

PROGRAMA DE EDUCACION A FAMILIARES DE PACIENTES EN UNIDADES
DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

“UCI AMIGA ACOMPÁÑAME”

DANIEL FELIPE BECERRA MEDINA

ELIANA CASTRO JIMENEZ

LEIDY CAROLINA SUAREZ FIGUEROA

ZULMA YOHANNA ESPITIA OJEDA

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN

ESPECIALIZACION EN CUIDADO CRÍTICO ENFASIS ADULTO

2011

PROGRAMA DE EDUCACIÓN A FAMILIARES DE PACIENTES EN UNIDADES
DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

“UCI AMIGA ACOMPÁÑAME”

PRESENTADO A LA DOCENTE:
MYRIAM ABAUNZA DE GONZÁLEZ

DANIEL FELIPE BECERRA MEDINA
ELIANA CASTRO JIMENEZ
LEIDY CAROLINA SUÁREZ FIGUEROA
ZULMA YOHANNA ESPITIA OJEDA

UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADO CRÍTICO ÉNFASIS ADULTO

2011

INDICE DE CONTENIDO

| | pág. |
|--|------|
| IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJO | 11 |
| INTRODUCCIÓN..... | 12 |
| 1. JUSTIFICACIÓN..... | 15 |
| 2. OBJETIVO GENERAL..... | 18 |
| 2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 18 |
| 3. MARCO TEÓRICO..... | 19 |
| 3.1 MODELO DE INCERTIDUMBRE..... | 19 |
| 3.1.1. Principales supuestos y definiciones..... | 20 |
| 3.1.1.1. Capacidades cognitivas..... | 20 |
| 3.1.1.2. Inferencia..... | 20 |
| 3.1.1.3. Ilusión..... | 20 |
| 3.1.1.4. Adaptación..... | 20 |
| 3.1.1.5. Nueva perspectiva de la vida..... | 20 |
| 3.1.1.6. Pensamiento probabilístico..... | 21 |
| 3.1.2. Afirmaciones teóricas..... | 22 |
| 3.1.3. Elementos conceptuales del modelo..... | 24 |
| 3.1.3.1. Antecedentes de la incertidumbre..... | 24 |
| 3.1.3.2. Autovaloración de la incertidumbre..... | 24 |
| 3.1.3.3. Afrontamiento..... | 25 |

| | |
|---|----|
| 4. MARCO CONCEPTUAL..... | 26 |
| 4.1. FAMILIA..... | 26 |
| 4.2. EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA HACIA EL PACIENTE Y LA FLIA..... | 27 |
| 4.3. ASPECTOS ÉTICOS DEL PROGRAMA..... | 29 |
| 5. MARCO METODOLÓGICO..... | 29 |
| 5.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL MARCO LÓGICO..... | 29 |
| 5.2. UTILIDAD DEL MARCO LÓGICO COMO METODOLOGÍA..... | 30 |
| 5.3. NEGOCIACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA..... | 31 |
| 6. DESARROLLO DEL PROGRAMA DE GESTIÓN BAJO LA ESTRATEGIA DEL MARCO LÓGICO..... | 33 |
| 6.1. ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS..... | 33 |
| 6.2. ÁRBOL DE PROBLEMAS..... | 38 |
| 6.3. DIAGRAMA DE OBJETIVOS..... | 39 |
| 6.4. PROGRAMA DE EDUCACIÓN..... | 40 |
| 6.4.1. SESIONES EDUCATIVAS..... | 40 |
| 6.4.1.1. Fase de sensibilización..... | 41 |
| 6.4.1.1.1. Plan de acción fase de sensibilización..... | 42 |
| 6.4.1.1.2. Estrategia de sensibilización inmediata..... | 42 |
| 6.4.1.1.3. Programación de la estrategia de sensibilización inmediata..... | 44 |
| 6.4.1.2. Fase de reconocimiento..... | 44 |
| 6.4.1.2.1. Estrategia: reconociendo la nueva casa..... | 45 |
| 6.4.1.2.2. Programación de la estrategia: reconociendo la nueva casa..... | 46 |
| 6.4.1.3. Fase de acción/participación..... | 46 |
| 6.4.1.3.1. Estrategia: “ayudando con amor” | 47 |
| 6.4.1.3.2. Programación de la estrategia. “ayudando con amor”..... | 47 |
| 6.4.1.4. Fase de alta de la UCI..... | 48 |

| | |
|--|----|
| 6.4.1.4.1. Estrategia: “cambio de casa” | 49 |
| 6.4.1.4.2. Programación de la estrategia: “cambio de casa” | 49 |
| 6.4.2. Recursos disponibles..... | 50 |
| 6.4.2.1. Recursos económicos..... | 50 |
| 6.4.2.2. Recursos humanos..... | 50 |
| 6.4.2.3. Recursos estructurales..... | 50 |
| 6.4.2.4. Fuentes de financiamiento..... | 51 |
| 6.4.3. Presupuesto..... | 51 |
| 6.4.3.1. Participación de las instituciones en el presupuesto del programa.... | 52 |
| 6.4.4. Viabilidad política..... | 53 |
| 6.5. MATRIZ DE MARCO LÓGICO..... | 54 |
| 6.6. CRONOGRAMA..... | 59 |
| 7. EJECUCIÓN DE LAS FASES..... | 61 |
| 8. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES PLANTEADOS EN LA MATRIZ DE M.L. EN LAS UCI TRABAJADAS..... | 71 |
| 9. CONCLUSIONES..... | 80 |
| 10. RECOMENDACIONES..... | 82 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 83 |
| ANEXOS..... | 85 |

INDICE DE ILUSTRACIONES

| | |
|--|----|
| Ilustración 1. Modelo de incertidumbre percibida ante la enfermedad..... | 22 |
| Ilustración 2. Fase 1 Instituto del corazón de Ibagué..... | 63 |
| Ilustración 3. Fase 1 FVC Entrega de folletos..... | 64 |
| Ilustración 4. Entrega de folletos FCV..... | 64 |
| Ilustración 5. Entrega de folletos FCV..... | 64 |
| Ilustración 6. Fase 2 Hospital Regional de Duitama. | 65 |
| Ilustración 7. Fase 2 FCV. | 65 |
| Ilustración 8. Lavado de manos FCV..... | 66 |
| Ilustración 9. Indicaciones Lavado de manos en el ICI..... | 67 |
| Ilustración 10. Masaje en ICI | 66 |
| Ilustración 11. Masaje en UCI Instituto del Corazón de Ibagué. | 68 |
| Ilustración 12. Masaje en UCI FCV..... | 68 |
| Ilustración 13. Masaje asistido en UCI fase 3 FCV..... | 70 |
| Ilustración 14. Fase 3 Hospital regional de Duitama..... | 70 |
| Ilustración 15. Fase de alta en la FCV | 71 |
| Ilustración 16. Presentación del programa en Duitama | 86 |
| Ilustración 17. Presentación del programa en Duitama 2. | 86 |

INDICE DE GRAFICAS

| | | |
|------------|---|----|
| GRAFICA 1. | Indicador de Disponibilidad..... | 71 |
| GRAFICA 2. | Indicador de intensidad de Uso..... | 72 |
| GRAFICA 3. | Indicador de Eficacia..... | 73 |
| GRAFICA 4. | Indicador satisfacción del Usuario..... | 74 |
| GRAFICA 5. | Indicador de aprendizaje Familiar..... | 75 |
| GRAFICA 6. | Indicador de Afrontamiento familiar previo a la entrada a la UCI..... | 76 |
| GRAFICA 7. | Indicador Afrontamiento Familiar después de ejecutarse el programa..... | 77 |
| GRAFICA 8. | Indicador fase acción / participación..... | 78 |
| GRAFICA 9. | Indicador cumplimiento fase del alta..... | 79 |

