesta a su interpretación.

El mismo autor señala, que en la década de los años cincuenta, Wilbur Schramm, contemplaba como condición esencial para la percepción del mensaje, la

experiencia común de comunicador y perceptor con la clave y el significado del mensaje.

Si los campos de experiencia del perceptor no son los mismos que los del comunicador, no se comprende el significado del mensaje. La utilización de claves (el tipo de lenguaje) no comunes, produce las interferencias semánticas, y dificultan la recepción de los mensajes.

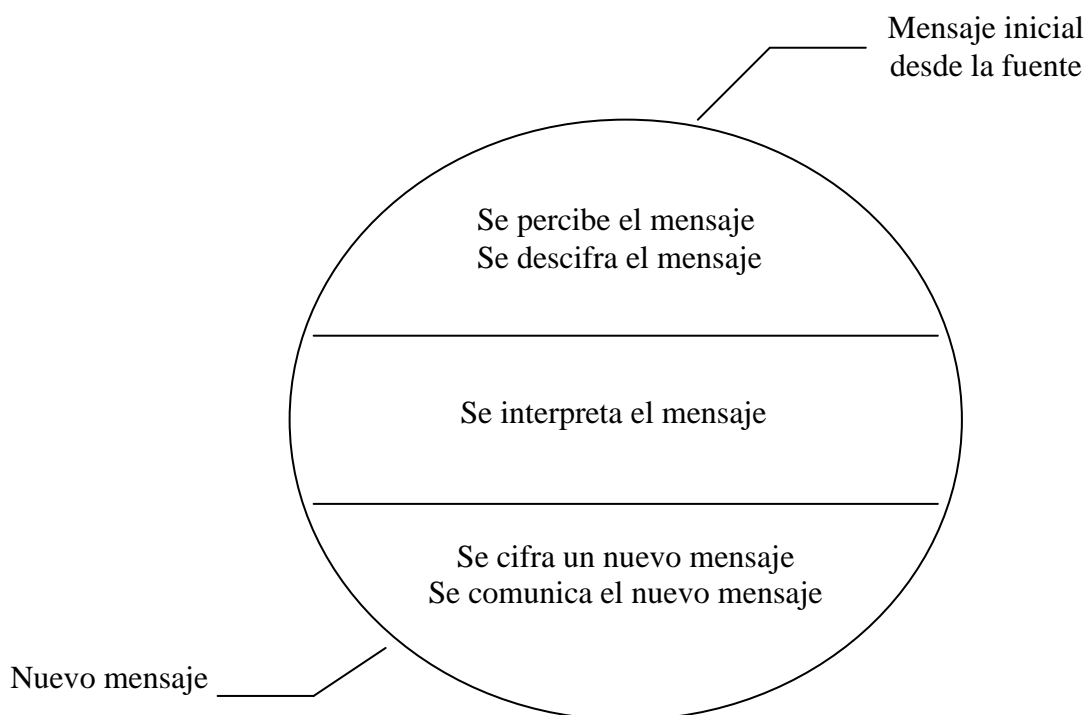
Para poder comprender el proceso de comunicación interpersonal, Georg Schramm, organizo el siguiente modelo:



Fuente: Georg Schramm, citado por Alarico, C. Lengua y Comunicación (2001) (p.18)

Cada persona, en el proceso de la comunicación, es, al mismo tiempo, comunicador y perceptor. Cuando le llega una señal forma de clave, debe ante todo saber descifrarla, para poder percibir, (comprender) su significado. Pero las condiciones físicas y sobre todo psíquicas en que se encuentra el perceptor le hacen interpretar el significado de diferentes maneras. Dos personas pueden interpretar el significado de diferentes maneras. Para Alarico, C. (2001), “El significado no está en las palabras, sino en las personas” (p.1 7).

Después de interpretar el mensaje, éste causa en el perceptor una determinada reacción que puede traducirse en una respuesta. Para transmitir una respuesta, el perceptor tiene que cifrarla y luego comunicar, convirtiéndose entonces en un comunicador. Estas tres etapas por las que pasa el mensaje, las describe Georg Schramm (2001), citado por Alarico, C., en el esquema siguiente:



Fuente: Georg Schramm, citado por Alarico, C. Lengua y Comunicación (2001) (p.18)

Para Yagosesky, P. (2001) la comunicación es el “Proceso de relación humana, mediante el cual expresamos y compartimos nuestra visión de la realidad, con la intención, consciente o no, de influir en los pensamientos, actitudes y comportamientos de quienes nos rodean” (p.19).

Así mismo, para Berlo, D. (2004) “El objetivo básico de la comunicación es convertirse en agentes efectivos, es decir, influir en los demás, en el mundo físico que nos rodea y en nosotros mismos” (p.25). En su modelo **proceso de la comunicación**, señala los siguientes elementos: *la fuente-encodificador, el receptor-decodificador, el mensaje y el canal.*

La fuente- encodificador de la comunicación:

Una vez que se determina la forma en que desea afectar a su receptor, encodifica un mensaje destinado a producir la respuesta esperada. Para Angge, U. y otros (2006) “la fuente, también se conoce como emisor, que elabora y emite el mensaje, que proporciona la información. Puede ser un individuo, un grupo social, un país, etc.” (p.3). Entre sus factores están:

- a. *Habilidades en la comunicación:* existen cinco habilidades verbales en la comunicación. Dos de éstas son encodificadoras: hablar y escribir. Dos son habilidades decodificadoras: leer y escuchar y la otra es crucial tanto para encodificar como decodificar: la reflexión o el pensamiento. Este último se halla implícito en el propósito mismo.
- b. *Las actitudes:* las actitudes de la fuente en la comunicación se asumen con respecto a sí mismo, de forma negativa o positiva, y hacia el contenido del mensaje.

- c. *Nivel de conocimientos:* no se puede comunicar lo que no se sabe, no se puede comunicar con el máximo de contenido de efectividad, un material que uno no entiende. Por otra parte, si la fuente sabe demasiado, si esta súper especializada, puede equivocarse en el sentido de que sus habilidades comunicativas especiales se hallan empleadas en forma tan técnica que su receptor no será capaz de entenderlas.
- d. *Sistema socio-cultural:* los sistemas sociales y culturales determinan en parte la elección de las palabras que la gente usa, los propósitos que tiene para comunicarse, el significado que da a ciertos vocablos, su elección de receptores, los canales que usa para uno u otro tipo de mensaje, etc. La posición de la fuente en un contexto social y cultural habrá de afectar en forma general su conducta en la comunicación.

El receptor-decodificador de la comunicación:

La persona que halla en uno de los extremos del proceso de la comunicación y la que se encuentra en el otro extremo son bastantes similares. En realidad, entablamos una comunicación intrapersonal, la fuente y el receptor son una misma persona. Aquel que en un momento es la fuente, ha sido un receptor. Los mensajes que emite están determinados por los que ha recibido, por las fuerzas que le fueron impuestas en un momento anterior al de codificador. Lo mismo ocurre para el receptor. Él también puede ser considerado como fuente. Durante el transcurso de una comunicación dada es frecuente que el receptor se comporte de ambas formas: como fuente y como receptor.

El paso anterior permite a otra persona recibir el mensaje a través de un Canal de recepción;

Según Angge, U. y otros (2006), los canales naturales de recepción son los órganos de los sentidos: vista, oído, olfato, tacto y gusto. Entre más órganos sensoriales intervengan en la recepción, mejor se recibirá el mensaje, pero esto no es una garantía; el receptor debe estar dispuesto a recibir el mensaje, para que éste llegue más fácilmente. Si el receptor no funciona bien, o pone una barrera mental, el mensaje se pierde (p.5).

El mensaje:

Es el producto físico verdadero del emisor-encodificador. Cuando hablamos nuestro discurso, es el mensaje; cuando escribimos, lo escrito; cuando pintamos, el cuadro, finalmente si gesticulamos, los movimientos de nuestros brazos, las expresiones de nuestro rostro constituyen el mensaje. En éste hay tres factores importantes:

- a. *Código del mensaje:* el código puede definirse como todo grupo de símbolos que puede ser estructurado de manera que tenga algún significado para alguien. Cada vez que codificamos un mensaje se deben tomar ciertas decisiones con respecto al código que se va usar. Se tiene que decidir: qué código, los elementos de éste, los métodos de estructuración de los elementos del código seleccionado.
- b. *Contenido del mensaje:* se puede definir como el material del mensaje que fuera seleccionado por la fuente para expresar su propósito.
- c. *Tratamiento del mensaje:* al presentar un mensaje para expresar su propósito, la fuente, está, facultad para seleccionar una u otra información, uno u otro conjunto de afirmaciones o de evidencias. Puede disponer su contenido de una u otra manera, repetir una parte de éste, resumirlo todo al final o bien omitir una parte y dejar que el receptor la complete si éste lo desea. En resumen,

podemos definir el tratamiento de un mensaje como las decisiones que toma la fuente de comunicación al seleccionar y estructurar los códigos y el contenido (p.47).

El canal:

Son las formas de encodificar y decodificar un mensaje, a través de diversos vehículos, utilizando diferentes medios de transporte. Es decir que el contenido, el código, el tratamiento y el conocimiento del receptor se hayan relacionado con la elección del canal.

Sin embargo, existen muchas barreras en la comunicación que impiden que el receptor no pueda decodificar el mensaje, total o parcialmente. Si bien es cierto, que muchas barreras son producto del medio, algunas de ellas se encuentran en la fuente emisora que no supo codificar su mensaje, sin tomar en cuenta la capacidad o poder interpretativo del receptor.

A veces no nos resulta sencillo dar a entender lo que queremos decir. Mensajes que para nosotros parecen simples y concretos, pueden causar actitudes indeseadas en nuestros interlocutores por malos entendidos con respecto a frases vagas e inespecíficas.

Feeb back – Retroalimentación

Para Angge, U. y otros (2006), La retroalimentación es el paso final que cierra el circuito con la respuesta del receptor, que en este momento toma el papel de emisor, estableciendo así una interacción bilateral: la *comunicación en dos direcciones*. Si la retroalimentación no se diera, entonces la comunicación no se estableció plenamente y sólo se quedó a nivel unilateral como información.

Retroalimentación es el término que se utiliza precisamente para llamar a la información recurrente o información de regreso, y es muy necesaria porque es la que indica al emisor si el mensaje fue recibido, si fue bien interpretado, si se aceptó y utilizó. Cuando la comunicación es completa, ambos interlocutores estarán más satisfechos, se evitará la frustración y se podrá acordar mejor la relación personal o laboral que se tenga, mejorando consecuentemente los resultados de la relación (p.9).

Cuando el receptor reconoce el mensaje y responde al emisor, la retroalimentación ha tenido lugar. La retroalimentación es la respuesta del receptor al mensaje del emisor, completándose el circuito de la comunicación, pues el mensaje fluye del emisor al receptor

Si no se hace retroalimentación esto puede deberse a que el mensaje no se recibió, el mensaje no se comprendió o el receptor no quiso responder. En estos casos, el emisor debe de indagar la falta de retroalimentación. Características de la retroalimentación:

- a. Útil: para enriquecer la información del emisor.
- b. Descriptiva: para que sea eficaz.
- c. Específica: de manera que indique la comprensión del mensaje.
- d. Oportuna: en el lugar y contexto adecuados.

Barreras de la comunicación:

Algunas de ellas son:

- a. Información escasa.
- b. Suposición de que lo que uno dice se entiende.
- c. Comunicación apresurada.
- d. Confusión en las definiciones.
- e. Falta de claridad en el momento de expresar el mensaje.

Las barreras de la comunicación, causan interferencia en el proceso de transmitir el mensaje deseado. Elegir el momento adecuado para comunicarse con otra persona o con un grupo de personas, es factible para determinar si es posible.

Buscar un momento conveniente para discutir un problema, por lo general aumenta la claridad, ya que tanto el que comunica como el que recibe están preparados para explorar el tema.

La comunicación puede ser, entre otras formas, de manera verbal, la cual para esta investigación es la más importante. **La comunicación verbal**, es la más frecuente entre las personas al momento de comunicar sus inquietudes y pensamientos, por lo que hay que tomar en cuenta la *palabra* como punto central, ya que el hombre para interrelacionarse necesita de ella y de la creación de un lenguaje común para los individuos involucrados.

Según Berlo, D. (2004), La comunicación sirve para influir y afectar intencionalmente a otro. Cuando aprendemos a utilizar las palabras apropiadas para expresar nuestros propósitos en términos de respuestas específicas de aquellos en que van dirigidos nuestros mensajes, hemos dado el primer pasó hacia la comunicación eficiente y efectiva. (p. 24).

Las palabras nos ayudan a transmitir información, pero es el compendio de ellas, lo que nos amplía el vocabulario. Con el uso del lenguaje podemos alcanzar el máximo nivel de comunicación y una mayor comprensión. El uso preciso del lenguaje aporta la claridad necesaria para que lo que queremos decir sea realmente el mensaje que la otra persona reciba.

Según la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL) y el Instituto de Mejoramiento Profesional del Magisterio (IMPM), (2002), “El lenguaje cumple esencialmente dos funciones en los seres humanos ya que por una parte sirve

para que se exprese a sí mismo y por la otra para que se comunique con los demás congéneres, por lo tanto tiene una misión de carácter individual y otra social” (p.24).

La comunicación, para alcanzar un nivel óptimo, debe llevar a una forma expresiva orientada a la excelencia. Por ello se toma en cuenta lo que menciona la UPEL e IMPM (2002), sobre las **cualidades del estilo oral**, válidas también para el escrito, las cuales son las siguientes: *claridad, concisión, coherencia, sencillez y naturalidad*.

Cualidades del estilo oral:

La claridad

A veces no resulta sencillo dar a entender lo que se quiere decir. Mensajes que para la persona parecen simples y concretos, pueden causar actitudes indeseadas en los interlocutores, por malos entendidos con respecto a frases vagas e inespecíficas. El uso preciso del lenguaje aporta la claridad necesaria para que lo que se quiere decir sea realmente el mensaje que la otra persona reciba.

Según la UPEL y IMPM (2002),

En términos generales, claridad significa expresión al alcance de un hombre de cultura media, pero quiere decir además, pensamiento diáfano, conceptos bien dirigidos, exposición limpia, es decir, con sintaxis correcta y vocabulario o léxico al alcance de la mayoría...cuando el pensamiento del que emite el mensaje penetra sin esfuerzo en la mente del receptor (p.28).

Hay que garantizar que el receptor comprende el mensaje sin ningún género de duda. Para ello, muchas veces resulta conveniente: usar el lenguaje del usuario y evitar los tecnicismos y utilizar palabras cortas, simples, concretas y de uso común en lugar de palabras largas, compuestas o derivadas, abstractas y poco frecuentes.

Para Yagosesky, R. (2001), Decir algo, es necesario y conveniente saber antes lo que se dirá. Hay que tener bien definidas las ideas que serán expuestas y desarrolladas durante el discurso. Explicaciones y ejemplos claros siempre son agradecidos por quienes están en la, nada sencilla, situación de escuchar, razonar, memorizar y recordar (p.40).

Según Quesadas, M. (2005) “La claridad del lenguaje y el estilo se afinan en el escogimiento apropiado de las palabras, de modo tal que el destinatario pueda comprender sin dificultad el pensamiento del emisor” (p.31). Las frases y oraciones ordenadas sencillamente deben prevalecer sobre las complejas, construidas por abundantes oraciones subordinadas; el vocabulario de uso escaso debe ceder ante el más conocido para garantizar la transmisión nítida de los conceptos.

La concisión

La concisión, debe expresar lo que tiene un valor real de comunicación, eliminando todo lo que sea banal y vulgar, todo lo que pueda desagradar al receptor, grupo o público, por poco exigente que éste sea. Según Yagosesky, R. (2001), la concisión “Es la capacidad de seleccionar y expresar lo prioritario, lo valioso, lo esencial del tema que se elige para exponer” (p.42).

Debemos evitar lo redundante, lo inexpresivo y lo artificioso, es decir, aquello que no despierte interés verdadero, según Quesadas, M. (2005) “decir muy poco con un número excesivo de términos, atenta contra la concisión exigida por el buen estilo, cayendo en el *blabismo* (escribir o hablar mucho sin decir nada) que nace como producto de la verbosidad que sustituye a las ideas” (p. 33).

La UPEL y IMPM (2002), indican que “La concisión resulta de utilizar sólo palabras indispensables, justas y significativas para expresar lo que se quiere decir” (p.29). La concisión se obtiene al expresar el mayor número de ideas con la cantidad adecuada de palabras, sin necesidad de llegar a un lenguaje lacónico (oscuridad del

sentido por la reducción extrema del número de palabras). Un lenguaje conciso se sirve de las palabras necesarias para transmitir el concepto en forma transparente y completa.

La coherencia

Cuando se habla para el receptor, un grupo o un público, el estilo oral debe comunicar el orden correcto de las ideas, así el oyente no se ve precisado a coordinarlas en su mente. Las relaciones entre las ideas expuestas deben ser lógicas evitando las contradicciones, ajustado al nivel que se presume en los oyentes. La coherencia para Yagosesky, R. (2001), “Es la capacidad de iniciar, continuar y culminar la exposición de un tema, sin perder el sentido de la idea principal ni romper el hilo temático (p.43).

Según Quesadas, M. (2005), la coherencia es “Construir los mensajes de forma lógica, relacionando ordenadamente las ideas y remarcando lo que son hechos objetivos y lo que son opiniones, sean del orador o de otras personas” (p.35).

La coherencia permite que el oyente capte fácilmente las ideas, unas tras otras, sin tener que realizar esfuerzos intelectuales. Es adecuado evitar las ramificaciones innecesarias en el desarrollo temático de un discurso, así como las aclaratorias o incisos que tienden a desviarse momentáneamente la atención del oyente y lo distraen del tema principal.

La sencillez

En la comunicación, la sencillez se ve expresada cuando se usa un lenguaje que todos, o al menos la mayoría de los oyentes, puede entender sin necesidad de esforzarse. Yagosesky, R. (2001), refiere “si el objetivo es comunicar mensajes

valiosos o influir de maneras específicas, siempre será mejor expresarse con términos fáciles de comprender y recordar” (p.41).

La sencillez implica expresarse con naturalidad, se alcanza con el empleo de palabras y frases de comprensión fácil, evitando formas rebuscadas o artificiosas, el estilo sencillo es natural y espontáneo.

A través de **las palabras**, se construye el sentido. Según Berlo, D. (2004) “Cuando aprendemos a utilizar las palabras apropiadas para expresar nuestros propósitos en términos de respuestas específicas de aquellos en que van dirigidos nuestros mensajes, hemos dado el primer paso hacia la comunicación eficiente y efectiva” (p.44). Una palabra puede tener muchos significados y es esencial identificar el significado apropiado en el contexto en el cual se está empleando.

Al comunicarnos, existe una serie de características que se pueden establecer dentro de una relación terapéutica y que es necesario mantener si se quiere lograr un proceso adecuado de comunicación, sobre todo si se trata de comunicarse con una persona enferma.

En la información que brindan los profesionales de enfermería a los pacientes y sus familiares sobre la evolución del proceso de enfermedad, se utilizan términos técnicos, que se emplean frecuentemente, creando en el enfermo y su familia cierta confusión. Los profesionales de la salud por el contrario, olvidan que la persona que tiene un padecimiento no es el padecimiento en sí y por eso sustituyen muchas veces el nombre del paciente por la patología, como si ésta fuera una persona andando y no un sujeto de cuidado que tiene múltiples dimensiones, siendo una de ellas su padecimiento.

La enfermedad no existe en la realidad. Existe un proceso biológico interpretado por los profesionales de salud como enfermedad y es construido a su vez por el paciente como su enfermedad, la cual relaciona con sus creencias, su cultura y con su rol en el mundo.

De esta manera, en el marco hospitalario, el paciente y sus familiares van a tratar de determinar la respuesta idónea a la situación, para lo cual buscaran información acerca de la enfermedad a través de todos los indicios que le pueden suministrar las personas con las que interactúan. Dell'Ordine, J. (2001) hace referencia a que:

La comunicación de la enfermera con el paciente y su familia provee al profesional de la oportunidad para reducir la incertidumbre, capacitarlos para actuar en su beneficio, fortalecer la relación interpersonal sirviendo de base a la gestión de salud adquiriendo no solo un valor social, sino además un importante valor terapéutico (p.3).

Al crear una relación terapéutica, se crea el espacio y el lenguaje, en el cual se puede llevar **una relación óptima enfermera-familia**, ya que para cualquier cuidado o intervención lo principal es establecer y mantener esa relación de ayuda que sea eficaz y terapéutica en todo momento.

El cuidado es la máxima expresión de comunicación entre los seres vivos que trasciende más allá de una simple relación entre humanos. En la relación que se establece entre las personas, el cuidado exige la presencia significativa de la persona que cuida, en este caso la enfermera, y de la persona o personas que reciben el cuidado, es decir el paciente y su familia, esa presencia significativa que implica ver, oír, tocar y sentir a través de un proceso de empatía que debe estar presente en la relación interpersonal enfermera-paciente y enfermera-familia.

Según Maglio, Paco (2008) es fundamental desarrollar en nuestra relación con los pacientes las tres C: comunicación, confianza y comprensión. De ser así, se eliminará la industria de la mala praxis, ya que los pacientes nos pueden perdonar el error humano, pero nunca nos perdonarán el abandono, no solo físico, sino también el social, moral y espiritual (p.76).

Una vez que el paciente es diagnosticado y empieza a tratarse, la familia y el paciente experimentan una serie de etapas, las cuales son, según Publicaciones Vértice (2008):

- a. Fase de sorpresa: ocurre cuando se da cuenta de que ocurre algo y aparecen síntomas ansiosos.
- b. Fase de rabia o frustración: comienza cuando se es consciente de estar en un proceso diagnóstico que se hace irreversible.
- c. Fase de resignación: ocurre cuando se confirma el diagnóstico.
- d. Fase de aceptación: es cuando se asume las consecuencias del diagnóstico y de su posible tratamiento. (p.133)

Es entonces, cuando los profesionales de enfermería deben estar atentos en cada una de estas fases e intervenir aplicando diferentes acciones, como por ejemplo, comprender las manifestaciones de ansiedad y agresividad de los familiares, colaborar en la aceptación de la enfermedad por parte de la familia, estar entrenados para comunicar noticias desfavorables, así como dar información oportuna sobre la vida hospitalaria y su funcionamiento.

Los beneficios de comunicar una **información de manera adecuada**, según el autor anteriormente señalado, son:

- a. Mejora el bienestar físico y psicológico.
- b. Hay una mayor adaptación psicológica de la familia a la realidad.
- c. Se verbalizan los temores para aclarar dudas.
- d. Incrementan las actitudes en el beneficio de la promoción de la salud.
- e. Mayor participación en el proceso.
- f. Disminuyen las conductas de ansiedad.
- g. Se logra mantener una relación de confianza con el personal sanitario. (p.135).

Para que la comunicación sea efectiva, es necesario un clima de confianza, el cual se logra asumiendo una actitud sencilla, saber escuchar; saber gozar en la sencillez y transparencia del encuentro inter-personal; no congelarse en normas de conductas rígidas, ni entretenerse en juzgar el contenido o la forma de todo lo que se oye y se ve.

Según Dell'Ordine, J. (2001) la comunicación como proceso de relación verbal, en el que se produce un continuo intercambio e interacción de información entre el personal sanitario y el enfermo, inseparable de la asistencia sanitaria, tanto desde una perspectiva deontológica como ética estricta; obligan a mantener un proceso de diálogo mediante el cual el profesional comunica al paciente cuáles son las sospechas, expectativas y alternativas de tratamiento asociadas a su estado de salud (p.10).

En el ámbito de la medicina intensiva, cuando la competencia del paciente está comprometida, ya sea por la situación patológica o como consecuencia de intervenciones terapéuticas, esta obligación no desaparece, sino que se traslada, proyectándose hacia aquellos que pueden tomar, si es necesario, decisiones encaminadas al mejor beneficio del propio enfermo. Sean estas personas familiares, allegados o representantes legales, el equilibrio entre información y comprensión de la misma es un deber para todos los profesionales implicados.

Sin embargo, esta información tiene los límites impuestos por su adecuado entendimiento, y ello, a su vez, puede estar condicionado por el nivel cultural y de estudios del informado, y por la forma de expresión del informador. En el proceso de información sobre pacientes en situación crítica, se deben considerar dos componentes diferenciados, el informante/informado, los contenidos y la forma de la propia información.

El contenido de la información lo constituye, obligadamente, la situación del paciente, en un sentido exhaustivamente médico y asistencial. El diagnóstico, la

situación actual, las perspectivas, los planes, el tratamiento y sus posibles alternativas y el pronóstico. Ahora bien, este contenido, este “qué” debe ser ofrecido de forma tal, que el receptor lo comprenda, y pasándolo por su propio filtro, intelectual y emocional, lo asuma. Y para ello debe ser proporcionado de una forma determinada.

La información, por Ong, L., Dehaes, A. y Lammes, F. (1995) definen que: Ésta debe ser veraz, fehaciente, contrastable, suficiente, no innecesariamente alarmista y no conscientemente tendenciosa. El receptor ha de poder establecer una línea de actuación razonable en función de la información recibida, y ello será más difícil cuanto menos comprensible, más alambicado y más tecnificado sea el lenguaje utilizado (p.80).

Cuando no se da la expresión verbal del sentimiento como respuesta, es posible interpretarlo, como falta de comprensión, negación, regresión o indiferencia por el familiar.

Para Moreau, D. y Cols (2004) “Es muy importante armonizar el lenguaje de forma tal que, además de su comprensión, se evite el efecto que sobre los informados tiene la detección (real o aparente) de contradicciones conforme a los distintos informantes” (p.169).

Dado que las exigencias laborales impiden que la información sobre un mismo paciente pueda ser proporcionada siempre y de forma exclusiva por un único profesional, es fundamental establecer una forma de transmitir entre profesionales una información adecuada sobre lo que se ha informado por los otros posibles implicados.

O’Brien, M. (1983) señala que “la comunicación casual no sirve cuando la información sea valiosa o llena de significado ya que con frecuencia se necesita

tiempo para que el receptor asimile los pensamientos o sentimientos del transmisor” (p.22).

El profesional de enfermería debe concienciar que la interpretación de su información dependerá del estado de salud del paciente y el estado emocional de sus familiares respecto al problema, así como, de sus necesidades en ese momento y el impacto de su personalidad sobre ellos.

En la UCI, el profesional de enfermería tiene bajo su responsabilidad el cuidado del paciente, quienes la mayoría de las veces se encuentran debilitados y agudamente enfermos. Por lo que, necesitan un cuidado y monitoreo constante a través de medios, que pueden o no ser invasivos, con altos riesgos por el estado de susceptibilidad que la condición clínica les impone. Comunicarse con la familia del paciente crítico en forma clara, directa y empática, ayuda a mejorar la calidad de la relación terapéutica.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

La Unidad de Cuidados Intensivos, es un departamento del hospital con equipamiento especializado y personal altamente calificado para tratar a pacientes con una enfermedad o traumatismo grave. Los pacientes pueden ser ingresados en la UCI desde el servicio de urgencias u otro departamento del hospital, después de una intervención quirúrgica, o ser trasladados allí desde otro centro de salud.

Racedo, V. (2009) define la Unidad de Cuidados Intensivos en dos tipos, UCI tipo 1: Es la Unidad de internación para pacientes, de cualquier edad que se encuentran en estado crítico actual o inminente, con posibilidades de recuperación parcial o total, que requieren para su supervivencia de servicios integrales de atención médica y de enfermería en forma permanente y constante, además de equipos e instrumental que aseguren el adecuado control de tratamiento de pacientes... La UCI tipo 2: Es una Unidad de internación para pacientes con posibilidad de recuperación parcial o total que requieran para su supervivencia de

atención médica y de enfermería en forma constante. Esto incluye pacientes en estado crítico, con riesgo potencial de muerte y/o la necesidad de efectuar procedimientos especiales de diagnóstico y/o terapéuticos que preserven la vida (p.12).

Los cuidados intensivos generalmente sólo se ofrecen a los pacientes cuya condición sea potencialmente reversible y que tengan posibilidad de sobrevivir con la ayuda de los cuidados. Un requisito previo a la admisión en una unidad de cuidados intensivos es que la condición subyacente pueda ser superada. Por lo tanto, el tratamiento intensivo sólo se utiliza para ganar tiempo con el fin de que la aflicción aguda pueda ser resuelta, así mismo darles de alta, tan pronto como haya disminuido la necesidad de este tipo de cuidados.

La UCI se destaca por proporcionar una atención de calidad a los pacientes críticamente enfermos. Dotado de un equipo calificado por médicos y profesionales de enfermería en cantidad suficiente, los que tienen como función proporcionar un cuidado multidisciplinario e integral, que abarca no solo al paciente sino también a su familia.

Según Piña, E. y otros (1995) es necesario “proporcionar cuidados de enfermería de alta calidad y complejidad para pacientes que necesitan observación continua y precisa y cuidados especializados en una atmósfera de comprensión bondad y respeto a la dignidad humana”. (p.57).

La localización de la UCI, en relación a los otros servicios clínicos y de apoyo del hospital tiene que ser esquematizada de acuerdo al grado de proximidad y frecuencia con que estas se vinculan.

Debe ser un área protegida del flujo de circulación habitual de los pacientes, visitas y personal de los demás servicios. Debido a que el paciente se encuentra en estado de salud crítico y depende de los equipos de apoyo a los que se encuentra

conectado, hay que tener en cuenta la vulnerabilidad, tanto de sistemas de soporte, como de los recintos. Cada cubículo destinado a la estadía del paciente debe estar dotado de equipos de apoyo que contribuirán a preservar su vida.

Según Pérez, C. (2008), la Unidad de Cuidados Intensivos debe incluir:

- a. Máquina de plasmaféresis
- b. Endoscopias de urgencia
- c. Máquina de hemodiálisis convencional
- d. Ecotomógrafo multipropósito
- e. Intensificador de imágenes
- f. Diálisis hepática en las unidades que realicen transplante hepático.

De igual modo, la unidad debe tener acceso a otros equipos, como:

Equipamiento del Cubículo del Paciente	Equipamiento en la Unidad de Cuidados Intensivos
1 cama clínica de intensivo con colchón antiescaras 1 monitor cardíaco con posibilidad de conexión a central con: - 1 canal de ECG - 2 canales de presión invasiva - 1 canal de presión no invasiva - 1 oxímetro de pulso - Control de temperatura - Alarmas correspondientes 1 ventilador de volumen 2 tomas de Oxígeno de red central 2 tomas de aspiración central 1 toma de aire comprimido medicinal 5 bombas de infusión 1 bomba de nutrición enteral 1 ambú con válvula de PEEP 1 nebulizador 1 lámpara de procedimientos 1 esfigmomanómetro o monitor para s/v 1 fonendoscopio	1 carro de paro con: desfibrilador, monitor cardíaco, ambú con válvula PEEP 1 monitor cardíaco portátil 1 desfibrilador portátil con marcapaso externo 1 ventilador de traslado 1 carro de procedimientos 1 broncoscopio 2 camillas de traslado 2 bombonas de oxígeno 1 Equipo de rayos portátil 1 monitor central para 6 camas o más 2 negatoscopios cuádruples 2 laringoscopios por cada 3 camas 1 cama radiolúcida 1 ventilador mecánico no invasivo 1 maquina de hemodiálisis convencional, cuyo manejo dependerá del personal de enfermería de la Unidad de Hemodiálisis. 1 sistema de medición de presión intra craneana por fibra

Fuente: Pérez, Carla. (2008). Enfermería con un Modelo Biopsicosocial. (p.7)

La Unidad de Cuidados Intensivos, mantiene normas internas y manuales que permiten unificar criterios y estandarizar procedimientos, los cuales deben ser cumplidos de manera objetiva por todo el personal de salud, en el momento de prestar atención directa al enfermo crítico y su familia.