INDICE DE TABLAS

| | | |
|-----------|--|----|
| TABLA 1. | Datos para indicador de disponibilidad..... | 71 |
| TABLA 2. | Datos para el indicador de intensidad de uso..... | 72 |
| TABLA 3. | Datos para indicador de Eficacia..... | 73 |
| TABLA 4. | Datos para el indicador de satisfacción del usuario..... | 74 |
| TABLA 5. | Resultados de la segunda pregunta del test..... | 75 |
| TABLA 6. | Datos de aprendizaje familiar..... | 75 |
| TABLA 7. | Resultado del pre test..... | 76 |
| TABLA 8. | Resultados del pos test..... | 77 |
| TABLA 9. | Datos del indicador aplicación tercera fase..... | 78 |
| TABLA 10. | Datos del indicador cumplimiento cuarta fase..... | 79 |

INDICE DE CUADROS

| | | |
|------------|---|----|
| CUADRO 1. | Análisis de los involucrados..... | 34 |
| CUADRO 2. | Estrategia: Sensibilización inmediata..... | 43 |
| CUADRO 3 | Programación de la estrategia “sensibilización inmediata”..... | 44 |
| CUADRO 4. | Estrategia: Reconociendo la nueva casa..... | 45 |
| CUADRO 5. | Programación de la estrategia “Reconociendo la nueva casa”..... | 46 |
| CUADRO 6. | Estrategia: Ayudando con amor..... | 47 |
| CUADRO 7. | Programación de la estrategia “ayudando con amor”..... | 47 |
| CUADRO 8. | Estrategia: cambio de casa..... | 48 |
| CUADRO 9. | Programación de la estrategia cambio de casa”..... | 49 |
| CUADRO 10. | Presupuesto materiales requeridos por cada una de las instituciones..... | 51 |
| CUADRO 11. | Presupuesto recurso humano total del programa..... | 51 |
| CUADRO 12. | Presupuesto equipo electrónicos requeridos por cada una de las instituciones..... | 51 |
| CUADRO 13. | Participación de las instituciones en el presupuesto del programa..... | 53 |

INDICE DE ANEXOS

| | | |
|----------|---|----|
| ANEXO A. | Presentación del anteproyecto ante personal asistencial uci Salud Vital De Colombia IPS..... | 86 |
| ANEXO B. | Test pre y post ejecución de sesiones educativas..... | 87 |
| ANEXO C. | Recomendaciones para el alta de la uci ¿como prevenir lesiones de la piel en mi familiar?..... | 88 |
| ANEXO D. | Recomendaciones para el alta de la uci, rehabilitación cognitiva..... | 89 |
| ANEXO E. | Recomendaciones para el alta de la uci, ¿cómo evitar que mi familiar sufra caídas? | 90 |
| ANEXO F. | Recomendaciones para el alta de la uci, Cuidados con las heridas quirúrgicas..... | 91 |
| ANEXO G. | Recomendaciones para el alta de la uci, Vigile, avise y/o consulte si..... | 92 |

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJO:

NOMBRE: PROGRAMA DE EDUCACIÓN A FAMILIARES DE PACIENTES DE UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO:

“UCI amiga: acompañame”

ASESORA DE TRABAJO DE GRADO: DOCENTE: Myriam Abaunza De González

AUTORES:

Daniel Felipe Becerra Medina danielbecerra_enf@hotmail.com

Duitama- Boyacá

Eliana Castro Jiménez elicasjim@hotmail.com

Ibagué- Tolima

Leidy Carolina Suarez Figueroa lc24_131@hotmail.com

Buaramanga- Santander

Zulma Yohanna Espitia Ojeda zyeo@hotmail.com

Duitama- Boyacá

INSTITUCIONES EN LAS QUE SE EJECUTA EL PROGRAMA:

Salud Vital de Colombia IPS. Hospital Regional de Duitama

Fundación Cardiovascular de Colombia – Floridablanca, Santander.

Fundación Cardiovascular Instituto Del Corazón de Ibagué

DURACIÓN DEL PROGRAMA: 1 año.

LA POBLACIÓN OBJETO – MUESTRA: Familiares que visiten a los pacientes hospitalizados en la UCI, en el horario de visita, del cual se tomaran 5min.

COSTO TOTAL DEL PROGRAMA: 27,539,000

INTRODUCCIÓN

Las unidades de cuidado intensivo se caracterizan por ser el lugar dentro de la institución prestadora de servicio donde se hospitalizan los pacientes que tienen en riesgo la vida, haciéndose necesario contar con un personal bien entrenado y con alta tecnología para la vigilancia y monitorización permanente de su estado de salud, permitiendo la gestión de riesgo, tan importante en estas personas allí hospitalizadas, dada la complejidad y la susceptibilidad de su estado.

El cuidado de enfermería en el paciente crítico requiere de un proceso integral, fundamentado en análisis, liderazgo, y capacidad de resolución de problemas, así como innovación en pro del bienestar del sujeto de cuidado.

El ingreso de un paciente a la unidad de cuidado intensivo genera estrés, tanto en él, como en sus familiares, lo que los lleva a un estado de vulnerabilidad, además, la inmersión en un ambiente desconocido, la vivencia de experiencias propias y ajenas referentes a la hospitalización en una UCI, la presencia de dispositivos invasivos de monitoreo y las normas instauradas en las unidades, son variables que de una u otra forma dinamizan en el paciente y el familiar, creando o aumentando el estado de incertidumbre durante todo el proceso de hospitalización.

Entendido lo anterior, la familia constituye el principal grupo de apoyo al paciente; más aún, en un estado de vulnerabilidad y riesgo como lo es la internación en una UCI; por lo que es apremiante intervenir bajo estrategias educativas a esta red familiar, para que contribuyan al cuidado del individuo hospitalizado y no que por su preocupación e interés de querer cooperar generen otras situaciones de riesgo para éste y para el personal asistencial por hechos como el desplazamiento accidental de dispositivos o infección cruzada.

En el diario quehacer de la profesión de enfermería, se lleva a cabo multitud de trabajos en relación con el paciente y la familia y frecuentemente se concibe y se habla de esta última como un sujeto ajeno al cuidado del individuo porque no se

le da la suficiente importancia a lo que representa para el paciente, o porque simplemente las prioridades intervencionistas le quitan atención a la presencia y a la potencialidad de los familiares dentro del contexto de cuidado del paciente críticamente enfermo; esta idea no surge del análisis de una situación concreta sino de una serie de observaciones realizadas en particular; se cree que la información es una tarea propia de los médicos que hace referencia exclusivamente al diagnóstico, pronóstico y tratamiento y no una responsabilidad conjunta con enfermería desarrollándose dentro de un marco multidisciplinar de atención. Se hace imprescindible la existencia de una adecuada coordinación de la misma y conocimiento de la información que transmite cada miembro del equipo, para mantener una uniformidad que no genere malentendidos.

Ángela María Henao Castaño cita en el artículo “Sentirse apoyado, experiencia de pacientes en ventilación mecánica sin efectos de sedación continua” a Pérez Cirinza, que uno de los factores estresantes descritos era la ausencia del familiar más allegado¹, y a Berwick, quien sustenta que la literatura empírica sugiere que la presencia de la familia y amigos tiende a tranquilizar y calmar al paciente, proporcionando un ambiente sensorial estimulante²

Estudios realizados por L. Santana y col, en el 2005 concluyen que “La comunicación con los familiares de los pacientes críticos debería ser evaluada con regularidad con la intención de mejorarla, ya que es muy importante para que en un momento dado se puedan tomar decisiones en conjunto en relación con el tratamiento a llevar a cabo.”³ En dicha investigación se comparara el trabajo con otros estudios publicados que valoraban las diferencias en las percepciones de las necesidades entre el profesional y la familia de pacientes en UCI. Les llamó la atención que los profesionales sobreestimasen las necesidades de los familiares.

En el estudio de necesidades de los familiares de pacientes en unidades de terapia intensiva: análisis comparativo entre hospital público y privado se concluye: “Velar por la integralidad del ser humano, es nuestra responsabilidad; así que una exploración a las necesidades de los familiares de los pacientes de UCI, es un tema mayúsculo y digno de tomarse en serio, dado que nuestros pacientes son

1 Henao Castaño Ángela María , Ssentirse apoyado. Experiencia de pacientes en ventilación mecánica sin efectos de sedación continua, En Index de enfermería/segundo-tercer trimestre 2010, vol 19, n 2-3 pag120

2 Ibid pag 120

3 L. Santana Cabrera, M. Sánchez Palacios, E. Hernández Medina, , M. García Martul, P. Eugenio Robaina, Villanueva Ortiz, necesidades de los familiares de pacientes de cuidados intensivos: percepción de los familiares y del profesional, En: Medicina. Intensiva v.31 n.6 madrid ago.-sep. 2007

mas susceptibles tanto a mejorar como a no hacerlo. Allí toma importancia la relación familia – paciente, como primera red de apoyo y tal vez, a pesar de la tecnología y avances médicos, por ser la más significativa para nuestros pacientes.”⁴

De lo anterior se evidencia la importancia de instaurar un programa de educación de los familiares sobre el requerimiento de la internación de su ser querido en la UCI, el entorno en el que éste se encuentra inmerso y los dispositivos invasivos que mantiene durante la hospitalización en la uci del Hospital Regional Duitama, Fundación cardiovascular de Bucaramanga e Instituto del Corazón de Ibagué ,entre otros aspectos, para obtener datos específicos y objetivos y de esta manera desarrollar e implementar un programa de educación a partir de la metodología del marco lógico involucrando cuatro fases de acción: sensibilización reconocimiento, acción participación y alta, planteado y desarrollado por profesionales de enfermería, que determine el impacto que tiene la integración del familiar del paciente durante su estancia en UCI, integrando aspectos claros de la teoría de mediano rango de la incertidumbre en la enfermedad de Merle Mishel, en lo referente a los conceptos y definiciones y a la incertidumbre como oportunidad⁵. Se conceptualiza el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad como la incapacidad de la persona de determinar el significado de los hechos relacionados con la enfermedad, siendo incapaz de dar valores definidos a los objetos o hechos y por lo tanto no puede predecir los resultado, todos, fenómenos motivados por la falta de información y conocimiento (Mishel, 1998).

4 Santana Freitas Kátia; Miako Kimurairi; Karine Azevedo São Leão Ferreirairi, necesidades de los familiares de pacientes en unidades de terapia intensiva: análisis comparativo entre hospital público y privado, En: Enfermagem 2007 janeiro-fevereiro; 15(1) Www.eerp.usp.br/rlae

5 Marriner Tomey, Ann. Raile Aligood,Martha. Modelos y teorías en enfermería. sexta edición. editorial elsevier mosby. madrid, españa. pags. 630 y 631.

1. JUSTIFICACIÓN

El cuidado de enfermería en las Unidades de Cuidado Intensivo se ha enfatizado en la realización de actividades netamente asistenciales, las cuales son de alta complejidad y requiere de entrenamiento y capacitación continua por parte del personal de salud, Sin embargo, dado el compromiso profesional, ético y legal, es pertinente y absolutamente necesario que se cuestione diariamente sobre las diferentes necesidades del paciente, entre estas el afrontamiento familiar ante su enfermedad.

Teniendo en cuenta que las familias son el principal grupo de apoyo al paciente hospitalizado en la UCI, y el impacto que genera el ingresar a terapia intensiva, se indaga en tres Unidades de Cuidado Intensivo del País (Colombia), Bucaramanga – Fundación Cardiovascular de Colombia, Duitama- Hospital Regional de Duitama, Ibagué – Instituto del Corazón de Ibagué, sobre las posibles necesidades de estas familias; se entrevistan a las coordinadoras de cada unidad, haciéndoles como única pregunta: Qué necesidades cree usted que tenga la familia del paciente hospitalizado en UCI, las tres coincidieron en que no existía un espacio en tiempo y lugar para dar apoyo a las familias, no existe un momento exclusivo para dedicárselo a ellos y así aclarar sus dudas. De tal manera que si se parte del concepto del cuidado de enfermería holístico, este debe entonces involucrar a las familias, desde el primer momento que ingresa el paciente a la UCI, y así prepararlos para la rehabilitación en casa o para un posible afrontamiento de duelo; dicho análisis surge como se verá a lo largo del trabajo, del trato sistemático que sobre el tema se hace a la luz de la teoría del Marco Lógico, herramienta que permitió darle sentido y coherencia al programa aquí presentado.

También se hace revisión bibliográfica donde se citan algunos artículos como en el estudio percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional, en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati M., Abril 2003, en donde se entrevistan a familiares de pacientes críticos encontrando que el 37.5% (9) de familiares, tienen una percepción favorable de la intervención enfermera, 33.3% (8) tiene una percepción desfavorable, y 29.2% (7) indiferente. Esto hace referencia a que las enfermeras no orientan a la familia sobre la forma de actuar frente a los sentimientos de angustia, no tienen un tono cálido al hablar con los familiares y no tranquilizan con palabras de aliento y concluye que existe un porcentaje significativo de familiares de pacientes críticos que percibe la intervención de

enfermería durante la crisis situacional como indiferente en las dimensiones de comunicación verbal y apoyo emocional; y prioritariamente desfavorable en la dimensión de comunicación no verbal, limitando así la restauración de la homeostasis psico-emocional del familiar.⁶

José Manuel Velasco Bueno, cita en el artículo: Detección de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos a Leske JS. Comparison ratings of need importance after critical illness from family members with varied demographic characteristics. Crit Care Nurs Clin North Am 1992; 4(4): 607-13. Estudio descriptivo multicéntrico en el que teniendo en cuenta las siguientes variables con respecto al miembro familiar entrevistado (edad, género, relación con el paciente, experiencias previas en UCI, diagnóstico médico) durante un periodo de diez años destaca las siguientes necesidades como fundamentales: Soporte, confort, información, proximidad y seguridad.⁷

Así, se identifica que el ambiente de la UCI es complejo de entender para las familias, incrementa su temor y angustia, sin embargo, se tiene como gran ventaja que los familiares cuentan con la actitud y el interés de integrarse a la labor de facilitar la recuperación y la adaptación de la persona hospitalizada, reconociendo que este proceso genera grandes riesgos para la persona en el momento del egreso y posterior adaptación a la vida familiar y social, por lo que requiere de un proyecto estructurado para su consolidación.

Partiendo de esta necesidad evidenciada en las tres Unidades de Cuidados Intensivos (Hospital Regional de Duitama, Instituto del Corazón de Ibagué, fundación cardiovascular de Bucaramanga) y basados en la gestión del cuidado se decide realizar un programa de educación y orientación para todas estas familias vulnerables, aplicado en las Unidades de cuidados Intensivos anteriormente mencionadas.

De esta forma, la labor profesional de enfermería, trasciende el tiempo y los temores para buscar que a partir de una hospitalización en UCI, se le garantice al paciente, una adaptación, no solamente en su fase crítica, sino, facilitando una

⁶Franco Canales, Rosa Esther. Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional, en la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati M., abril 2003

⁷ Velasco Bueno José Manuel, Detección de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos. Uci hospital costa del sol

rápida y óptima vinculación a la vida que llevaba previamente, con el mínimo de complicaciones, para su inserción social posterior al egreso.

Como base científica propia de la disciplina profesional de enfermería, la teoría de mediano rango de Merle Mishel, permite crear estrategias de regulación de la incertidumbre, convirtiéndola en un insumo que favorezca el vínculo familiar y así una posible facilitación en la recuperación. Para ello, la metodología de sesiones educativas, resultan pertinentes para lograr el comportamiento requerido para favorecer dicho vínculo y a partir de allí, desarrollar la labor conjunta del cuidado, el cual, estará guiado y estructurado de acuerdo a lo que el enfermero profesional crea conveniente para la experiencia individual de cada paciente.