El manejo del paciente crítico es un reto cotidiano para todo el personal de salud, especialmente para los profesionales de enfermería. A diferencia de otros pacientes su condición clínica es muy inestable y suele incluir la falla de más de un sistema (renal, pulmonar, circulatorio, etc.) por lo que se debe monitorear (control las 24 horas del día) en una unidad especialmente acondicionada como la Unidad de Cuidados Intensivos.

La selección e interpretación de los parámetros a monitorizar, son de utilidad solamente cuando van asociados a un razonamiento clínico de la condición del paciente, basado en los elementos de la historia clínica, exploración física y otros exámenes diagnósticos.

Es fundamental comprender que los monitores no son terapéuticos y que jamás deben separar al clínico del lado del paciente.

La monitorización hemodinámica del paciente crítico, incluye técnicas tanto invasiva como no invasiva. Para Shoemaker, W. y Parsa, M. (1997) “El monitoreo hemodinámico invasivo y no invasivo, permite la identificación de alteraciones fisiológicas corregibles en su fase más temprana, antes de que impliquen un riesgo incorregible” (p.34).

El monitoreo hemodinámico, tiene como finalidad controlar y medir la evolución de las condiciones fisiológicas del paciente crítico dentro de la unidad de cuidado. Esta condición fisiológica, representa una de las preocupaciones más notable

en los familiares del paciente y es sobre ello que el profesional de enfermería debe comunicar de forma sencilla y acertada para que se produzca un buen entendimiento de la información.

Según Sánchez, E. (2007) las técnicas de monitorización cumplen con ciertos objetivos, como lo son:

- a. Conocer de una manera precisa y constante el estado hemodinámico del paciente, sus alteraciones fisiológicas y ver la tendencia de las variables usadas.
- b. Servir como medidas anticipatorias continuas para prevenir morbilidad y mortalidad mayores, al encontrar con rapidez cualquier cambio potencialmente serio que indique empeoramiento del cuadro.
- c. Dirigir la conducta, ver los resultados y cambios fisiológicos secundarios a las intervenciones realizadas. Esto implica revisiones constantes a fin de mantener o modificar el manejo.
- d. Determinar la probabilidad de supervivencia y pronóstico, según las determinadas variables y la tendencia de las mismas (p.4).

De igual modo, el mismo autor señala que **la monitorización hemodinámica** debe realizarse a aquellos pacientes que desarrollen, por su condición clínica, estados de bajo Débito Cardíaco. La magnitud e intensidad de la monitorización variará según la enfermedad, sus antecedentes patológicos y factores de riesgo.

a. Estados de bajo débito

1. Hipovolemia: deshidratación, hemorragia, quemaduras, trauma.
2. Shock: Séptico, cardiogénico, neurogénico, distributivo o anafiláctico.
3. Alteraciones de la función cardíaca: Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Miocardiopatías o Infarto Miocárdico.

b. Pacientes en riesgo de desarrollar bajo débito.

1. Pacientes con antecedentes cardio-pulmonares que van a ser sometidos a cirugía mayor.
2. Cirugía de revascularización coronaria o cirugía cardíaca.
3. Cirugía abdominal mayor.

Según Ruza, T. (2008) “Todo paciente ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos, precisa cierto grado de monitorización básica, que será más o menos intensa y/o agresiva en función del grado de inestabilidad de sus funciones vitales o del mayor riesgo de empeoramiento clínico”. (p.219)

La monitorización hemodinámica, utiliza entre otras, dos tipos de técnicas que generalmente, se realizan combinadas dentro de la unidad de cuidados, la monitorización no invasiva y la monitorización invasiva.

Monitorización no invasiva

Según Ruza, T. (2008) “Las técnicas no invasivas recogen la información de forma no lesiva, por lo que disminuyen ostensiblemente sus riesgos asociados; en determinadas circunstancias pueden dar una información rápida o puntual” (p218). Estas técnicas de monitorización, se caracterizan porque no rompen la piel o penetran físicamente en el cuerpo, permiten medir y mantener un control de los signos vitales, de forma sencilla generando pocas molestias y sin lesiones dolorosas.

Una porción de los enfermos asistidos en las UCI, son admitidos para un mejor control de sus funciones vitales y por lo regular, no se encuentra en ellos ninguna alteración aguda de mayor importancia, como para justificar la adopción de medidas especiales de monitoreo; limitándose las maniobras invasivas.

Según Uribe, M. y Restrepo, J. (2004) “Es importante orientar a los familiares y darles una inducción sobre lo que pueden encontrar en sus primeras visitas a la UCI en relación con la tecnología y el pronóstico de la enfermedad del familiar hospitalizado” (p.50). Con ello se contribuye a minimizar las emociones y sentimientos, propiciando un clima de seguridad y confianza.

El monitoreo básico posibilita el control de la frecuencia y ritmo cardiaco, así como la detección de episodios isquémicos. El monitoreo ECG permanente constituye un elemento casi obligado en las unidades de cuidados intensivos; la información que brinda, aporta datos actualizados de la situación, los que son complementarios de la tensión arterial, la perfusión periférica, la saturación de oxígeno, la temperatura distal y el resto del control hemodinámico.

Mckinley, M. (2000) menciona que “la electrocardiografía representa la forma más eficaz de evaluar el estado cardiaco de un paciente así mismo el monitoreo requiere interpretación y validación por parte del profesional de enfermería en la valoración de posibles arritmias” (p.11).

Según Pusájo, J. y otros (2002) “La señal eléctrica cardiaca en la superficie cutánea es muy pequeña, por lo que es necesario una correcta preparación de la piel y la adecuada colocación de los electrodos” (p.85). El monitor de ECG está influenciado por múltiples factores que pueden interferir la señal, es por ello que ante cualquier duda se debe confirmar la alteración detectada antes del inicio de actitudes terapéuticas que puedan dar posibles errores. Se ha aceptado el monitoreo como modo diagnóstico permitiendo reconocer cambios isquémicos, pero la realización del ECG convencional (12 derivaciones) ante dudas en el monitoreo mantiene un lugar privilegiado en la práctica.

Los monitores son aparatos de registro automatizado, miden entre otros, la presión arterial sistólica, diastólica y media, poseen unos módulos que van conectados al paciente y permiten un registro preciso y continuo, el cual se puede calibrar dependiendo de las necesidades del paciente.

Masclans, J. y Angles, R. (1999) aportan que: Los métodos no invasivos para medir la presión arterial, se basan en un equilibrio de fuerzas entre la presión de oclusión ejercida por el manguito externo y

las presiones intravasculares que se oponen a dicha presión. Cuando la presión del manguito supera la presión arterial, la arteria se colapsa con lo que ocluye el paso de sangre a zonas distales (p.22).

Según Ruza, T. (2008) “La presión arterial, se puede medir mediante un esfigmomanómetro o aneroide; utilizando compresión alrededor de los miembros periféricos superiores e inferiores; siempre y cuando no se vean afectados por factores adicionales, tales como, impedancia de flujo de sangre periférica, obesidad y edema severo” (p.223). Tras una evaluación cuidadosa de la presión arterial, con atención a los detalles en la técnica de medición, permiten obtener cifras fidedignas de los valores con un mínimo de complicaciones.

La presión arterial sistémica también puede ser medida de forma continua a través de un medio invasivo.

Tal como lo refiere Lewis, J. (1997) la vigilancia de la presión arterial sistémica es una técnica invasiva que suministra lecturas continuas y precisas de las presiones sistólicas, diastólicas y media, por medio de la canulación de una arteria, a través de un catéter, conectado a un transductor de presión que convierte la presión arterial en impulsos eléctricos, proyectándose a la pantalla de un monitor; por lo general a la cabecera del paciente, donde se visualiza sus ondas, morfología y valores o audibles que se activan cuando las presiones exceden o disminuyen los límites preestablecidos (p114).

La monitorización de la presión arterial sistémica aporta una gran importancia en la valoración hemodinámica del paciente crítico, por tal razón el profesional de enfermería debe poseer conocimientos sobre su técnica de medición y valores normales que permita determinar cualquier alteración que se le presente de forma inmediata. Así mismo debe valorar cualquier otro signo de alerta que implique el compromiso de algún sistema; como por Ej.: el sistema respiratorio y su buen funcionamiento en el intercambio gaseoso.

El fin de la respiración es suministrar oxígeno a todas las células del organismo y expulsar el dióxido de carbono (CO₂) producido por esas mismas células. El oxígeno es transportado en la sangre en dos formas: disuelto en el plasma y unido a la molécula de hemoglobina esta última representa la mayor y más importante capacidad de transporte. Se puede evaluar de forma no invasiva, mediante la medición transcutánea de saturación arterial de oxígeno (SaO₂).

Para lo cual, Según Pusájo, J. y otros (2002) se utiliza un sensor colocado en un lecho vascular (por ej. Pulpejo del dedo), el pulso sanguíneo provoca una modificación en el trayecto de la luz emitida generándose una onda pletismográfica cuya amplitud depende no solo del pulso arterial, sino además de la amplitud de onda empleada y de la saturación de la hemoglobina (p.106).

La monitorización continua es un método simple que mide la saturación funcional de la oxihemoglobina. La saturografía permite un monitoreo adecuado en pacientes estables y aún levemente descompensados, pero en aquellos en donde la inestabilidad circulatoria es marcada su aporte es dudoso; surge como un método útil de control, posibilitando una aproximación rápida a los niveles de oxígeno por medios no invasivos.

Según Virginia Henderson, citada por Uribe, M. y otros (2004) las necesidades básicas que el profesional de enfermería trata de satisfacer existen independientemente del diagnóstico médico...el rol profesional es suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o completar lo que le falta (hacer con ella); y así hacer posible el máximo desarrollo de su potencial, mediante la utilización de sus recursos internos y externos (p.24).

Monitorización invasiva

La monitorización invasiva utiliza medios agresivos con potenciales riesgos para el paciente, permite valorar continuamente el estado fisiológico del cuerpo,

punzando la piel o introduciendo instrumentos que ayuden a identificar algún riesgo de deterioro agudo, facilitando realizar un tratamiento adecuado de forma precoz.

Para Ruza, T. (2008) “Tiene como principal cualidad el reproducir con gran precisión y rapidez la situación hemodinámica existente, y como limitación más importante, la propia agresividad de la técnica” (p.219). La invasividad en la monitorización debe contemplar la relación riesgo/beneficio, alcanzando su grado máximo cuando la gravedad de la situación hemodinámica lo considere necesario.

Según Parra, M. y Arias, S. (2003) la monitorización invasiva es el procedimiento de vigilancia continua de la función cardiovascular, a través de la observación clínica y la medición de parámetros, resultantes del estudio del movimiento y las fuerzas de la sangre dentro del sistema cardiovascular, usando catéteres especiales y equipos sofisticados (p.319).

El profesional de enfermería es el encargado de dar sentido a la información que proporciona todo el sistema. Así como también, es el encargado de mantener el equipo en condiciones óptimas para obtener la correcta y exacta información del estado hemodinámico del paciente. Además, deben interpretar los datos obtenidos en el monitor, relacionarlos con la observación clínica del paciente y actuar en consecuencia.

El estado hemodinámico del paciente crítico dentro de la UCI, por lo general necesita de un soporte ventilatorio, que por su condición clínica puede o no, desarrollar estados de bajo Débito Cardíaco. La magnitud e intensidad de la monitorización variará según la patología, sus antecedentes patológicos y factores de riesgo.

Según Parra, M. y Arias, S. (2003) las indicaciones para un soporte ventilatorio son:

- a. Apnea (la más urgente).
- b. Insuficiencia respiratoria.

- c. Obstrucción de vías respiratorias.
- d. Control de la ventilación (tétanos, estados epilépticos).
- e. Función insuficiente de la pared torácica (S. Guillen-Barre).
- f. Incapacidad del paciente para proteger sus vías respiratorias debido a actividad refleja incorrecta. Entre otras (p.117).

El soporte ventilatorio se realiza a través de la intubación endotraqueal del paciente, bajo medios de sedación y analgesia, el cual para Parra, M. y Arias, S. (2003) “Se trata de un método de elección para la apertura y aislamiento definitivo de la vía aérea. Asegura además la protección contra el paso de cuerpos extraños al árbol bronquial, y facilita la ventilación artificial y la aspiración de secreciones” (p.117). La intubación endotraqueal, se puede indicar para tratar obstrucción de la vía aérea en la epiglotis o por debajo de la misma, por incapacidad del paciente para limpiar las secreciones, para la administración de concentraciones exactas de oxígeno o para la instauración de la ventilación mecánica.

Cuando el paciente se somete a la necesidad de estar intubado como consecuencia del estado de salud que presenta; pierde parte de su autonomía o la totalidad de la misma, creando una dependencia de autonomía asistida.

Según Uribe, M. y otros (2004) “la dependencia es el desarrollo insuficiente e inadecuado para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo...a su situación de vida: salud o enfermedad” (p.27).

El paciente con intubación endotraqueal, que se encuentra bajo soporte ventilatorio, asistido o controlado, se mantiene en un estado de analgesia inducido por drogas; lo que lo mantiene relajado o inconciente de su medio externo, bien sea para disminuir las molestias y el dolor que esto le pueda causar, así como para que se pueda acoplar a los parámetros prescritos al soporte ventilatorio.

Este hecho, es uno de los más preocupantes por los familiares, ya que desconocen la forma de comunicarse con su familiar. El profesional de enfermería debe explicarles, que aún bajo sedación, en la mayoría de los casos el paciente se encuentra parcialmente despierto; aunque no hable, o se encuentre profundamente dormido, es bueno hablarles; y el familiar puede ayudar haciéndolo en tonos suaves, contando historias, dándole información normal, para mantener el cerebro activo, y a la vez, calmado. La voz de alguien que ellos conocen es siempre útil y los ayuda a crear sentimientos de seguridad.

En el caso de las emociones asociadas con la enfermedad la familia está especialmente sensible. Dado el gran número de emociones de diferentes clases que se suelen experimentar en una situación de enfermedad y que no son fáciles de sentir en el mismo grado de la vida cotidiana (miedo, dolor, ansiedad, inseguridad, incertidumbre, etc.), suele ser habitual que la familia experimente un aumento considerable en sus emociones y sentimientos, al ver a su familiar conectado a tantos aparatos a su alrededor.

Según Uribe, M. y otros (2004), La familia, al igual que la persona enferma, está en crisis, se pregunta por el resultado y el pronóstico, por los procesos y procedimientos diagnósticos o terapéuticos, presenta conflictos o comportamientos de negación, racionalización, culpa, ira, desesperanza o, en ocasiones, somatiza... La ansiedad, el temor, la pérdida de control, el agotamiento físico y mental son respuestas normales a una situación estresante (p.50).

El profesional de enfermería tiene entonces, la responsabilidad de volverse muy sensible a esas señales que la familia manifiesta, pues esta situación amerita la necesidad de comunicación que le brinde mayor información sobre los procedimientos terapéuticos que se le realizan a su familiar; con ello se contribuye a minimizar las emociones y sentimientos. De igual forma, tener una comunicación

más asertiva, un contacto más personalizado y frecuente, crea un clima de seguridad y confianza.

Dentro de los procedimientos terapéuticos que se le realizan al paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos, se encuentra la ventilación mecánica, según Parra, M. y Arias, S. (2003) uno de sus objetivos: “Es el de llevar un cierto volumen de gas a los pulmones, para que en los alvéolos se produzca el intercambio gaseoso” (p.9).