Basados en la teoría de la incertidumbre de Mishel, sumado a las observaciones previas de los ejecutores en ejercicios anteriores, se realizaron las preguntas de sondeo, que determinan la valoración de la incertidumbre del familiar del paciente que ingresa a una Unidad de Cuidado intensivo y que permiten identificar si la adversidad que supone el estado crítico de su ser querido, es experimentada negativamente, lo que disminuiría la capacidad de vinculación del familiar a la recuperación de su allegado o definitivamente genera la cooperación esperada, por ser la incertidumbre valorada como oportunidad. En ambos casos, se requiere la modulación de la incertidumbre por medio del programa de educación, planteado, para dirigir adecuadamente la integración del familiar al cuidado tanto en las fases críticas, como en aquellas que lo llevan a conseguir una recuperación y rehabilitación más eficaz. Es de resaltar que no es posible la adquisición del instrumento oficial de la teórica, teniendo en cuenta su alto costo y su subutilización en este programa.

2. OBJETIVO GENERAL

Diseñar, elaborar e implementar un programa de educación a los familiares de los pacientes críticos, integrándolos al cuidado para el fortalecimiento de la incertidumbre como oportunidad y el favorecimiento en el alta, en la Unidad de Cuidados Intensivos de tres instituciones de diferentes regiones del país.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Informar y sensibilizar a los familiares de los pacientes en torno al ambiente de la unidad de cuidado crítico y las necesidades que allí se suplen para el tratamiento de los eventos de cuidado intensivo.
- Contextualizar al familiar del paciente de cuidado intensivo con el espacio físico, normas institucionales y con los dispositivos invasivos, aspectos fundamentales para asegurar un acercamiento del familiar forma cordial, pero también segura.
- Promover el acercamiento y la integración del familiar del paciente crítico al cuidado que se ofrece en UCI, en búsqueda de la adaptación del paciente en este ámbito.
- Intervenir bajo la teoría de la incertidumbre de Merle H. Mishel, la relación familiar- paciente, transformando la incertidumbre del familiar en oportunidad de facilitación del cuidado intra y extrahospitalario.
- Brindar al familiar y al paciente recomendaciones de cuidado al momento del alta de la unidad de cuidados intensivos, específicos para el estado de salud de este.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 MODELO DE INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ENFERMEDAD (MISHEL, 1988)

“La incertidumbre se define como la incapacidad de determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad. Es el estado cognitivo creado cuando la persona no puede estructurar o categorizar adecuadamente un evento por falta de señales suficientes; la incertidumbre ocurre en una situación en la cual quien toma la decisión es incapaz de asignar un valor definitivo a los objetos o eventos y/o es incapaz de predecir los resultados en una forma precisa”⁸ teniendo en cuenta lo anterior, se puede decir que la incertidumbre es la incapacidad de la persona para dar un significado objetivo a la experiencia vivida o por vivir con la enfermedad, fenómenos motivados por falta de información y conocimiento del evento en particular.

Una vez conceptualizada la incertidumbre por Mishel , encontramos que “La teoría de mediano alcance de incertidumbre en la enfermedad se presenta desde una perspectiva tanto teórica como empírica. La teoría explica cómo las personas contruyen significados para la enfermedad con incertidumbre, indicando ausencia de significados. El modelo de la teoría de la incertidumbre, amplía los conceptos y sus relaciones, y forma la base para el material teórico y empírico. La discusión de la teoría esta organizada alrededor de tres temas principales: antecedentes de incertidumbre, el proceso de valoración y enfrentamiento de la incertidumbre”⁹

8 Merle Mishel, incertidumbre en la enfermedad, Mishel 1998, material traducido por Maria Elisa Moreno, profesor asociado universidad de la Sabana

9 Ibid pag 1

3.1.1 PRINCIPALES SUPUESTOS Y DEFINICIONES¹⁰

3.1.1.1 Capacidades cognitivas:

Las capacidades cognitivas son las habilidades de la persona para procesar la información, y reflejan tanto las capacidades innatas como las respuestas a la situación.¹¹

3.1.1.2 Inferencia:

La inferencia se refiere a la evaluación de la incertidumbre utilizando el recuerdo de experiencias relacionadas.¹²

3.1.1.3 Ilusión:

La ilusión se refiere a las creencias que nacen de la incertidumbre.¹³

3.1.1.4 Adaptación:

La adaptación refleja el comportamiento biopsicosocial mostrado dentro de la variedad de comportamientos comunes de la persona, definido de manera individual.¹⁴

3.1.1.5 Nueva perspectiva de la vida:

La nueva perspectiva de la vida representa la reformulación de un nuevo sentido del orden de las cosas, que resulta de la integración de una continua incertidumbre en la estructura de un mismo individuo, en la que se acepta la incertidumbre como si se tratase de un ritmo natural de la vida.¹⁵

10 Ann Marriner Tomey, Raile Martha, modelos y teorías en enfermería, Madrid, harcourt brace sexta edición, 627p

11 Ibid p 627

12 Ibid p 627

13 Ibid p 627

14 Ibid p 627

15 Ibid p 627

3.1.1.6 Pensamiento probabilístico:

El pensamiento probabilístico se refiere a la creencia en un mundo condicional, en el que se dejan de lado el deseo de un estado de continua certeza y la previsibilidad.¹⁶

En la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Mishel, la cual se publicó por primera vez en 1988, se incluyen varios postulados relevantes; los dos primeros reflejaban la conceptualización inicial de la incertidumbre dentro de los modelos de procesamiento de información de la psicología:¹⁷

- La incertidumbre es un estado cognitivo que representa la inadecuación del esquema cognitivo existente, cuya función es la de ayudar a la interpretación de los hechos surgidos a raíz de la enfermedad¹⁸
- La incertidumbre es una experiencia intrínsecamente neutra, que no se desea ni se desprecia hasta que se valora de otra forma¹⁹

Los dos postulados siguientes reflejan los pilares de la teoría de la incertidumbre en el estrés tradicional y en modelos de afrontamiento, que representan una relación lineal: estrés---- sistemas de afrontamiento----- relación de adaptación:²⁰

- La adaptación representa la continuidad de la conducta biopsicosocial normal del individuo, y constituye el deseado resultado de los esfuerzos del afrontamiento, bien para reducir el nivel de incertidumbre, vista como un peligro, bien para ver la incertidumbre como una oportunidad.²¹
- la relación entre los casos de enfermedad, la incertidumbre, la valoración, los sistemas de afrontamiento y la adaptación es lineal y unidireccional, y va desde las situaciones de incertidumbre hasta la adaptación.²²

La formulación original de la teoría sostenía que la incertidumbre se valora como una oportunidad cuando se representa una trayectoria descendente conocida; en otras palabras, la incertidumbre se valora como una oportunidad cuando sirve de alternativa a una certeza negativa. Mishel y otros autores constataron que las personas también consideraban la incertidumbre como una oportunidad en situaciones que no corresponden a una trayectoria descendente, como es el caso

16 Ibid p 627

17 Ibid p 631

18 Ibid p 632

19 Ibid p 632

20 Ibid p 632

21 Ibid p 632

22 Ibid p 632

de personas que padecen una enfermedad crónica prolongada y que en este contexto, cambian su enfoque de la vida.²³

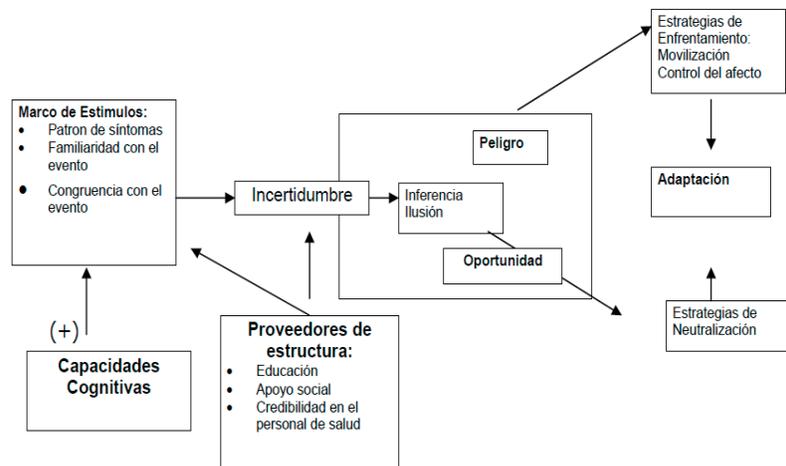


Ilustración 1. Modelo de incertidumbre percibida frente a la enfermedad (Mishel) (tomado de la teoría de Mishel)

En el modelo reconceptualizado de Mishel, ni los factores que anteceden a la incertidumbre ni el proceso de valoración cognitivo de la incertidumbre se interpretan como un peligro o una oportunidad de cambio. Sin embargo, la incertidumbre que se tiene con respecto al concepto de tiempo, y que se relaciona con enfermedades graves sirve de catalizador de la fluctuación en el sistema, al amenazar los sistemas cognitivos de la vida ya existentes que se presentan como predecibles e incontrolables. La incertidumbre invade casi cada aspecto en la vida de la persona, por tanto, sus efectos aparecen condensados y por último, se enfrentan a la estabilidad del sistema. Como respuesta a la confusión y al desorden provocado por un estado de continua incertidumbre, el sistema no tiene otra opción que cambiar para sobrevivir.²⁴

Lo ideal sería, que en condiciones de incertidumbre crónica, la persona pasase gradualmente de una evaluación negativa de la incertidumbre a la adopción de un nuevo modo de ver la vida que acepte ésta como parte de la realidad, por consiguiente, la incertidumbre sobre todo en enfermedades crónicas y enfermedades potencialmente letales, puede conducir a un nuevo nivel de

²³ Ibid p 632

²⁴ Ibid p 633

organización y a una nueva perspectiva de la vida, incorporando la madurez y el cambio, que se puedan adquirir a raíz de situaciones de incertidumbre.²⁵

3.1.2 Afirmaciones Teóricas:

La incertidumbre surge en el momento en que la persona no puede estructurar o categorizar adecuadamente los casos de enfermedad, debido a la falta de claves suficientes.²⁶

La incertidumbre puede presentarse bajo la forma de ambigüedad, complejidad, falta de información nada consistente e imprevisibilidad.²⁷

Cuando la tipología de los síntomas, la familiaridad y coherencia de las circunstancias (marco de los estímulos) aumentan, el grado de incertidumbre disminuye.²⁸

Las fuentes de la estructura (autoridad con credibilidad, apoyo social y educación) provocan de modo directo, una disminución de la incertidumbre al fomentar la interpretación de los hechos e indirectamente, al fortalecer el marco de estímulos.²⁹

La incertidumbre valorada como un peligro provoca una serie de esfuerzos de afrontamiento dirigido a reducir la incertidumbre y a controlar la excitación emocional que esta genera.³⁰

La incertidumbre valorada como si fuese una oportunidad, provoca una serie de esfuerzos de afrontamiento dirigidos a mantener la incertidumbre.³¹

La influencia que tiene la incertidumbre en las consecuencias psicológicas se ve mediada por la efectividad de los esfuerzos de afrontamiento, dirigidos a disminuir la incertidumbre valorada como peligro o a mantenerla, valorada como una oportunidad.³²

Cuando la incertidumbre es valorada como un peligro que no puede reducirse; se pueden emplear estrategias de afrontamiento para controlar las respuestas emocionales.³³

25 Ibid p 633

26 Ibid p 633

27 Ibid p 633

28 Ibid p 633

29 Ibid p 633

30 Ibid p 633

31 Ibid p 633

32 Ibid p 633

33 Ibid p 633

Cuanto más tiempo dure la incertidumbre en el contexto de la enfermedad, más inestable será el modo de funcionamiento del individuo aceptado previamente.³⁴

Al hallarse bajo las condiciones de sufrir incertidumbre, el individuo tendría que desarrollar una perspectiva de vida regida por la probabilidad, que acepta la incertidumbre como parte natural de la vida.³⁵

El proceso de integrar el continuo estado de incertidumbre en la nueva manera de ver la vida, puede detenerse o prolongarse por las fuentes de la estructura que no comparten el pensamiento probabilístico.³⁶

Una exposición prolongada a la incertidumbre valorada como si se tratase de un peligro puede llevar a pensamientos molestos, a la anulación y a trastornos emocionales.³⁷

3.1.3 Elementos conceptuales del modelo:

3.1.3.1 Antecedentes de la incertidumbre: definidos a través del marco de los estímulos, las capacidades cognitivas y las fuentes de la estructura."³⁸

A su vez, tiene algunos aspectos en cuenta como es el patrón de los síntomas, la familiaridad y congruencia del evento, mediante el conocimiento previo del sea este por vivencia propia o de alguien cercano, crea una estructura en la que los familiares de los pacientes de las unidades de cuidados intensivos realizan una evaluación del futuro próximo del ser querido, y frente a esto, se generan respuestas de estrés e incertidumbre al igual que estrategias para la adaptación a la situación real.

3.1.3.2 Autovaloración de la incertidumbre con dos procesos definidos: la inferencia y la ilusión"³⁹.

La inferencia se basa en las creencias acerca de sí mismo y de la relación que se tiene con el ambiente, al igual que en las experiencias y el conocimiento general, la ilusión se refiere a la construcción de creencias formadas desde la incertidumbre, creencias que generalmente tiene una mirada positiva.

3.1.3.3 Afrontamiento: que tiene como resultado la adaptación. Si la incertidumbre se valora como un peligro, el afrontamiento se traduce en acciones y búsqueda de

34 Ibid p 633

35 Ibid p 633

36 Ibid p 634

37 Ibid p 634

38 Torres Alexandra, Sanhuesa Olivia, Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad, en ciencia y enfermeria, no (1): 9-17, 2006 i.s.s.n. 0717 – 2079, 14 p

39 Ibid 14 p

apoyo psicológico. Si en cambio, la incertidumbre se ve como una oportunidad, el afrontamiento se protege.”⁴⁰

Para esto la teoría plantea intervenciones a realizar por el personal de enfermería: brindar apoyo al familiar y educación, generando confianza que dirige las emociones hacia los pensamientos positivos para desarrollar respuestas adaptativas como una oportunidad de afrontamiento, de esta forma si las estrategias son efectivas, se genera la adaptación.

“De acuerdo al modelo, la adaptación siempre ocurre como resultado final del proceso, la diferencia está definida por el factor tiempo y en donde es posible realizar intervenciones específicas dirigidas a minimizar este factor, lo cual mejorará las estrategias de afrontamiento y determinará el proceso adaptativo mejorando sustancialmente la calidad de vida”.⁴¹

Analizando lo anterior tomaremos el punto de la teoría de Mishel, denominado afrontamiento, por lo que se ha generado este programa en búsqueda de un afrontamiento positivo por parte del familiar respecto a la situación actual del paciente que contribuya al cuidado en general, como apoyo y soporte para la rehabilitación de su ser querido.