Según los mismos autores, para poder sustituir la función respiratoria con aparatos mecánicos; se requiere la generación de una fuerza que supla la fase activa del ciclo respiratorio; una vez generada la fuerza necesaria, para que la inspiración se lleve a cabo, debe establecerse el mecanismo de ciclado que permita realizar cada una de las fases del ciclo ventilatorio; es decir, obtener las condiciones para que se inicie la inspiración, regular cuando debe terminar esta y facilitar que se realice la expiración. La ventilación mecánica se puede realizar a través de ventilación invasiva y no invasiva.

La ventilación mecánica invasiva, según Parra, M. y Arias, S. (2003) es un procedimiento de respiración artificial que emplea un aparato mecánico para ayudar o sustituir la función ventilatoria, uniendo las vías aéreas del paciente a un respirador mediante la creación de una vía aérea artificial por intubación endotraqueal (boca/nariz) o traqueotomía, pudiendo mejorar la oxigenación e influir en la mecánica pulmonar (p.124).

Sus principales objetivos son:

- a. Mantener el intercambio gaseoso (O₂-CO₂).
- b. Facilitar el trabajo respiratorio. Algunas personas pueden respirar pero les cuesta mucho. Se sienten sin aliento y con malestar.

- c. Para que respire un paciente que no lo está haciendo, debido a una lesión, traumatismo cerebral (como un coma), una lesión de la médula espinal alta o una gran debilidad muscular.

Si una persona ha presentado una lesión grave o una enfermedad que detiene el esfuerzo respiratorio, puede utilizarse la ventilación mecánica, para ayudar a los pulmones a respirar hasta que la persona se recupere; haciendo todo el trabajo respiratorio o simplemente colaborando con la respiración del mismo.

El profesional de enfermería debe informa a los familiares la necesidad y complicaciones del uso de la ventilación mecánica en el paciente, la cual puede salvarle la vida, pero no solucionar la enfermedad o lesión primaria; simplemente ayuda a mantenerlo vivo hasta que otros tratamientos resulten eficaces. Así mismo, puede estar conectado al ventilador durante sólo unas pocas horas o días, mientras que otros pueden necesitar el ventilador durante más tiempo. Algunos pacientes nunca mejoran lo suficiente como para desconectarse del ventilador totalmente.

Las principales complicaciones que pueden aparecer debido al uso de la ventilación mecánica son:

- a. *Infecciones*: La sonda endotraqueal o traqueotomía permite que los gérmenes (bacterias) penetren más fácilmente en los pulmones. Esto puede provocar una infección tipo neumonía. La neumonía puede ser un serio problema y puede significar que una persona tenga que permanecer conectada a la máquina por más tiempo. Las neumonías pueden tratarse a menudo con antibióticos.
- b. *Colapso pulmonar* (neumotórax): A veces, una parte del pulmón que está débil puede llegar a estar demasiado lleno de aire y empieza a perderlo. La fuga permite que el aire entre en el espacio situado entre el pulmón y la pared

torácica. El aire en este espacio ocupa sitio, de modo que el pulmón empieza a colapsarse. Si se produce esta fuga de aire, hay que eliminarlo de dicho espacio.

Según Maglio, P. (2008) el profesional de enfermería debe explicar a los familiares la necesidad e importancia de colocar un tipo diferente de sonda (sonda torácica) en el tórax, específicamente entre las costillas para drenar el aire sobrante. La sonda permite que el pulmón se vuelva a expandir y selle la fuga. La sonda torácica suele tener que permanecer algún tiempo para asegurar que la fuga se ha detenido y se ha eliminado todo el aire sobrante (p.101).

- c. *Lesión pulmonar:* La presión de introducir aire dentro de los pulmones con un ventilador puede lesionar los pulmones. Esta lesión puede a veces curar si la persona es capaz de recuperarse de la enfermedad grave.
- d. *Efectos secundarios de las medicaciones:* A veces los medicamentos sedantes pueden acumularse y el paciente puede permanecer en un sueño profundo durante horas o días incluso después de haber suprimido el medicamento. Esto mejorará con el tiempo.
- e. *Soporte vital:* En pacientes que están muy enfermos, en ocasiones el ventilador sólo pospone la muerte. No todo paciente mejora sólo por el hecho de usar un ventilador. Es difícil predecir o saber con seguridad si una persona se recuperará con el tratamiento. Si bien los pacientes pueden morir aún estando conectados a un ventilador, a veces el ventilador parece prolongar el proceso de la muerte.

El paciente dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos, también mantiene una continua monitorización invasiva de la presión arterial (PA), a través de un sistema transductor de presión, el cual según Owen, A. (1993) “Conectado a un

sistema de monitoreo, permiten que el profesional de enfermería visualice de forma continua las presiones intravasculares e intracardiacas...Así mismo detectan las señales dinámicas que provienen de estas presiones y transmiten las señales a la pantalla de un monitor” (p.87).

La monitorización directa de Presión Arterial Sistémica, es casi imprescindible en enfermos con marcada inestabilidad hemodinámica, con crisis hipotensivas o hipertensivas, sometidos a tratamiento con potentes fármacos vasoactivos; permite obtener información sobre las presiones de perfusión periférica, además de brinda la posibilidad de extraer muestras de sangre para la determinación de gases arteriales, evitando así, punzar frecuentemente al paciente.

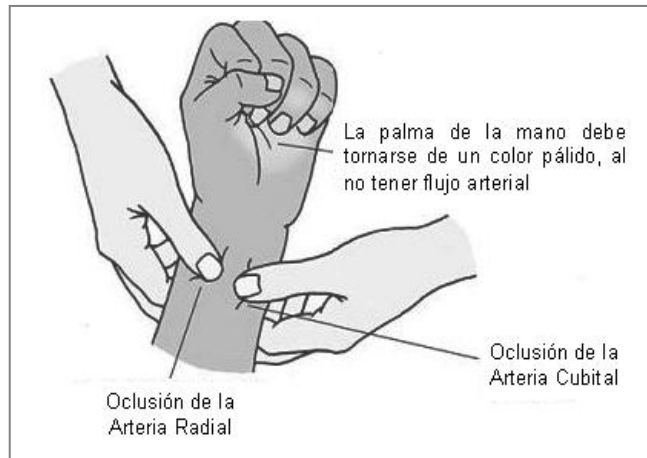
El monitoreo hemodinámico invasivo de la PA, es una técnica que requiere la colocación de un catéter de diferente calibre, en una arteria periférica (arterial radial, cubital o pedía, y en algunos casos, femoral), con circulación colateral amplia que mantenga la viabilidad de los tejidos distales si ocurre una trombosis; la misma debe ser accesible para los cuidados, evitando zonas que se puedan complicar por infecciones o trastornos de la barrera epidérmica.

La curva que se aprecia en el monitor, representa una onda de presión, en la que se puede analizar la amplitud y la morfología. La amplitud aumenta con el volumen latido y estados hiperdinámicos y disminuye con la reducción del volumen sistólico.

Para cateterizar una línea arterial, que nos permita la valoración continua de la tensión arterial invasiva, se debe realizar el Test Allen (si la arteria seleccionada se localiza en uno de los miembros superiores), esta técnica permite valorar la presencia y el funcionamiento de la circulación colateral del miembro antes de realizar una punción arterial.

El Test de Allen se utiliza para probar el suministro de sangre a toda la extremidad de la mano. Se realiza antes de la toma de muestras de sangre arterial o la cateterización de la misma.

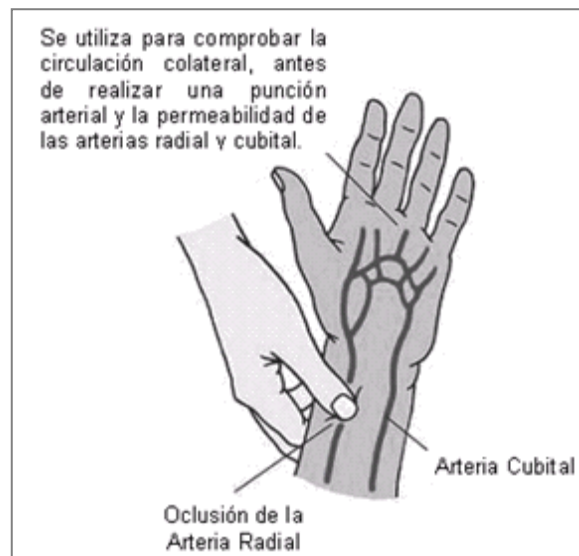
- a. Se coloca la palma de la mano hacia arriba, para poder observar los cambios de color.
- b. Se comprime con los dedos (puede ser índice y medio) simultáneamente las arterias radial y cubital.



Fuente: Dr. Steves Angus (2006). Acid Balance Bases University of Connecticut. (p.1)

De esta manera obstruimos el flujo sanguíneo arterial de la mano.

- c. Pedimos al paciente que abra y cierre la mano varias veces, con lo que, la palma de la mano se quedará pálida.
- d. Quitamos el dedo que presionaba la arteria cubital, y observamos cuanto tiempo tarda en recuperar el color la palma de la mano (debe de ser en aproximadamente 7 segundos).



Fuente: Dr. Steves Angus (2006). Acid Balance Bases University of Connecticut. (p.22)

- e. Este procedimiento se repetirá manteniendo la presión en la arteria cubital y liberando la arteria radial.

El profesional de enfermería puede explicar a los familiares, durante la visita, la importancia de cateterizar una línea arterial en el enfermo, esto ayudará a la

familia, en gran parte, a comprender la necesidad de realizar ciertos procedimientos un tanto agresivos que ayudan a preservar la vida del paciente.

La cateterización arterial es una técnica invasiva, no exenta de complicaciones, que permite mantener un acceso directo y permanente con el sistema arterial del enfermo. Tras la previa colocación de un mecanismo de medición, se puede disponer de un control continuo de la presión arterial.

Entre las posibles complicaciones, Steves, A. (2006) menciona:

- a. Isquemia del miembro por disminución en la irrigación o por embolias, trombos o aire (quedando amortiguado cuando se comprueba adecuadamente el flujo alternativo).
- b. Hematoma infectado
- c. Déficit neurológicos
- d. Aneurismas en la zona de punción
- e. Fístulas arteriovenosas (p.28)

Los dispositivos mínimamente invasivos han ido emergiendo durante los últimos años como una alternativa de apoyo eficaz para las herramientas clásicas de monitorización, ayudando a proporcionar una visión suficientemente amplia del estado hemodinámico del paciente y facilitando la detección precoz de los cambios producidos por un deterioro clínico brusco.

Con frecuencia los parámetros habituales de monitorización, como la tensión arterial, la frecuencia cardíaca, entre otros, deben apoyarse con diferentes valores cuantificables que permitan un manejo terapéutico adecuado. Se hace necesario, por tanto, controlar la administración de líquidos en el organismo, con el fin de valorar la tolerancia del paciente a la sobrecarga de volumen y por ende su nivel de volemia adecuado. Todos estos datos proporcionan con mayor precisión información acerca del estado hemodinámico del paciente y permiten, además, poder anticiparse a la aparición de un daño orgánico irreversible.

En pacientes en los que se sospecha una pérdida de volumen, la monitorización de la Presión Venosa Central (PVC), es una guía útil para la reposición de volumen. Los valores de la PVC por si solos no son un indicador de hipovolemia, pueden estar normales o incluso elevados en pacientes con mala función ventricular izquierda.

La PVC por lo tanto no refleja el estado de volumen circulante, más bien indica la relación entre el volumen que ingresa al corazón y la efectividad con que este lo eyecta. Aunque la medición aislada puede no tener ningún valor, las mediciones seriadas en pacientes con buena función ventricular izquierda pueden guiar la reposición de volumen.

Según Beare, P. y Myers, J. (1999) mediante la PVC, se mide la presión existente en la vena cava o en la aurícula derecha, en cm de agua...Se introduce un catéter central a través de la vena yugular o subclavia, cuyo extremo más distal debe llegar como mínimo a la última porción de la vena cava o aurícula derecha, y mediante una regla graduada en cm en la que se introduce suero fisiológico, conectada al catéter mediante un sistema, permite medir la presión en cm de agua que existe en la vena cava o en la aurícula derecha (p.28).

Para realizar la medición de la PVC, el paciente debe colocarse en posición decúbito supino, sin moverse, ya que se altera la medición en unos 2 - 3 cm. Una vez conectado el sistema de presión venosa central, se ubica en el paciente a nivel de una línea imaginaria desde el cuarto espacio intercostal alrededor del lado derecho del tórax, atravesado por una segunda línea imaginaria desde la línea media axilar, hacia abajo hasta encontrarse con la línea anterior (es el punto de aproximación al nivel de la aurícula derecha conocido como eje flebostático). Se espera a que la columna de líquido en la escala graduada descienda hasta el momento en que oscile ligeramente y detenga su descenso entre unos puntos específicos. Este valor es el que se registra como PVC.

Si el paciente esta conectado a ventilación mecánica, es preferible desconectarlo para realizar la medición, en caso contrario se registrarán las condiciones en que se realizó la medición. De igual modo, debe realizarse un registro horario de la diuresis y el volumen de líquidos aportados por el mismo.

La presión venosa central, se mide a través de la inserción de un catéter venoso central. Según Beare, P. y Myers, J. (1999) “Es un catéter de gran calibre con una, dos o tres puertas de entrada que pueden utilizarse para administrar líquidos, medicaciones o nutrición parenteral por vía intravenosa...se introduce debajo de la piel y se lleva hasta vena cava superior” (p.29). De igual modo sirve para la administración de sustancias vaso activas o tóxico irritantes, así como para procedimientos radiológicos y terapéuticos.

Las medicaciones que se administran por estos catéteres se mezclan con grandes cantidades de sangre, lo que aminora las reacciones locales. El catéter se coloca en una gran vena que desemboca en el corazón, de forma que su cuidado es muy importante.

Para Beare, P. y Myers, J. (1999) “Es imprescindible utilizar una técnica estéril, los aspectos básicos del cuidado son la limpieza del punto de inserción para evitar la infección, la limpieza interna con la solución recomendada para evitar la formación de coágulos y mantener tapadas las puertas de entrada para evitar que se introduzca aire en el sistema circulatorio” (p.29).

El profesional de enfermería, debe mantener un rol educativo durante todos los procedimientos, tanto para el paciente como para la familia, principalmente con respecto a:

- a. Los beneficios, riesgos y complicaciones derivadas de portar un catéter venoso central.

- b. Los signos de complicaciones que se presenten, para dar aviso de inmediato al médico o miembros del equipo de salud.
- c. Asegurar la manutención de la indemnidad y fijación del catéter.

Además de considerar estas normas, el profesional de enfermería, según Rosales, S. y Reyes, E. (1999) “debe educar a los familiares sobre las técnicas empleadas para alimentar al paciente, dependiendo de su estado de salud y enfermedad” (p.282).

Estas técnicas generalmente se realizan por las vías digestiva y parenteral, permiten proporcionar aquellos nutrientes necesarios para mantener o recuperar la salud y prevenir enfermedades o complicaciones. La administración de estos nutrientes, se realiza mediante técnicas de alimentación forzadas (técnica de introducir a través de una sonda nasogástrica alimentos en forma líquida al estomago) o por gastroclisis (procedimiento para introducir alimentación líquida, gota a gota, mediante una sonda).

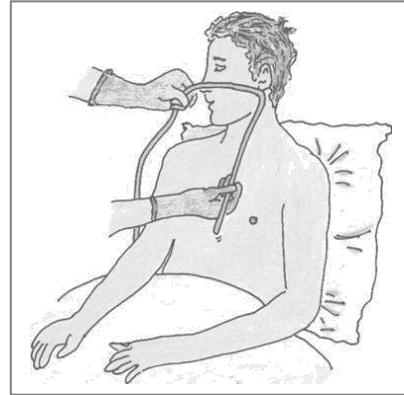
La intubación nasogástrica, según Rosales, S. y Reyes, E. (1999) “Es el procedimiento por el cual se introduce un sonda, habitualmente de plástico, de hule o cloruro de polivinilo (PVC), a través de la nariz (o la boca) a la cavidad gástrica” (p.285).