40 Ibid 14 p

41 Ibid 14 p

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1 FAMILIA

El programa de educación, busca formular estrategias que consoliden un cuidado integrado al paciente en estado crítico, en el que se involucre a su familia, por ser esta su principal red de apoyo, tanto en el transcurso de su enfermedad aguda como para los desafíos que se presentan luego del alta. Por lo tanto, se tienen en cuenta las diferentes concepciones que sirven de lineamientos para la formulación y la ejecución del programa. Dentro de ellos se tiene que:

La Constitución colombiana infiere: “La familia es el núcleo fundamental de la sociedad. Se constituye por vínculos naturales o jurídicos por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla. La pareja tiene derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos, y deberá sostenerlos y educarlos mientras sean menores e impedidos.”⁴²

“La familia es la institución más antigua de la humanidad; está conformada por un diverso grupo de individuos, cuyos rangos de edad pueden extenderse hasta dos o más generaciones”.⁴³

El término familia incorpora un amplio rango de características, comportamientos y experiencias; algunos autores la consideran como el grupo de individuos que comparten lenguaje, clase social, hogar y hasta ingresos económicos. Sus funciones son múltiples, siendo importantes aquellas relacionadas con la satisfacción de necesidades afectivas y sexuales para la procreación y crianza.⁴⁴

La familia es la responsable del mantenimiento de la salud y la conservación de la calidad de vida de sus miembros; cuenta con factores socioculturales propios que determinan su interacción con el entorno, lo cual ocasiona cambios característicos en su composición y organización, que influyen positiva o negativamente la salud de la misma. Durante su proceso de desarrollo, la familia supera etapas consecutivas, las cuales tienen condiciones y características específicas que generan situaciones que ponen en riesgo al grupo familiar.⁴⁵

42 ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE. constitución política. 1991. 3ª. ed. santa fe de Bogotá: legis; 1991.

43 Fajardo Elizabeth, Caracterización del riesgo familiar total de las familias con adulto mayor ubicadas en la comuna seis del municipio de Ibagué, en revista salud uninorte print issn 0120-5552

44 Ibid

45 ibid

“La situación de la familia colombiana es el resultado de los cambios que se han producido, por un lado, en su estructura, en sus formas de constitución, organización y, por otro, de las características de la política social, de la diversidad social, cultural y étnica del país”⁴⁶, La familia colombiana es una realidad compleja y diversa, que se caracteriza por una actividad dinámica y la presencia de contradictorios polimorfismos. Posee formas de organización diferentes de aquellas en las cuales los adultos (padre, madre o sustitutos) asumen la responsabilidad de los hijos.”⁴⁷

Aunque hay muchas definiciones de familia, no se puede optar por una específica, puesto que cada tipo de familia requiere su propia enunciación. Se concluye, que es el núcleo original y primario de la sociedad en que se desenvuelve el hombre y su principal fuente de educación y apoyo. Es susceptible a la incertidumbre en el proceso de enfermedad de cualquiera de sus miembros lo que es sustentado por la teoría de Merle Mishel, pues según esta, la incertidumbre puede desencadenarse en forma negativa con sentimientos de impotencia y negación de la situación que requiere apoyo, que sería en el caso de los pacientes en estado crítico, su enfermedad aguda, o por el contrario, darse en forma positiva con generación de conductas de colaboración y disposición a la facilitación de la recuperación y la rehabilitación. Por medio del programa de educación, se ha propuesto intervenir al núcleo familiar del paciente para generar las respuestas protectoras que faciliten la adaptación de este a su situación aguda y a los desafíos luego del alta.

4.2 EDUCACION DE ENFERMERÍA HACIA EL PACIENTE Y LA FAMILIA

Dado que la incertidumbre es una situación inherente a la enfermedad y que la presencia de esta depende en gran parte de las experiencias previas, la educación que brinda enfermería a las familias es un factor que ayuda a afrontar adecuadamente la incertidumbre, de forma que favorezca la adaptación efectiva a la situación crítica de su familiar.

46 Zamudio Cárdenas L, Rubiano B. N. Las familias de hoy en Colombia. Bogotá: Formato Comunicación Diseño; 1994. p. 73

47 Fajardo Elizabeth, Caracterización del riesgo familiar total de las familias con adulto mayor ubicadas en la Comuna Seis del municipio de Ibagué, En Revista Salud Uninorte Print ISSN 0120-5552

A menudo la UCI, aparece ante los ojos del núcleo familiar y el paciente como un ambiente extraño y hostil. Los enfermeros por la responsabilidad legal y ética que tienen, deben reconocer esto y dar confianza al núcleo de apoyo primario que es la familia, para integrarlos al cuidado y así intervenir en todos los condicionantes que permitan favorecer la salud del sujeto de cuidado tanto en el presente, como para el futuro.

La enfermería se define como una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad⁴⁸. Según ley (266 de 1996) basada en las necesidades y los derechos de los involucrados, tiene como fin dar cuidado integral de salud a la persona, a la familia, la comunidad y a su entorno; ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos,⁴⁹ para mantener prácticas de vida saludables que permitan salvaguardar un estado óptimo de salud en todas las etapas de la vida.

Siendo una función del concejo de enfermería: analizar las necesidades de enfermería de la población colombiana y proponer metas y planes de atención de corto, mediano y largo plazo en todos los niveles de atención en salud, fundamentamos en esta el ejercicio de nuestra intervención.⁵⁰

La familia constituye un eje fundamental en el cuidado del paciente y con mayor razón lo es, cuando este se encuentra en situación crítica, pues el acompañamiento de los familiares permite que el afrontamiento de esta situación sea tolerado de una mejor manera, además que se favorece el aprendizaje de conductas y habilidades para el cuidado luego del alta.

Teniendo en cuenta la influencia familiar descrita y dada las competencias del profesional de enfermería, se decide proponer un programa de educación que estratégicamente concebido y desarrollado de manera sistemática, mediante cuatro fases (la sensibilización de la situación crítica, el reconocimiento del ambiente de una UCI, la acción y participación del familiar en el cuidado del paciente y una última denominada fase de alta), favorezcan la adaptación del paciente, durante su estancia en la unidad y para el alta, la familia cuente con competencias que garanticen la rehabilitación.

48 LEY 266 DE 1996, Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones, artículo 3

49 Ibid artículo 3

50 Ibid artículo 6

4.3 ASPECTOS ÉTICOS DEL PROGRAMA

Este proyecto no es un estudio investigativo, es un programa de educación meramente pedagógico, de tal manera que no pone en riesgo la vida del paciente, no existe la necesidad de obtener datos de las historias clínicas, de este modo se mantiene la confidencialidad de los pacientes y su familia. Todos estos aspectos han sido informados y aclarados a los familiares que hicieron parte del programa, previo a la aplicación del instrumento denominado “Preguntas de sondeo para la valoración de la tendencia de la incertidumbre en familiares de pacientes internados en UCI adultos”, el cual constituye la primera actividad del programa.

Es de resaltar, que dentro de la aplicación del programa a lo largo de la ejecución de cada una de sus fases, los autores del programa tienen en cuenta principios irrenunciables a la disciplina profesional de enfermería, como lo son, la beneficencia la justicia, responsabilidad y respeto.

Respecto a las instituciones prestadoras de salud, no tienen ninguna oposición con que mencionen por el nombre de la institución a lo largo del presente trabajo.

5. MARCO METODOLÓGICO

El programa de educación aquí presentado, ha sido concebido, desarrollado y evaluado bajo la perspectiva de la metodología del Marco Lógico, por ser esta la herramienta directiva de planes y proyectos de diferentes disciplinas y avalado internacionalmente como garante de calidad.

5.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL MARCO LÓGICO

El Sistema de Marco Lógico es una de las herramientas principales que utilizan las instituciones para diseñar y planificar sus proyectos o programas y se compone de una secuencia de 5 pasos metodológicos⁵¹.

⁵¹ www.unibague.edu.co/sitios/investigacion/images/.../marco_logico.

Los 5 pasos metodológicos del Marco Lógico son:

- El Análisis de Involucrados
- El Análisis de Problemas
- El Análisis de Objetivos
- El Análisis de Alternativas
- La Matriz del Marco Lógico.

5.2 UTILIDAD DEL MARCO LÓGICO COMO METODOLOGÍA

La enfermería como una disciplina profesional tiene una función y una responsabilidad social, en la cual ha venido realizando grandes esfuerzos para enriquecer tanto su base teórica, como también su productividad social, es decir, se ha preocupado por serle útil a una sociedad que cada vez crece, y evoluciona con mayor rapidez. Que constantemente, interactúa consigo misma, con la economía mundial y con las condiciones del ambiente, lo que determina su estado de salud, dando como resultado que cada vez se gestan nuevos problemas, nuevos enfoques y nuevas estrategias para desarrollar el cuidado de la salud, del cual enfermería debe ser la mayor comprometida.

Lo anterior, supone que dentro de las estrategias para brindar cuidado al individuo y al colectivo, se requieren de directrices claras, prácticas, coherentes y ajustables a la búsqueda del cuidado de enfermería; y es el diseño de proyectos y la gestión de los mismos, los que requieren utilización de herramientas gerenciales que permite además de prácticas, ser eficientes para lograr la implementación del programa de educación a familiares desarrollando el mismo dentro de un conjunto de niveles operacionales.

Las estrategias utilizadas en la elaboración de este programa de gestión son: Planificación, que es el proceso que incluye la determinación de metas, pronósticos del futuro, toma de decisiones y uso de un aceptable enfoque para analizar los hechos. La gestión de un programa requiere de una planeación que expresa lo que se desea conseguir, el modo de conseguirlo y los recursos necesarios. Los componentes básicos de un proyecto son: objetivos del proyecto, estrategias y plan del proyecto que incluye métodos y recursos, lo que permitió inicialmente manejar la matriz del marco lógico al realizar un análisis de

involucrados, análisis de problemas y las posibles soluciones, se planteo el proyecto con calidad, para negociar la propuesta con la alta gerencia de las diferentes instituciones a realizar, el cual resulta eficaz en la búsqueda de las soluciones a un sin número de condicionantes que atentan y desfavorecen la salud.

Una vez obtenida la autorización para la realización de este, se ejecutarán las actividades según el cronograma a seguir y el respectivo presupuesto, posterior a la ejecución del mismo y el análisis de los resultados la evaluación y la divulgación.

La eficacia del programa, la otorga la lógica de concepción del proyecto, basado en la estrategia de Marco Lógico la cual permite organizar cómo debe identificarse el problema, determinar cuáles son los vinculados, las necesidades a satisfacer, los objetivos que puede alcanzar el proyecto, su viabilidad, como puede evaluarse coherentemente, cómo y cuándo puede ejecutarse. El marco lógico permite dirigir con claridad el pensamiento enfermero en cuanto al cuidado que debe o quiere brindar.

Para el desarrollo del programa lo creemos fundamental, ya que se analizó una necesidad sentida con una perspectiva novedosa, pero que requiere por lo mismo de sustento y de credibilidad, ya que como se sabe, el hombre es un sujeto social, que se desarrolla en un rol familiar, el cual determina desde su personalidad, potencialidad y disciplina, hasta un apoyo afectivo y fisiológico; estos últimos, toman mayor peso en una persona críticamente enferma; en donde este ser social y familiar puede ser afectado positiva o negativamente, de acuerdo al vínculo y a la dinámica que se siga desarrollando en la Unidad de Cuidado Intensivo con sus familiares. Así, la vinculación del familiar en la recuperación, en la seguridad, en la dignificación del paciente críticamente enfermo, es el punto de partida hacia la intervención dentro de la situación de vulnerabilidad por la que transcurre.

5.3 NEGOCIACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA EN LAS INSTITUCIONES

En la fundación cardiovascular de Colombia – Bucaramanga, se solicita autorización para la ejecución del programa en primera instancia a la coordinadora de la unidad, quien remite al comité de ética quienes son los encargados de aprobar la ejecución de este tipo de proyectos. Se entrega entonces el anteproyecto al comité de ética, quienes 15 días después responden satisfactoriamente.

Teniendo el aval del comité de ética se solicita ayuda al departamento de educación, quienes sugieren que la Universidad de Santander –UDES, tiene convenio docente asistencial en cada servicio y que junto con ellos se puede realizar el programa, se organiza reunión con la coordinadora de la unidad y la docente asistencial aprobando que ella apoye diariamente la ejecución del mismo.

Por otro lado el departamento de enfermería informa que existe el departamento de comunicaciones quienes pueden realizar video y toma de fotografías, se solicita formalmente a este departamento apoyo, posterior a 8 días informan que estarán cubriendo nuestras actividades durante dos meses. De tal manera que la ejecución del programa fue satisfactoria gracias al apoyo de las instituciones.

En el instituto de corazón de Ibagué se presentó el anteproyecto a la coordinación de enfermería de la unidad de cuidados intensivos, el cual satisface una necesidad sentida del servicio, dando como resultado la inclusión en el plan de acción del 2011 de la unidad de cuidados intensivos, el cual se presentó a gerencia. Una vez conocido en esta instancia se realizó una carta de solicitud de permiso para la implementación y ejecución, remitida además a la coordinación de enfermería y talento humano, los cuales aprobaron la realización del programa; se acordó una nueva revisión cuando el programa este planteado en su totalidad para negociar los aportes en recursos del instituto del corazón para la ejecución de este. Al estar el programa diseñado en su totalidad y el material desarrollado se presentó al gerente, a la jefe de calidad y a la epidemióloga, obteniendo la aprobación para la implementación del mismo; se evidencio algunos errores en el material, cuyas correcciones fueron posibles por recursos aportados por el instituto, además de la financiación de material futuro por parte de la clínica, además por petición de las directivas se socializó el programa de educación en la reunión de líderes del instituto donde se encontraban los coordinadores de las diferentes áreas de la clínica.

En lo referente a Salud Vital IPS, se realiza la presentación del anteproyecto ante el total de personal asistencial de la unidad, en reunión previamente concertada con el coordinador médico y coordinadora de enfermería de la unidad. Así la propuesta fue aprobada para ser desarrollada estrictamente por los autores del proyecto, y una vez obtenidos los resultados y llevada a cabo la sustentación del mismo, en reunión se concertará la continuidad del proyecto, con el aporte y financiación directa de la institución, y la participación general del personal de la unidad. (Ver anexo 1)

6. DESARROLLO DEL PROGRAMA DE GESTIÓN BAJO LA ESTRATEGIA DEL MARCO LÓGICO

6.1 ANÁLISIS DE LOS INVOLUCRADOS:

Siendo este la primera directriz dentro del Marco lógico, para detectar los sujetos que deben ser tomados en cuenta en la concepción de un proyecto de gestión, por la influencia que estos ejercen sobre la realización del proyecto mencionado, se toman en cuenta aquellos que dentro de una UCI interaccionan, y que son tenidos en cuenta en la gestión del cuidado de enfermería.