Los mismos autores, señalan que sus principales objetivos son:

- a. Eliminar líquidos y gases por descomposición del tracto digestivo alto.
- b. Determinar la cantidad de presiones y actividad motora en el tracto digestivo.
- c. Tratar pacientes con obstrucción mecánica y con hemorragia en el tracto digestivo.
- d. Administrar alimentos o medicamentos directamente a la cavidad gástrica.
- e. Obtener muestras de contenido gástrico (p.285).

Para realizar **el sondaje nasogástrico**, se debe principalmente, mantener una técnica estéril, colocar al paciente en posición de Fowler (con la cama en posición sentado o semisentado), y determinar la cantidad de tubo que debemos introducir para llegar al estómago.

Con ayuda de la propia sonda, se mide la distancia que va desde la punta de la nariz del paciente al lóbulo de la oreja, y de hay al apéndice xifoides del esternón (figura 3). Las sondas suelen presentar unas marcas que pueden servir de orientación, pero es conveniente realizar una marca hasta el lugar deseado.



Fuente: Botella Carolina (2009).
Técnicas en Atención Primaria.
Caracas-Venezuela. (p.3)

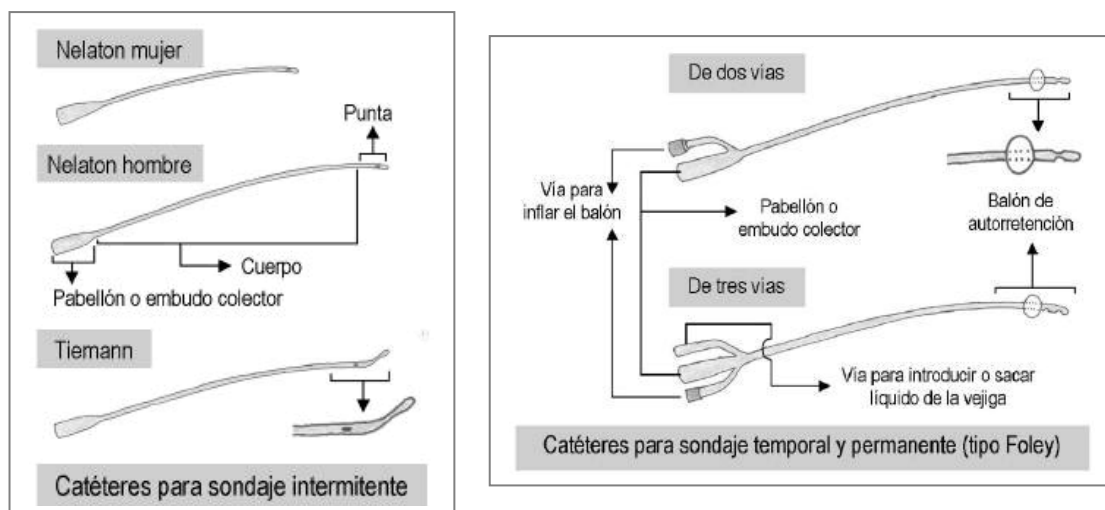
Como todo procedimiento invasivo, la cateterización una sonda nasogástrica puede presentar ciertas complicaciones; entre las que se puede mencionar, según Botella, C. (2009) son:

- a. Traumatismo y/o hemorragia nasal, faríngea o laríngea.
 - b. Obstrucción o intubación laringotraqueal.
 - c. Aspiración del contenido gástrico.
 - d. Traumatismo o perforación esofágica y gástrica.
 - e. Complicaciones irritativas: rinitis, faringitis, esofagitis o gastritis.
- (p.3).

El profesional de enfermería debe explicarle a los familiares, que la colocación de una sonda nasogástrica, es un método sencillo, seguro y eficaz que le ayudará al paciente conseguir y mantener un correcto estado nutricional; que además se utiliza para aplicar medicamentos y descomprimir el estómago si es necesario.

Así como la sonda nasogástrica, el sondaje vesical también es un procedimiento invasivo, casi obligatorio para los pacientes críticos dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos.

El sondaje vesical, según Rosales, S. y Reyes, E. (1999) “Es una técnica que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral, con el fin de establecer una vía de drenaje, temporal, permanente o intermitente, desde la vejiga al exterior” (p.298). Las sondas son un tubo de látex o de silicona cuya consistencia depende de su composición y tienen uno o varios orificios en la parte distal.



Fuente: Botella Carolina (2009). *Técnicas en Atención Primaria*. Caracas-Venezuela. (p.3)

Según Botella, C. (2009): Los diferentes tipos de sondaje son: *Sondaje intermitente*: Después de realizar el vaciado de la vejiga, se retira el catéter y el *Sondaje temporal*: Después de realizar el sondaje, el paciente permanece un tiempo definido con el catéter. *Sondaje permanente*: Después de realizar el sondaje, el paciente ha de permanecer indefinidamente con el catéter (con los recambios correspondientes (p.2).

Según Rosales, S. y Reyes, E. (1999) las principales indicaciones para el sondaje vesical son:

- a. Obtener una muestra de orina exenta de contaminación para investigar la presencia de gérmenes patógenos.
 - b. Vaciar la vejiga en caso de retención urinaria.
 - c. Preparar al paciente para intervenciones quirúrgicas.
 - d. Evitar micciones involuntarias en pacientes inconscientes o con problemas neurológicos.
 - e. Facilitar la eliminación urinaria en pacientes inmovilizados.
 - f. Facilitar la eliminación urinaria en el post operatorio o post parto de pacientes con edema uretral y heridas quirúrgicas dolorosas.
 - g. El control cuantitativo de la diuresis.
 - h. Recolección de orina de varias horas en pacientes incontinentes.
 - i. Presencia de vejiga neurógena (cuando la vejiga no se vacía apropiadamente, debido a una afección neurológica).
- El profesional de enfermería debe medir con exactitud el ingreso y egreso de líquidos por el paciente (p.298).

Para las mismas autoras “La asistencia del profesional de enfermería en todos los tipos de problemas urinarios, se basa en proporcionar comodidad, seguridad emocional y física en las que el paciente y su familia encuentren apoyo” (p.297). El profesional de enfermería debe orientar a la familia sobre todo lo relacionado a los procedimientos invasivos que se le realizan al paciente, como medidas de soporte vital para resguardar su bienestar, y así la rehabilitación del enfermo sea lo más favorable en sí, ayudándoles a que conozcan mejor el proceso de evolución a la mejoría o detección de problemas o en el caso contrario, de la no mejoría o complicaciones.

Para poder dar información, el profesional de enfermería debe valorar el conocimiento del paciente, si este está conciente, y de los familiares que lo acompañan, así como su nivel cultural, de aprendizaje, entre otros. Hay que abordar cuestiones básicas con las que se puedan encontrar, por ejemplo:

- a. Identificar, con el enfermo y sus familiares, sus dudas u objetivos de enseñanza y una vez detectadas estas deficiencias, se le indica lo que deben

saber o necesitan aprender. Poner en práctica el mecanismo de *Feed-Back*; motivar y promover su participación para que realicen preguntas.

- b. Involucrar y comprometer activamente al paciente y sus familiares, con el proceso de aprendizaje, contribuyendo así, a la autoresponsabilidad y al autocuidado por parte del paciente si es el caso.

Las normas de enseñanzas o pautas a seguir, suelen darse al paciente y sus familiares, de forma rutinaria, casi sin caer en cuenta de ello, sin programarlo; por lo que el concepto de cuidar queda bien definido, ya que es algo inherente al trabajo en sí. El profesional de enfermería debe asegurarse que la información que brinda a los familiares, se entienda de forma clara y sencilla, despejando las posibles dudas que son el mal más habitual ante la prisa y el desconocimiento.

BASES LEGALES

Toda investigación debe tener un fundamento legal que le permita comentar y establecer criterios en el momento del desarrollo y más si es un proyecto, el mismo debe de estar basado en la constitución, reglamentos, leyes, etc., que tenga pertinencia con el caso planteado.

Esta investigación está fundamentada legalmente por lo descrito en:

- a. La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2000).** Título III. De los Derechos Humanos y Garantías, y de los Deberes:

Capítulo V. De los Derechos Sociales y de las Familias: Artículo 75. El Estado protegerá a las familias como asociación natural de la sociedad y como el espacio fundamental para el desarrollo integral de las personas. Las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes, la solidaridad, el esfuerzo común,

la comprensión mutua y el respeto recíproco entre sus integrantes. El Estado garantizará protección a la madre, al padre o a quienes ejerzan la jefatura de la familia.

El respeto de los derechos humanos es necesario para el desarrollo y bienestar humano de las personas en la comunidad. Estos bienes incluyen la vida misma, la salud, el conocimiento, el trabajo, la comunidad y la religión. Maglio, P. (2008) opina que “Ante todo, la familia es una comunidad de personas, para las cuales el propio modo de existir y vivir juntos es la comunión” (p.19).

La familia, por su misma naturaleza, es sujeto de derechos, es el elemento fundacional de la sociedad humana y la fuerza más necesaria para el desarrollo pleno de la persona humana.

En referencia a lo expuesto, el mismo autor, implica la concepción de la familia como sujeto integrador de todos sus miembros “La familia es, pues, como un todo que no debe ser dividido en su tratamiento, aislando sus integrantes, ni siquiera invocando razones de suplencia social, que aunque en numerosos casos puede ser necesaria” (p.12).

b. Según **El Código Deontológico de Venezuela**, citado en su investigación por Gutiérrez, E. y Páez, M. (2003), menciona en su:

Declaración de Principios: El Código deontológico de enfermera, encierra un conjunto de deberes, derechos, normas éticas y morales que debe conocer el profesional de enfermería para aplicarlos en la práctica diaria. En este código se atiende el deber formal y objetivo resaltando los valores que tomará en cuenta el profesional de enfermería al brindar los servicios al individuo sano y enfermo.

La ética en enfermería se deriva de la vocación que conjuga los valores por encima del usufructo; dándole a la profesión un enfoque muy

especial dentro de una inmensa gama de características en la presentación del servicio y que solo compete a los profesionales de la enfermería no permitiendo que se promulgue, paralelamente ninguna disposición emanada del Colegio, Asociación social, entre otras (p.51).

El Código deontológico de Venezuela, está dividido de la siguiente manera: contiene XVI capítulos y VI títulos, de los cuales se mencionan los más importantes para la investigación.

Según Gutiérrez, E. y Páez, M. (2003) “Si bien es significativo reseñar los derechos de la (o) enfermera (o) es evidente que también los derechos del paciente se tiene que tomar en cuenta por el profesional de enfermería al prestar el cuidado que demanda cada paciente en una unidad clínica” (p.59).

b.1. Código Ético – Deontológico de Enfermería en Venezuela

Capítulo III. De los Profesionales de Enfermería. Título III. Capítulo VI.
Secreto profesional. Artículo 46:

Derechos del Paciente: El paciente tendrá derecho a:

- Que se le otorgue atención, información actual y completa en relación con el diagnóstico de su caso, tratamiento y pronóstico en términos que este pueda entender, dentro de lo razonable. Cuando el juicio médico indique que no es aconsejable proporcionar la información al paciente, esta se deberá entregar a una persona capacitada que la reciba a su nombre. Tiene derecho a conocer el nombre del médico que este a cargo de su caso.

- Recibir de su médico la información necesaria antes de que se inicie cualquier procedimiento, tratamiento para que este le otorgue su consentimiento entero.
- Excepto en caso de urgencia, la información que se requiere para dar el consentimiento entero deberá incluir, pero de ninguna manera limitar, los procedimientos-tratamientos, riesgo médico en que se incurra y la posible duración de la incapacitación.
- Esperar que su tratamiento se continúe, dentro de lo razonable. Saber con antelación las horas de sus consultas, cuáles son los médicos que están disponible y donde encontrarlos. El hospital debe contar con mecanismos que asegure que se le dará la información pertinente, por el médico o un representante autorizado de este, en cuanto a la continuación de los cuidados una vez que el paciente sea dado de alta.

Los profesionales de enfermería, deben cumplir con una función informativa, entre otras muchas, donde comuniquen datos clínicos, diagnóstico, pronóstico y la terapéutica a seguir, en un lenguaje sencillo, adecuado a cada paciente según su personalidad, su condición socio-económica, su nivel intelectual, su estabilidad emocional y el tipo de enfermedad.

Según Velasco B. y otros (2002) los resultados de la atención al paciente mejoran cuando los pacientes y, en caso necesario, sus familias o aquellos que toman decisiones en su nombre, participan en las decisiones de atención y en los procesos asistenciales de un modo que se ajusta a sus expectativas culturales (p.11).

c. La Ley Orgánica de Salud (2002): Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud. En Segunda Revisión por la Subcomisión de Salud de la Asamblea Nacional

Constituyente de la República Bolivariana de Venezuela. (Sólo se citaran los capítulos, artículos y secciones más relevantes para esta investigación).

Artículo 32. *Todas las personas tienen los siguientes derechos:* (Contemplados principalmente en los Ítems 1, 3, 6 y 10):

1. Tener acceso sin discriminación alguna a la atención de salud prestada por el Sistema Público Nacional de Salud, a lo largo de cada etapa de la vida y de acuerdo con las necesidades de calidad de vida y salud.
3. Recibir atención oportuna continua y de calidad humana, suministrada por trabajadores y trabajadoras de la salud competentes.
6. Recibir y obtener información oportuna, veraz y en términos comúnmente comprensibles, acerca de todo su proceso de salud y enfermedad, las distintas modalidades diagnósticas y terapéuticas y las condiciones peligrosas involucradas en las mismas, con el propósito de hacer efectiva la autodeterminación y autonomía de su voluntad.
10. No ser sometidas a tratamiento médico o quirúrgico sin su consentimiento previo o el de la persona llamada a darlo legalmente si estuviera impedido de hacerlo. Se exceptúan los casos de atención de emergencias.

Es crucial que exista una comunicación abierta y sincera entre el paciente, su familia y los miembros del equipo de salud, para que de esta forma se ayude a garantizar el éxito de la terapéutica.

El papel que fundamenta la familia hoy en día, en la cultura latina es sumamente importante y desafiante. Su gran influencia en la vida de sus miembros, al punto que en la enfermedad de uno de ellos, generalmente se involucran los demás,

con mayor intensidad cuanto más cercana sea la relación, más fuertes son los vínculos afectivos que los unen al enfermo.

La experiencia, enseña que la compañía y el compromiso de los familiares más cercanos, adecuadamente informados, motivados y orientados por los profesionales de enfermería, influyen positivamente a la hora de alcanzar objetivos realistas para restablecer la salud, la funcionalidad óptima y la recuperación del enfermo, así como el alivio de sus síntomas, el desarrollo del tratamiento, la planificación adecuada del alta hospitalaria y, finalmente, la reintegración en la sociedad.

SISTEMA DE VARIABLES

- Información que ofrece el profesional de enfermería a los familiares de los pacientes hospitalizados en UCI.

Definición Conceptual:

En este aspecto se consideran dos elementos:

1. Características del mensaje respecto a las maniobras terapéuticas realizadas al paciente: Es la forma propia de transmitir información específica acerca de los procedimientos realizados al paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos. Cervantes, L., y otros (2006) (p.55).
2. Tipo de información relacionada con los procedimientos invasivos y no invasivos realizados al paciente: Son todos aquellos datos resultantes, que se pueden suministrar, referente a las intervenciones realizadas al paciente, con fines diagnósticos o de tratamiento que invade (entra) al cuerpo perforando la piel o introduciendo instrumentos al organismo, así como aquellos que no lo invaden (no entran) pero coinciden con el mismo fin. Blanca, Y. y otros (2000) (p.36).

Definición Operacional:

Son todas las características de los datos obtenidos a través de los cuidados proporcionados por los profesionales de enfermería, mediante la aplicación de métodos y técnicas dirigidos a restablecer y mantener el estado de salud del paciente y su familia.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable: Información que ofrece el profesional de enfermería de la UCI al familiar del paciente hospitalizado.

SIONES	INDICADORES	SUB-INDICADORES	ÍTEMS
<p>1.- Características del mensaje respecto a las maniobras terapéuticas realizadas al paciente.</p> <p>Definición Operacional: Es la variabilidad de información que puede proporcionar cada profesional de enfermería a los familiares, sobre las diferentes técnicas terapéuticas aplicadas al paciente, para ayudarlo a restablecer su salud.</p>	<p>Claridad: Se refiere a la utilización de un lenguaje comprensible, con palabras cortas, de uso común y frecuente, por parte del profesional de enfermería al momento de brindar información.</p> <p>Acorde: Es el uso de palabras apropiadas para transmitir información en forma transparente y completa, fácil de comprender, empleadas por los profesionales de enfermería para comunicar algún tema de interés.</p> <p>Específico: Se refiere a los datos o detalles necesarios sobre los procedimientos realizados al paciente que explican los mismos, de manera precisa al momento de informar a los familiares.</p>	<p>Sencillez: Es el lenguaje simple que utiliza el profesional de enfermería para informar a los familiares sobre las maniobras terapéuticas realizadas al paciente.</p>	1
		<p>Común: Son palabras cotidianas de uso frecuente, utilizadas con la familia y el paciente para comunicarse y transmitir sus emociones.</p>	2-3
		<p>Vocabulario: Es el uso del lenguaje técnico adquirido por el profesional de enfermería para explicar los procedimientos realizados al paciente.</p>	4
		<p>Verificar de la Comprensión: Permite constatar si el mensaje transmitido se pudo entender de forma eficiente.</p>	5-6
		<p>Explicación: Son razonamientos coherentes que se refieren a las intervenciones terapéuticas aplicadas al paciente.</p>	7

DIMENSIONES	INDICADORES	SUB-INDICADORES	ÍTEMS
<p>2-. Tipo de información relacionada con los procedimientos invasivos y no invasivos realizados al paciente</p> <p>Definición Operacional: Son todos aquellos datos y resultados que brindan los profesionales de enfermería a los familiares,</p>	<p>Pertinente: Es el momento adecuado que precisa el profesional de enfermería para mantener una relación terapéutica con la familia.</p>	<p>Definición: Es la descripción de los procedimientos que se le realizan al paciente dentro de la unidad.</p>	<p>8</p>
	<p>Monitoreo No Invasivo: Son técnicas de monitorización que no rompen la piel o penetran físicamente en el cuerpo, permiten medir y mantener un control de los signos vitales, de forma sencilla generando pocas molestias y sin lesiones dolorosas.</p>	<p>Momento: Es la ocasión en un lapso de tiempo específico que sugieren los familiares, así como los profesionales de enfermería para comunicar alguna información relacionada el paciente.</p>	<p>9-10</p>
		<p>Lugar: Es un área conveniente y discreta que elige el profesional de enfermería para brindar información sobre el paciente a sus familiares.</p>	<p>11-12</p>
		<p>Frecuencia Cardíaca: Es el número de latidos del corazón o pulsaciones por unidad de tiempo que el profesional de enfermería debe controlar a través del monitoreo hemodinámico.</p>	<p>13</p>
		<p>Saturometría: Es un método simple que permite el control continuo de oxígeno en la sangre a través de un censor colocado en un lecho vascular.</p>	<p>14</p>

DIMENSIONES	INDICADORES	SUB-INDICADORES	ÍTEMS
<p>obtenidos a través de la aplicación de métodos y técnicas realizadas al paciente, que pueden o no invadir su cuerpo, con el fin de restablecer y mantener su estado de salud.</p>	<p>Monitoreo Invasivo: Son procedimientos hemodinámicos que permite valorar continuamente el estado fisiológico del cuerpo, punzando la piel o introduciendo instrumentos que ayuden a identificar algún riesgo de deterioro agudo, facilitando realizar un tratamiento adecuado de forma precoz.</p>	<p>Ventilación Mecánica: Es un procedimiento de respiración artificial para ayudar o sustituir la función ventilatoria, uniendo las vías aéreas del paciente a un respirador mediante la creación de una vía aérea artificial por intubación endotraqueal o traqueotomía.</p> <p>Presión Arterial: Se mide por medio de la canulación de una arteria, a través de un catéter, conectado a un transductor de presión que convierte la presión arterial en impulsos eléctricos, proyectándose a la pantalla de un monitor, donde se visualiza sus ondas, morfología y valores audibles que se activan cuando las presiones exceden o disminuyen los límites preestablecidos.</p> <p>Presión Venosa Central: Permita monitorizar la administración de líquidos, con el fin de mantener una volemia adecuada, corresponde con la presión sanguínea a nivel de la aurícula derecha y la vena cava, estando determinada por el volumen de sangre, volemia, estado de la bomba muscular cardíaca y el tono muscular.</p>	<p>15-16</p> <p>17</p> <p>18</p>

DIMENSIONES	INDICADORES	SUB-INDICADORES	ÍTEMS
	<p>Cateterización de Vías: es la colocación de un catéter o sonda hueca delgada dentro del organismo, de localizaciones distintas en el cuerpo con fines diagnósticos o terapéuticos.</p>	<p>Catéter de Vía Central: Es la maniobra de introducir un catéter en una vía venosa de grueso calibre con una finalidad terapéutica o diagnóstica.</p> <p>Cateterización de Vía Arterial: Es la colocación de un catéter en una arteria bien sea en miembros superiores o inferiores o en otra localización del cuerpo que permite medir la presión sanguínea con mayor precisión, así como la toma de repetidas muestras de sangren arterial.</p> <p>Sonda Nasogástrica: Es una técnica que consiste en la introducción de una sonda desde uno de los orificios nasales hasta el estómago con fines diagnósticos y terapéuticos.</p> <p>Sonda Vesical: Es la colocación aséptica de una sonda en la vejiga urinaria a través del meato uretral, con fines diagnósticos y terapéuticos.</p>	<p>19</p> <p>20</p> <p>21</p> <p>22</p>

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

En el presente capítulo, se describe el tipo de estudio, población y muestra, método e instrumentos para la recolección de información, valides y confiabilidad, plan de tabulación y técnicas de análisis que orientan la ejecución del estudio.

Tipo y Diseño de la Investigación.

La investigación del presente estudio es de tipo descriptivo, mediante el cual se pretende determinar la información que brinda el profesional de enfermería a los familiares, sobre los procedimientos terapéuticos realizados al paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos.

La investigación descriptiva tiene como objetivo central lograr la descripción o caracterización del evento en estudio dentro de un contexto en particular. Tamayo, M. (2001) considera la investigación descriptiva como “La descripción, análisis e interpretación de la naturaleza actual o la composición o procesos de los fenómenos” (p.92). Es decir, logra describir las situaciones y eventos que ocurren en un ambiente determinado.

Según Sampieri, H. (1998) “Los estudios descriptivos son aquellos que buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades, objeto o cualquier otro evento sometido a investigación; en otras palabras miden diversos aspectos o dimensiones del evento investigado” (p.172). En éste estudio se hace énfasis en las características y el tipo de información que ofrece el profesional de enfermería a los familiares de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos,

respecto a los procedimientos terapéuticos invasivos y no invasivos realizados a los mismos.

Es de tipo transversal porque se define el tiempo y el espacio para el estudio lo cual se fundamenta en la opinión de los autores Canales, F., y otros (2001) quienes afirman que una investigación es transversal “cuando estudia las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo” (p.311). Al respecto la presente investigación estudió el comportamiento de la variable en un momento dado.

La medición de las variables se presenta de forma cuantitativa, ya que pueden ser medidas en términos numéricos, en las que, los valores de los fenómenos se encuentran distribuidos a lo largo de una escala.

Según Hurtado J. (2000) la investigación cuantitativa busca la causa del evento a investigar prestando poca atención a la interpretación o visión subjetiva de cada quien, enfatiza el control, se centra en la confirmación mas que en la solución de problemas concretos y busca generalizar mas que limitarse a un contexto. (p.180).

En el momento de la recolección de datos y la obtención de la muestra, se seleccionó para el presente estudio los profesionales de enfermería que laboran en la UCI del HUC, estando presente los investigadores en el área, a la hora de aplicar el instrumento.

Población

La población es conocida como la totalidad de una comunidad que presenta características similares y en este sentido es susceptible de ser estudiada con la aplicación de instrumentos que identifiquen rasgos propios de las unidades investigadas, Tamayo, M. (2001) la considera como “El conjunto o totalidad de

elementos, personas y objetos que tengan una característica en común observable de la totalidad del fenómeno a estudiar” (p. 92).

La población en la presente investigación estuvo conformada por los familiares más cercanos, permanentes y regulares en la sala de espera, que acompañan a los pacientes hospitalizados en la UCI del HUC.

Muestra

La muestra consiste en una parte significativa de la población objeto de estudio que reúne las mismas características de la totalidad. Hurtado, J. (2000) define la muestra como “Una porción de la población que se toma para realizar el estudio, la cual se considera representativa (de la población)” (p.154). La muestra seleccionada para la presente investigación estuvo constituida por cincuenta y ocho (58) familiares, un familiar por cada paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del HUC, entre los meses de noviembre, diciembre de 2009, enero y febrero de 2010.

La técnica de muestreo utilizada fue intencional, la cual se escoge en función del control que se pretende establecer sobre determinadas variables, o con base en una serie de criterios que se consideran necesario para tener una mejor aproximación al evento; según Hurtado J. (2000): “En un muestreo intencional se pueden eliminar los casos atípicos y calibrar influencias excepcionales tratando de que la muestra sea lo mas parecida al grupo natural” (p.138). En este caso correspondió a un familiar por cada paciente hospitalizado en el lapso de estudio, sin discriminar ninguno.

Procedimiento para la Recolección de la Información

El procedimiento utilizado para el desarrollo de esta investigación fue el siguiente:

- a. Se envió un comunicado por escrito a La Gerencia de Enfermería del HUC, solicitando permiso para la aplicación del instrumento.
- b. Se aplicó individualmente el instrumentó a cada familiar de los diferentes pacientes hospitalizado en la UCI, luego de explicarles el propósito del estudio y de garantizar la privacidad tanto de la información suministrada así como de la persona participante.

Métodos y Técnicas para la Recolección de Datos

La selección de técnicas e instrumentos de recolección de datos implica determinar por cuales medios o procedimientos se obtendrá la información necesaria para alcanzar los objetivos del estudio. Los instrumentos dependen del tipo de evento estudiado y su diseño se basa en los indicios del evento.

Debido a que la información que se obtenga tiene que ser de gran confiabilidad, se procedió a utilizar la técnica de la encuesta, la cual permite recopilar información a través de preguntas a otras personas. Canales, F., y otros (2001) mencionan que la encuesta “Consiste en obtener información de los sujetos en estudios, proporcionados por ellos mismos, sobre opiniones, conocimientos, actitudes o sugerencias. Hay dos maneras de obtener la información la entrevista y el cuestionario”. (p.129).

En el presente estudio se seleccionó como instrumento para la recolección de datos el cuestionario, definido por los autores anteriormente mencionados como “El método que utiliza un instrumento o formulario impreso, destinado a obtener respuestas sobre el problema en estudio y que el investigador o consultado llena por sí mismo” (p.165).

El siguiente cuestionario, estructurado por veintidós (22) preguntas cerradas con respuestas de alternativa simple (dicotómicas); se presenta con la finalidad de poder recolectar datos de interés particular, a través de los cuales se pueda determinar las características y el tipo de información que brinda el profesional de enfermería a los familiares, sobre los procedimientos terapéuticos, realizados al paciente en la UCI del HUC. El mismo fue elaborado y aplicado por Mújica, V. y Ramírez, H. (2007) en el Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño” en Caracas

Validez y Confiabilidad

La validez de un instrumento se refiere a su idoneidad para medir o calibrar la naturaleza del objeto en relación con su calidad, cantidad u otros factores de interés que hayan de entrar en juego. Según Canales, F. y otros (2001) “la validez es el grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir, en lugar de medir otro fenómeno” (p.172).

Para la validación del presente estudio, se reviso como ha sido utilizada la variable por otros investigadores; con base a dicha revisión se elabora un universo de ítems posibles para medir la variable y sus dimensiones. Se seleccionan los ítems bajo una cuidadosa evaluación, extrayéndose una muestra intencional. Administrando y correlacionando la puntuación de los ítems entre si, se hacen estimaciones estadísticas para ver si la muestra es representativa.

En el estudio original la validez, se realizó a través de la opinión de expertos, con lo que se certificó en términos de redacción e interpretación el instrumento de recolección de datos. Según Hernández, P., y otros (1996) “La validez es un concepto del cual puede tenerse diferentes tipos de evidencia, primera: evidencia relacionado con el contenido, segundo: evidencia relacionado con el criterio, tercero: evidencia relacionado con el constructor” (p.435).

Con relación a la confiabilidad, se dice que un instrumento es confiable si se obtienen medidas o datos que representan el valor real de la variable, que sé esta midiendo y si estos datos o medidas son iguales, al ser aplicados a los mismos sujetos en ocasiones diferentes, en el mismo momento pero, aplicando diferentes instrumentos o al ser aplicados por diferentes personas. Para Canales, F. y otros (2001) “La confiabilidad es la medición, así como la consistencia o estabilidad de la medición en diferentes momentos” (p.139).

Medir la confiabilidad según Hernández, P., y otros (1996) “Se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados (p.262).

Para obtener la confiabilidad del presente instrumento, Mújica, V. y Ramírez, H. (2007), aplicaron dos veces, una prueba piloto, con un intervalo de una semana; a los familiares de los pacientes hospitalizados, pero en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño, la cual estableció un porcentaje de coincidencia entre las respuestas. Arrojando un nivel de confiabilidad del 88%, lo cual se considera, según Ruiz, C. (2002), citado por los mismos autores, “como suficientemente confiable” (p.78).

Plan de Tabulación y Análisis

Según Balestrini, M. (2001) “La tabulación está relacionada con los procedimientos técnicos en el análisis estadístico de los datos, que permite determinar el número de casos de esa masa de datos, referidos a las diferentes categorías” (p.174). Para la tabulación de los datos recolectados se transcribió la información recolectada en un cuadro de doble entrada, utilizando el programa Excel.

De acuerdo con la operacionalización de la variable se realizaron los cálculos pertinentes y se elaboraron cuadros estadísticos. Para el análisis se incluye una escala con rangos de equivalencia, dado que la valoración de los ítemes de la encuesta arrojó un Coeficiente de Variación de la media muy alto (45,5%), era aconsejable desarrollar una interpretación de resultados, según porcentaje de respuestas positivas por ítem. La escala se diseño con seis rangos, a intervalos iguales, equivalentes a una categorización cualitativa de respuestas que va desde excelente hasta inexistente, como se muestra a continuación:

RANGOS DE EQUIVALENCIA

% Positivo	Categoría
0 -16,7	Inexistente
16,8-33,3	Deficiente
33,4-50	Insuficiente
50,1-66,7	Regular
66,8-83,3	Bueno
83,4-100	Excelente

Los resultados son presentados en cuadros y gráficos. Los cuadros incluyen el porcentual y la categoría correspondiente por subindicador, indicador y dimensión. El grafico presenta la panorámica general según sub indicadores.

El análisis es de tipo descriptivo, de acuerdo a los objetivos propuestos en la presente investigación, y van después de cada cuadro o grafico, relacionando los resultados con los contenidos del marco teórico y los propósitos del estudio.

CAPITULO IV
PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos por medio de la aplicación de los instrumentos diseñados para la recolección de los datos requeridos durante el proceso de la presente investigación.

CUADRO N° 1
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA
INFORMACIÓN QUE SUMINISTRAN LOS PROFESIONALES DE
ENFERMERÍA SEGÚN INDICADORES Y CATEGORÍAS. Familiares de los
pacientes hospitalizados en la UCI del HUC. 2009-2010

Indicadores	%	Categoría	Dimensión
Claridad	69,83	Bueno	Características de la Información
Acorde	84,48	Excelente	
Específico	54,02	Regular	
Pertinente	71,55	Bueno	

Fuente: Cuestionario. Ítemes 1-12

Análisis Cuadro N° 1:

En este cuadro, se aprecian los indicadores de la dimensión *características de la información*, donde el indicador *claridad*, conformado por los sub indicadores sencillez y común, arrojan un porcentaje de respuesta *bueno* de 69,83%.

El indicador *acorde* que se refiere al vocabulario, logra mantener la condición de *excelente* con un 84,48%. El indicador *específico* que involucra los sub indicadores verificar de la comprensión, explicación y definición, se ve disminuido, ubicándose en una condición *regular* de 54,02%.

El indicador *pertinente* que abarca los sub indicadores momento y lugar, en promedio logra una condición *bueno* con 71,55%, reflejando una necesidad de fortalecer fundamentalmente los datos *específicos* o detalles necesarios sobre los procedimientos realizados al paciente que explican los mismos, en el *momento* de dar la información a sus familiares.

CUADRO N° 2
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL TIPO DE INFORMACIÓN QUE
SUMINISTRAN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SEGÚN
INDICADORES Y CATEGORÍAS. Familiares de los pacientes hospitalizados en la
UCI del HUC. 2009-2010

Indicadores	%	Categoría	Dimensión
Monitoreo no Invasivo	29,31	Deficiente	Tipo de Información
Monitoreo Invasivo	26,44	Deficiente	
Cateterización de Vías	33,62	Insuficiente	

Fuente: Cuestionario. Ítemes 13-22

Análisis Cuadro N° 2:

Para la dimensión *tipo de información*, el indicador *cateterización de vías* refiere una condición *insuficiente* con un 33,62%. Los otros dos indicadores: *monitoreo no invasivo* (29,31%) y *monitoreo invasivo* (26,44%), presentan una categoría *deficiente* en la información suministrada a los familiares.

Estos resultados llevan al profesional de enfermería a reflexionar sobre la necesidad de volverse más sensibles a las señales que la familia manifiesta, pues tal situación ameritan reforzar la comunicación que brindan, en cuanto a la información suministrada sobre los procedimientos terapéuticos que se le realizan al paciente, contribuyendo así, a formar una comunicación más asertiva, un contacto más personalizado y frecuente, creando un clima de seguridad y confianza.

CUADRO N° 3

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE RESPUESTAS POSITIVAS RESPECTO A LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRAN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SEGÚN DIMENSIONES Y CATEGORÍAS. Familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI del HUC. 2009-2010

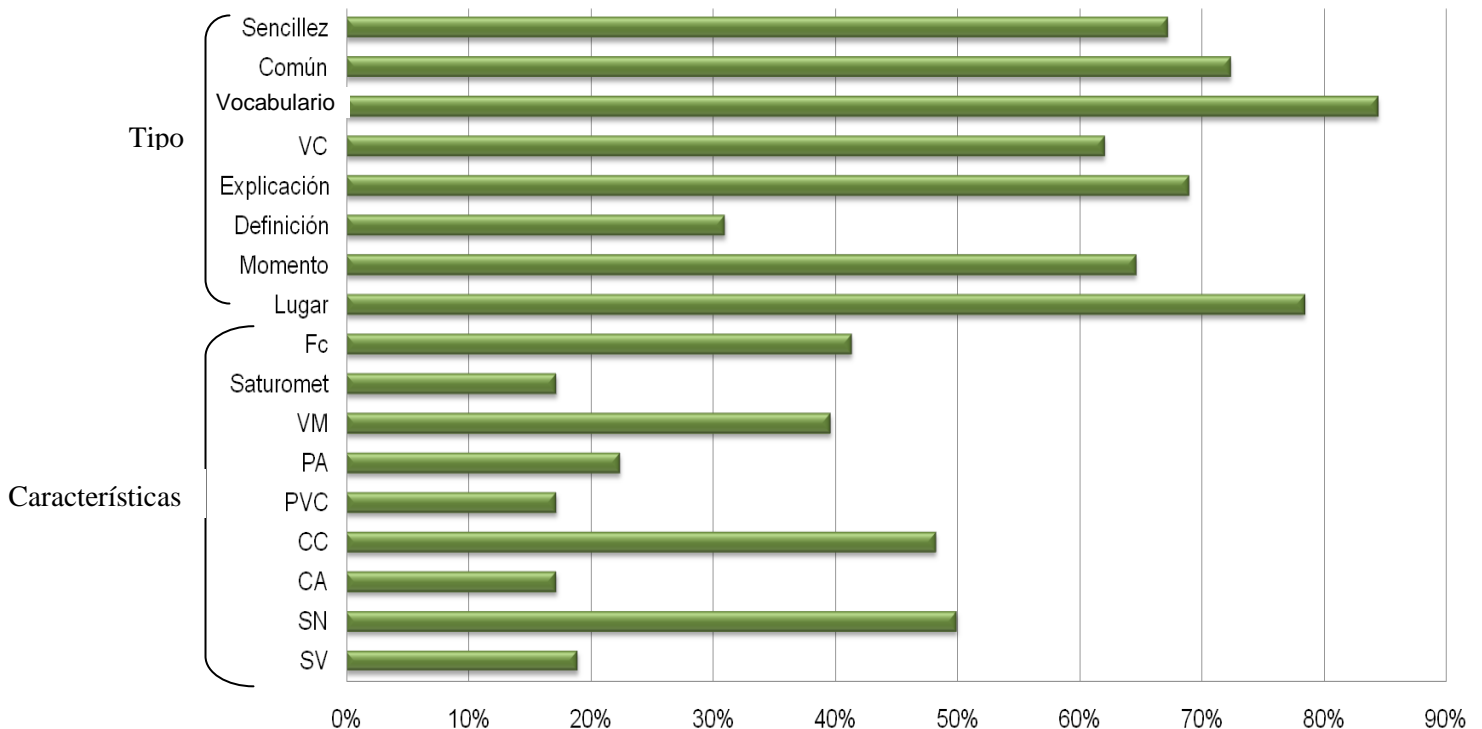
Dimensiones	%	Categoría	Variable	%	Categoría
Características del Mensaje	69,97	Bueno			
			Información	49,88	Insuficiente
Tipo de Información	29,79	Deficiente			

Fuente: Cuestionario. Ítems 1-22

Análisis Cuadro N° 3:

En este cuadro se aprecia que la dimensión *característica del mensaje* se ubicó en la categoría “buena” con un porcentaje de respuestas acertadas de 69,97%, mientras que la categoría de la dimensión *tipo de información* fue “deficiente” con un promedio de 29,79%. Considerando ambas dimensiones, se obtuvo que la información que se da, corresponde a la categoría “insuficiente” con un 49,88% de respuestas positivas.

GRAFICO N° 1
CARACTERISTICAS Y TIPO DE INFORMACIÓN QUE SUMINISTRA EL
PROFESIONAL DE ENFERMERIA SEGÚN SUBINDICADORES. Familiares de
los pacientes hospitalizados en la UCI del HUC. 2009-2010



Fuente: Anexo 4: Cuadro N° 4

Análisis Gráfico N° 1:

En este gráfico se puede apreciar que la mayor información reportada por los familiares, corresponde al sub indicador *vocabulario* técnico, el cual se encuentra por encima del 80% siendo el aspecto más alto, al momento de brindar información por parte de los profesionales de enfermería a los familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI, es decir, emplea razonamientos coherentes.

Otros sub indicadores que obtuvieron altos porcentajes y hablan a favor de una relación terapéutica con la familia, ubicándose en la categoría "*Bueno*", fueron los referidos a sencillez (67,24%, común (72,41%), explicación (68,97%) y lugar (78,45%).

En lo que corresponde a la dimensión *tipo de información*, el sub indicador *sonda nasogástrica* fue el que presento mayor número de respuestas positivas (50%), sin embargo se ubicó en la categoría *insuficiente*. Muy cerca, y en la misma categoría, se encuentra la información que se suministra sobre *catéter central*.

A primera vista, se puede apreciar cómo los datos que corresponden a los tipos de información relacionada a los procedimientos invasivos y no invasivos realizados al paciente, alcanzaron porcentajes menores que lo obtenido en la dimensión características de la información.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

El presente estudio se aplicó con el objetivo de determinar la información que brinda el profesional de enfermería a los familiares sobre los procedimientos terapéuticos realizados al paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos. Estuvo conformado principalmente por las características y el tipo de información.

1. Observando el comportamiento global, en lo que corresponde a la dimensión características de la información, se puede concluir que esta dimensión se ubicó en la categoría “buena” con un 69,97% de respuestas positivas. Se encontró que el mayor porcentaje de aciertos se ubicó en lo que correspondía a vocabulario, seguido de sencillez, común, explicación y lugar.
2. En cuanto a la dimensión tipo de información respecto a los indicadores procedimientos invasivos y no invasivos realizados al paciente, se ubicó en la categoría “deficiente” con un 29,79%, y los datos referidos al indicador cateterización de vías obtuvo la categoría de “insuficiente” con 33,62%.

RECOMENDACIONES

- Informar al Personal Directivo y a la Gerencia de Enfermería del Hospital Universitario de Caracas los resultados obtenidos en esta investigación, lo cual permita crear un compromiso del personal administrativo de la institución, para que se proponga la implementación de estrategias mediante la supervisión, asesoría y capacitación que permita fortalecer la práctica profesional y lograr la calidad en la atención de enfermería.
- Plantear la posibilidad de realizar un esquema de actividades recreativas – participativas entre el profesional de enfermería y las familias de los pacientes ingresados a la UCI, basadas en reuniones programadas, de corto tiempo, donde se traten temas sobre el cuidado directo del paciente, con el fin de disminuir la ansiedad de las familias y lograr que tengan una relación con el entorno y el paciente de forma adecuada.
- Proponer programas de educación a la familia, acerca de la importancia de asumir los cambios que se presentan a nivel de la dinámica familiar, originados por la alteración de la salud, no esperada, de uno de sus miembros.
- Proponer, basado en la opinión de los profesionales y de las cargas de trabajo de la unidad, reuniones con el equipo de salud que permitan prestar asistencia a los familiares a la vez que al propio paciente, en relación al soporte, confort, información, proximidad y seguridad, sobretodo en el caso de pacientes terminales, enfocándose en sensibilizar los horarios de visitas y así lograr un efecto más positivo en el paciente y su familia, más que para el funcionamiento de la unidad en sí.

- Proponer el uso de material informativo, que ayude al familiar a conocer la finalidad de la Unidad de Cuidados Intensivos y la importancia que tiene el ingreso del paciente en ella. Como por ejemplo la distribución de un tríptico con información básica y completa sobre la unidad que abarque las principales actividades que se realizan dentro de ella, además de: Información general sobre la unidad, información a los familiares sobre su comportamiento durante la visita, entre otros (Anexo 5).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALARICO, C. (2001). *Lenguaje y Comunicación. Segunda Reimpresión*. Editorial Panapo de Venezuela, C.A. (p.12/16/23). Caracas.
- ANGGE, U., YURELYS R., ROMULO, G. y JOSE, A. (2006). *Lenguaje y Comunicación*. Instituto Universitario Politécnico "Santiago Mariño". Extensión Valencia-Venezuela. Email: anggew@cantv.net
- ANTEPROYECTO DE LEY ORGÁNICA DE SALUD (2002). En Segunda Revisión por la Subcomisión de Salud de la Asamblea Nacional Constituyente de la República Bolivariana de Venezuela. 15 Agosto de 2002. Caracas – Venezuela.
- ARBOIX MONTSE. (2006). *El Día a Día en las Unidades de Cuidados Intensivos*. Publicado por Fundación Consumer Eroski. Documento en Línea. Primera Edición. Disponible: www.consumer.es Madrid – España.
- ARGUETA, GUSTAVO. (2008). *Bienestar del Paciente y Funcionalidad de la Unidad Cuidados Intensivos del Hospital de la Mujer*. Col. Escalón P.3. Documento en Línea. www.hospital-mujer.com. San Salvador – El Salvador Centro América.
- BALESTRINI, M. (2001). *Como se Elabora un Proyecto de Investigación*. Editorial B.L. Consultorios Asociados. Caracas - Venezuela.
- BEARE, P. y MYERS, J. (1999). *Enfermería Medicoquirúrgica*. Tercera Edición. Volumen I. Editorial Harcourt Brace. Madrid – España.

- BERLO, DAVID. (2004). *El Proceso de la Comunicación, Introducción a la Teoría y a la Práctica*. 13ª Reimpresión. Editorial e Inmobiliaria El Ateneo. Buenos Aires – Argentina.
- BOTELLA, D. CAROLINA (2009). *Técnicas en Atención Primaria*. Atención Primaria en la Red. Fiesterra.com. Caracas-Venezuela.
- BLANCA, Y., SAYAGO, L. y ZAMBRANO, M. (2000). *Comunicación Enfermera-Familia del Enfermo Hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos de Adulto del Hospital Dr. Domingo Luciani*. Trabajo de Grado para optar al título de Licenciado en Enfermería. Escuela Experimental de Enfermería. Facultad de medicina. UCV. Caracas.
- CANALES, F., PINEDA, E. Y ALVARADO, E. (2001). *Metodología de la Investigación. Manual para el Desarrollo del Personal de Salud*. OPS. Editorial Limusa. México.
- CERVANTES, L., QUINTERO, L., SOLÍS, C. y ZENDEJAS, V. (2006). *Información al Usuario sobre los Procedimientos realizados por el Personal de Enfermería en el Hospital General Regional N° I*. Enfermería Global N° 9. ISSN 1695-6141. Culiacán, Sinaloa - México.
- CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA (2000). Publicada en Gaceta Oficial Extraordinaria N° 5.453 de la República Bolivariana de Venezuela. 24 de Marzo de 2000. Caracas – Venezuela.
- DEMOTT, KERRY. (2007). *Notificación de Prácticas de Privacidad Programa de Información Médica*. Protegida 5841, MC1000. P.17. Centro Médico de la

Universidad de Chicago Hospital Bernard A. Mitchell. Chicago Medical Centres en Illinois USA.

DELL'ORDINE, J. (2001). *Comunicación, Proceso de Transmisión y Recepción de Ideas*. Documento Línea <http://www.capitannemo.com.ar/comunicacion1.htm>. Trabajo de Investigación N° 15. Fecha de consulta julio 2009.

DICCIONARIO DE MEDICINA OCEANO MOSBY (1996). Cuarta Edición. Grupo Editorial Océano. Madrid – España.

FOX, S. y JEFFREY, J. (1997). *The Role of the Nurse With Families of Patients in Intensive Care Unit (UCI): The Nurse Perspective*. Medline. USA.

GUEVARA, B. y EVIES, A. (2007). *Una Aproximación al Perfil de la Enfermera Intensivista*. Revista Electrónica de Portales Médicos. Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Enfermería Valencia, Venezuela.

GUTIERREZ, E. y PAEZ, M. (2003). *Conocimiento sobre los Aspectos Ético-Legal del Personal de Enfermería que labora en la Unidad de Emergencia del Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda"* Abril – Noviembre 2003. Universidad Centro Occidental "Lisandro Alvarado". Decanato de Medicina. Programa de Enfermería.

HERNANDEZ, ANAIS. (2006). *Comunicación que establece el Profesional de Enfermería con la Familia del Enfermo Hospitalizado en la Unidad Clínica de Emergencia de Adultos*. Cuidad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Trabajo de Grado para optar al título de Licenciado en Enfermería. Escuela

Experimental de Enfermería. Facultad de medicina. UCV. Valencia- Estado Carabobo.

HERNANDEZ, S., FERNANDEZ, C. y BAPTISTA, P. (1996). *Metodología de la Investigación*. Ediciones McGraw-Hill. México.

HURTADO, J. (2000). *Metodología de la investigación Holística*. Tercera Edición. Editorial Limusa. México.

MAGLIO, PACO. (2008). *La Dignidad del Otro: puentes entre la biología y la biografía*. Primera Edición. Editorial Libros del Zorsal. Buenos Aires – Argentina.

MOREAU, D., GOLDGRAN, D., ALBERTI C, JOURDAN M, ADRIE C. y ANNANE D. (2004). *Junior versus senior physicians for informing families of intensive care unit patients*. Am J Respir Crit Care Med. p.169-512-17. Washington.

MUJICA, V. Y RAMIREZ, H. (2007). *Información que brinda el Profesional de Enfermería a Familiares sobre los Procedimientos realizados al Paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño*. Trabajo de Grado para optar al título de Licenciado en Enfermería. Escuela Experimental de Enfermería. Facultad de medicina. UCV. Caracas.

ONG, L., DEHAES, HOOS, A. y LAMMES, F. (1995). *Doctor-patient Communication. A review of the literature*. Social Science and Medicine. (p.40-18). Barcelona – España.

- O'BRIEN, M. (1983). *Comunicación y Relaciones en Enfermería*. Editorial Manual Moderno. México.
- PARDO, G. y CEDEÑO, M. (1991). *Todo sobre Técnicas de Investigación*. Segunda Edición. Caracas - Ofimax de Venezuela.
- PARRA, M., ARIAS, S. y ESTEBAN, A. (2003). *Procedimientos y Técnicas en el Paciente Crítico*. Editorial Masson Doyma S.A. México.
- PARADAS, M., PEREZ, C y D' EMPIRE, G. (1997). *El Servicio de Apoyo Psicológico en la Unidad de Cuidados Intensivos* del hospital de Clínicas Caracas. *Revista Científica Oficial de la Sociedad Médica del Hospital de Clínicas Caracas*. 11 (2). Pp. 113-121.
- PÉREZ, CARLA. (2008). *Enfermería con un Modelo Biopsicosocial*. Edición Blogger. Enfermería-integral.blogspot.com. Osorno – Chile.
- PIÑA, E. y CASTILLO, M. (1995). *Módulo Concentración Clínica de Enfermería en Áreas Críticas*. Segunda versión. Escuela Experimental de Enfermería. Facultad de Medicina. UCV. Venezuela.
- POLIT, B. y HUNGLER, D. (2000). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. Editorial McGraw Hill. México.
- PUBLICACIONES VÉRTICES S.L. (2008). *Manual de Cuidados Enfermeros en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)*. Editorial Vértice. Madrid-España. info@editorialvertice.com

- PUSÁJO, J., EGURROLA, M., HERNÁNDEZ, M y RODRIGUEZ, A. (2002). *Medicina Crítica y Terapia Intensiva*. Ediciones Hernández. Madrid – España.
- QUESADAS, M. (2005). *Cualidades Estilísticas del Texto Escrito*. Colegio de Enfermeras de Costa Rica. Edición Varía. ISSN 1409/1992/2005/26/1/31-36. San José de Costa Rica.
- RACEDO VICTOR. (2009). *Formación Médica en Terapia Intensiva: una posibilidad*. Editor: Comisión de Comunicaciones y Relaciones Institucionales. (MP 442454) SATI, Provincia de Buenos Aires – Argentina. colmed5@speedy.com.ar.
- ROSALES, S. y REYES, E. (1999). *Fundamentos de Enfermería*. Segunda Edición. Editorial El Manual Moderno. México.
- RUZA, T. FRANCISCO. (2008). *Tratado de Cuidados Intensivos Pediátricos*. Tercera Edición. Volumen I. Ediciones Norma. Las Rozas Madrid – España.
- SÁNCHEZ, F. EDUARDO. (2007). *Avances en Neonatología y Cirugía Neonatal: Monitoreo Invasivo y No Invasivo*. Editor: Incor.Essalud. Lima- Perú.
- SORBERAMURINA, V. (2007). *Información: Concepto y Nociones Básicas*. Editum.org. Obtenido de <http://www.editum.org/Informacion-Concepto-y-Nociones-Basicas-p-126.html>.
- SUAREZ, E. y PARADAS, M. (2001). *La Ética y la Moral en la Práctica de la Enfermería*. Cuarta Versión. Tomo I. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. UCV. Caracas – Venezuela.

- STEVES, ANGUS (2006). *Acid Balance Bases University of Connecticut*. (P.2-300).
Medical Centres. USA.
- TAMAYO, M. (2001). *El Proceso de la Investigación Científica*. Tercera Edición.
Editorial Limusa. Grupo Noruega. México.
- TOMEY, A. y ALLIGOOD. M. (1999). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Cuarta
Edición. Editorial Harcourt – Brace. Barcelona-España.
- TORRES, M. LUIS (2001). *Tratado de: Cuidados Críticos y de Emergencia*.
Ediciones Aran. Madrid – España.
- URIBE, M., MUÑOZ, C. y RESTREPO, J. (2004). *Percepción Familiar del Paciente
Crítico Cardiovascular*. 22 (2): 50-61. Universidad de Antioquia - Facultad de
Enfermería. Colombia.
- UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA EXPERIMENTAL LIBERTADOR (UPEL),
INSTITUTO DE MEJORAMIENTO PROFESIONAL DEL MAGISTERIO
(IMPM) (2002). *Oratoria*. Selección de Lecturas. Venezuela.
- VELASCO B., MERINO N., CASTILLO M., PRIETO DE P. y TERRON A. (2002).
*Variabilidad en la Organización de las Visitas en la Unidad de Cuidados
Intensivos*. Editorial Tempus Vitales. Barcelona - España.
- YAGOSSESKY, RENNY. (2001). *El Poder de la Oratoria*. Editorial Júpiter C.A.
Caracas – Venezuela.

ANEXOS

Caracas, 28 de Octubre de 2009

Hospital Universitario de Caracas
Adjunto Docente del Departamento de Enfermería
Coordinadora de la Unidad de Cuidados Intensivos
Mgs. Bertha Álvarez

Por medio de la presente, nos dirigimos a usted con la finalidad de solicitar su colaboración y autorización para aplicar un cuestionario, a los familiares de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos, presentado como método para la recolección de datos, que permita respaldar nuestra investigación titulada “Información que brinda el Profesional de Enfermería a los familiares sobre los procedimientos terapéuticos realizados al paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos”.

Atentamente,

Yesenia Borrero
CI: 15.698.810

María Antonieta Ortiz
CI: 17.477.286

Mgs. Bertha Álvarez

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

INSTRUMENTO PARA MEDIR LA INFORMACIÓN QUE BRINDA EL
PROFESIONAL DE ENFERMERIA A LOS FAMILIARES SOBRE LOS
PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS AL PACIENTE EN LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE
CARACAS. DURANTE EL CUARTO TRIMESTRES DEL AÑO 2009.
Trabajo Especial de Grado para optar al título de Licenciado en Enfermería.

Tutora:
Lic. Elizabeth Piña

Autoras:
TSU Borrero Yesenia
C.I.: 15.698.810
TSU Ortiz M^a Antonieta
C.I.: 17.477.286

Caracas, Noviembre de 2009

PRESENTACION

El siguiente instrumento, es un formato tipo cuestionario, estructurado por veintidós (22) preguntas cerradas con respuestas dicotómicas (SI o NO), se presenta con la finalidad de poder recolectar datos de interés particular, que permitan determinar las características y el tipo de información que brinda el profesional de enfermería a los familiares, sobre los procedimientos terapéuticos, realizados al paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario de Caracas (HUC).

El mismo fue elaborado por Mújica, V. y Ramírez, H. en el año 2007, en su Trabajo Especial de Grado para optar al título de Licenciado en Enfermería en la Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. UCV. Caracas.

La validación, se realizó a través de la opinión de expertos en la materia, mediante la cual se obtuvo una confiabilidad de 88%, lo cual se considera, según Ruiz, C. (2002), citado por los mismos autores, “como suficientemente confiable” (p.78).

INSTRUCCIONES

1. A continuación, se presentan una serie de preguntas con dos (2) alternativas de respuesta: SI ó NO.
2. Usted sólo debe marcar una (1) de las alternativas como respuesta, de acuerdo al planteamiento de la pregunta.
3. Lea cuidadosamente las preguntas antes de contestar.
4. Marque con una equis (X) la alternativa que considere correcta.
5. Este cuestionario es personal, para fines de investigación, por lo tanto NO debe ser firmado (es anónimo).
6. Por favor, conteste todas las preguntas.

Gracias por su colaboración

CUESTIONARIO

1	Al brindar alguna información sobre el paciente, ¿el profesional de enfermería usa un lenguaje común para usted?	SI____ NO____
2	Cuando tiene una duda, ¿El profesional de enfermería responde de una manera fácil de comprender para Usted?	SI____ NO____
3	Al realizar preguntas sobre el paciente ¿Puede Usted comprender la información que le brinda el profesional de enfermería?	SI____ NO____
4	Al Usted comunicarse con el profesional de enfermería, ¿Se le hace fácil comprender el vocabulario con que responde a sus preguntas?	SI____ NO____
5	Cuando el profesional de enfermería usa vocabularios técnicos, al darle información sobre el paciente, ¿Verifica que Usted comprendió el mensaje?	SI____ NO____
6	Al realizar preguntas sobre el paciente, ¿La enfermera (o) le brinda la información con un vocabulario fácil, las veces que sea necesaria hasta que Usted comprenda?	SI____ NO____
7	Cuando Usted refiere tener dudas sobre algunas palabras que el profesional de enfermería menciona durante la información ¿Éste le explica el significado?	SI____ NO____
8	El profesional de enfermería al hablarle de algún procedimiento realizado al paciente, ¿Le describe como se realizó?	SI____ NO____
9	El Profesional de enfermería, ¿Espera a que Usted este alerta para brindarle información sobre el paciente?	SI____ NO____
10	El profesional de enfermería, ¿Espera a que Usted se encuentre calmado para brindarle alguna información sobre el paciente?	SI____ NO____

CUESTIONARIO

(Continuación)

11	Usted considera que los lugares que elige la enfermera (o) para darle información respecto al paciente ¿son lo más adecuados para que pueda escuchar bien el mensaje?	SI____ NO____
12	El profesional de enfermería cuando se comunica con Usted, ¿Lo hace en un sitio privado sólo con su grupo familiar?	SI____ NO____
13	Cuando Usted visita a su familiar, ¿El profesional de enfermería le dice para qué son los cables colocados en el tórax del paciente?	SI____ NO____
14	El profesional de enfermería le explicó: ¿Cómo se vigila en el monitor la cantidad de oxígeno que recibe el paciente?	SI____ NO____
15	El profesional de enfermería le explicó: ¿Para qué se coloca al paciente en ventilación mecánica?	SI____ NO____
16	El profesional de enfermería le explicó: ¿Para qué se coloca el tubo endotraqueal al paciente?	SI____ NO____
17	El profesional de enfermería le explicó: ¿Como se controla la presión arterial del paciente?	SI____ NO____
18	La enfermera (o) le explicó: ¿Cómo se controla la cantidad de líquidos dentro del cuerpo del paciente?	SI____ NO____
19	El profesional de enfermería le explicó: ¿Para qué se coloca un catéter central al paciente?	SI____ NO____
20	El profesional de enfermería le explicó: ¿Cómo se toman las muestras de sangre arterial al paciente?	SI____ NO____
21	El profesional de enfermería le informó: ¿Cómo recibe alimentos el paciente conectado a la ventilación mecánica?	SI____ NO____
22	El profesional de enfermería le informó: ¿Si el paciente requiere de sonda vesical para eliminar la orina de la vejiga?	SI____ NO____

ANEXO N° 4

CUADRO N° 4

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE RESPUESTAS POSITIVAS DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADAS POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA REFERIDO A LOS SUBINDICADORES Y CATEGORIAS. Familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI del HUC. 2009-2010

Sub-Indicadores	%	Categoría	Indicadores
Sencillez	67,24	Bueno	Claridad
Común	72,41	Bueno	
Vocabulario	84,48	Excelente	Acorde
Verificación de la Comprensión	62,07	Regular	Especifico
Explicación	68,97	Bueno	
Definición	31,03	Deficiente	
Momento	64,66	Regular	Pertinente
Lugar	78,45	Bueno	
Frecuencia Cardiaca	41,38	Insuficiente	Monitoreo no Invasivo
Saturación de Oxígeno	17,24	Deficiente	
Ventilación Mecánica	39,67	Insuficiente	Monitoreo Invasivo
Presión Arterial	22,41	Deficiente	
Presión Venosa Central	17,24	Deficiente	
Catéter Central	48,28	Insuficiente	Cateterización de Vías
Catéter Arterial	17,24	Deficiente	
Sonda Nasogástrica	50	Insuficiente	
Sonda Vesical	18,97	Deficiente	

Fuente: Cuestionario. Ítemes 1-22

Unidad de Cuidados Intensivos

Teléfonos: 0212-6067500

ANEXO N° 5

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

La Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Caracas es un área donde se atiende a aquellos pacientes cuyo estado de salud es grave.



UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Información para pacientes y familiares



Hospital Universitario de Caracas

Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

La asistencia al paciente en la UCI, la realiza un equipo altamente calificado formado por Personal Médico y de Enfermería a disposición las 24 h del día.

El paciente en la UCI

Durante su ingreso en la UCI observará que alrededor del paciente, hay varios aparatos, muchos de los cuales invaden (entran) al cuerpo perforando la piel, los cuales son “necesarios” para el control de sus signos vitales y el cumplimiento del tratamiento.

El personal de la UCI detecta de inmediato, a través de las alarmas cualquier alteración, movimientos del paciente o posibles desconexiones del sistema.

A menudo, los pacientes requieren la sustitución total de la función respiratoria o sólo una ayuda, según sus necesidades; ejercida por un respirador artificial. Usted verá que el paciente está conectado al respirador a través de un tubo introducido por la boca o, en ocasiones, a través de una mascarilla.



El general, el paciente está dormido mediante una sedación farmacológica reversible, es decir, una situación de inconsciencia provocada por medicamentos que permite una mejor adaptación del paciente a esta circunstancia.

A medida que la situación mejora, el paciente puede empezar a respirar por sí solo.

Los familiares durante la visita

La colaboración de los familiares y allegados es muy importante en el proceso de recuperación. Puede usted ayudar al paciente con mensajes positivos y transmitiéndole tranquilidad. Si tiene dudas consulte con el personal de la UCI.

Somos un equipo a su disposición

El horario de visitas es:

Mañana: 12:30-13:30

Tardes: 18:30-19:30

En cada hora de visita pueden entrar dos familiares por paciente y deben vestirse con gorro, botas y bata descartables que encontrarán al entrar en la UCI.

Es importante que apague el celular, ya que pueden crear interferencias con algunos equipos.



Información a los familiares

El médico responsable de la UCI, se pondrá en contacto con la familia diariamente, normalmente tras la visita, para ofrecerle información de la evolución de su familiar. Es conveniente que sean siempre los mismos familiares los que reciban la información.

Queremos que comprendan la naturaleza de la enfermedad y la evolución esperada. No se queden con dudas y pregunten todo lo que no entiendan.

En caso de que sea necesario realizar algún procedimiento especial o intervención quirúrgica se solicitará la firma del consentimiento informado al paciente, si su condición lo permite, o a su representante legal.

Si desea permanecer en el Hospital, puede hacerlo en la sala de espera de la UCI ubicada en el primer piso con acceso por el patio.

No obstante no es necesario su presencia continua, por ello es importante que nos facilite un número de teléfono donde localizarle fácilmente.