| GRUPOS | INTERESES | PROBLEMAS PERCIBIDOS | RECURSOS Y MANDATOS |
|----------|--|--|--|
| PACIENTE | Obtener la mejor situación de salud que pueda experimentar tras su patología intervenida en la UCI FCV, HRD, ICI | <ul style="list-style-type: none"> • Estar internado en sitio desconocido. • Estar rodeado la mayor parte del día de personas desconocidas. • Ambiente hostil: Ruido, luminosidad artificial permanente, presencia de demasiados artefactos desconocidos. Situaciones terapéuticas propias o ajenas que incomodan o afectan su autopercepción o lo abruman. • Aislamiento familiar y social. • Jornadas tediosas. | <ul style="list-style-type: none"> • Un estado de conciencia que le permita interactuar con el medio. • Información permanente sobre las situaciones que serían susceptibles a tratar. |
| FAMILIA | <ul style="list-style-type: none"> • Recuperación más óptima que se pueda tener de su | <ul style="list-style-type: none"> • Restricción de horarios de visita. • Preocupación | <ul style="list-style-type: none"> • Total disposición para la colaboración a |

| | | | |
|------------|--|---|---|
| | <p>familiar tras la hospitalización en la UCI del FCV, HRD, ICI. Y una adecuada integración y rehabilitación a la dinámica social y familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una estancia para su familiar de forma calurosa, segura, cómoda y con calidad. • Buen trato hacia su familiar. • Que se le asegure una buena ingesta de alimentos a su familiar. | <p>por encontrar a su familiar en una situación de vulnerabilidad y en un estado delicado de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento sobre las intervenciones y dispositivos instaurados en el paciente. (Le estarán haciendo daño?). • Desconocimiento sobre el pronóstico del paciente a corto, mediano y largo plazo. • Ausencia del rol del paciente en la dinámica familiar. • | <p>la recuperación del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • |
| ENFERMERIA | <ul style="list-style-type: none"> • Contribuir objetivamente al cuidado del paciente internado en la UCI FCV, HRD, ICI. • Demostrar una atención de enfermería segura, con calidad y calidez. • Establecer un plan de cuidado al paciente | <ul style="list-style-type: none"> • Existe una mala percepción de los familiares de los pacientes, al respecto de la seguridad y comodidad de estos. Así como de la interacción de la enfermera con el familiar. • Se requiere de tiempo adicional o extralaboral, para desarrollar un programa de mejoramiento en | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería tiene la capacidad de reconocer en el paciente y en el familiar las necesidades de forma integral. • Las y los enfermeros pueden abordar a los familiares de forma sensible y objetiva, |

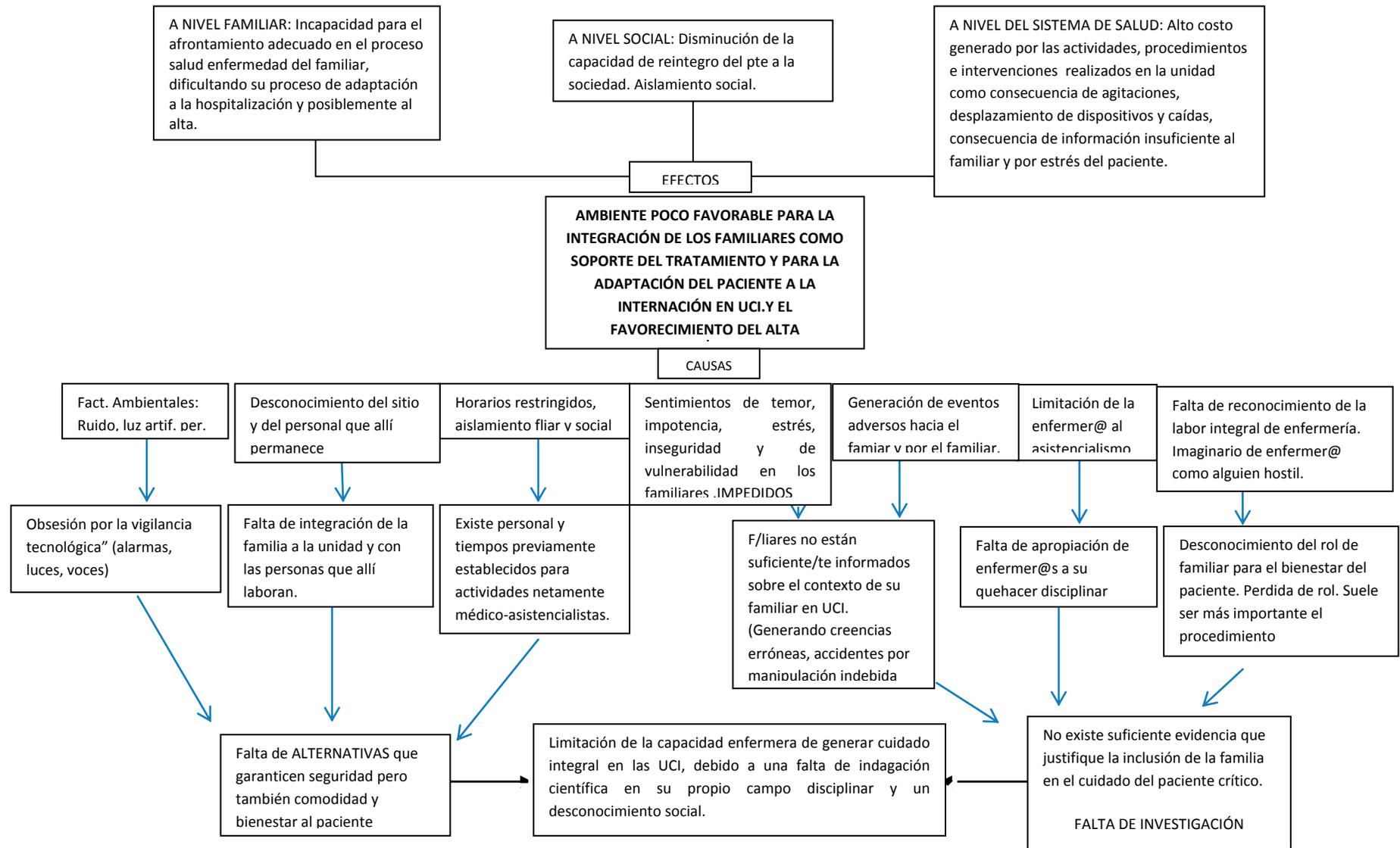
| | | | |
|--|---|---|--|
| | <p>internado en la FCV, HRD, ICI y a su familia, que le permita al profesional de enfermería obtener un reconocimiento institucional.</p> | <p>la UCI de la FCV, HRD, ICI La oportunidad de interactuar con el paciente y la familia está limitado por la necesidad de instaurar procedimientos y estrategias de cuidado intensivo. Con la familia está limitado por la necesidad que tiene esta de interactuar con su familiar internado, en un lapso de tiempo estipulado y muy corto, para lo que ellos quisieran y necesitaran para sentirse vinculados emocionalmente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El contexto de la hospitalización del paciente, las intervenciones y la fisiopatología del paciente internado en UCI, supone todo el tiempo un riesgo y una susceptibilidad para la ocurrencia de eventos adversos, que | <p>buscando preocupaciones y fomentando la expresión de sentimientos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El personal de enfermería puede significar para algunas personas confianza y calidez. Y en las que no, puede llegar a demostrarla, con lo que se crea un ambiente de reciprocidad hacia el cuidado. • Enfermeras y enfermeros tienen la oportunidad de permanecer mucho tiempo con el paciente y su familia. • Enfermería es una disciplina profesional que evalúa al sujeto, contexto y ambiente para determinar el cuidado que va a brindar. • Enfermeras y enfermeros pueden |
|--|---|---|--|

| | | | |
|------------------------------|---|---|---|
| | | <p>pueden desmejorar la imagen del cuidado de enfermería.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe un poco de resistencia por parte del personal de salud y administrativo para permitir un estudio de campo, en un ambiente lleno de riesgos y responsabilidades vitales, ya que al ser estudios experimentales, no garantizan un éxito infalible. | <p>contribuir al mejoramiento de la prestación de los servicios de salud, evaluando e interviniendo en sus determinantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La formulación de programas bajo el ML y su puesta en marcha, permite mejorar la confianza de los entes territoriales, públicos y privados en la enfermería como participante en la toma de decisiones sobre las políticas de salud, mejorando la opinión hacia la profesión. |
| GERENCIA UCI FCV, HRD,ICI | <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar sus indicadores de calidad de la prestación de los servicios de salud en la UCI. • Lograr una disminución en | <ul style="list-style-type: none"> • Prevalece la ocurrencia de eventos adversos derivados del desconocimiento del familiar del paciente sobre aspectos inherentes a su | <ul style="list-style-type: none"> • La disponibilidad de una UCI con tecnología de punta, la cual da confianza a las entidades promotoras de salud y a los |

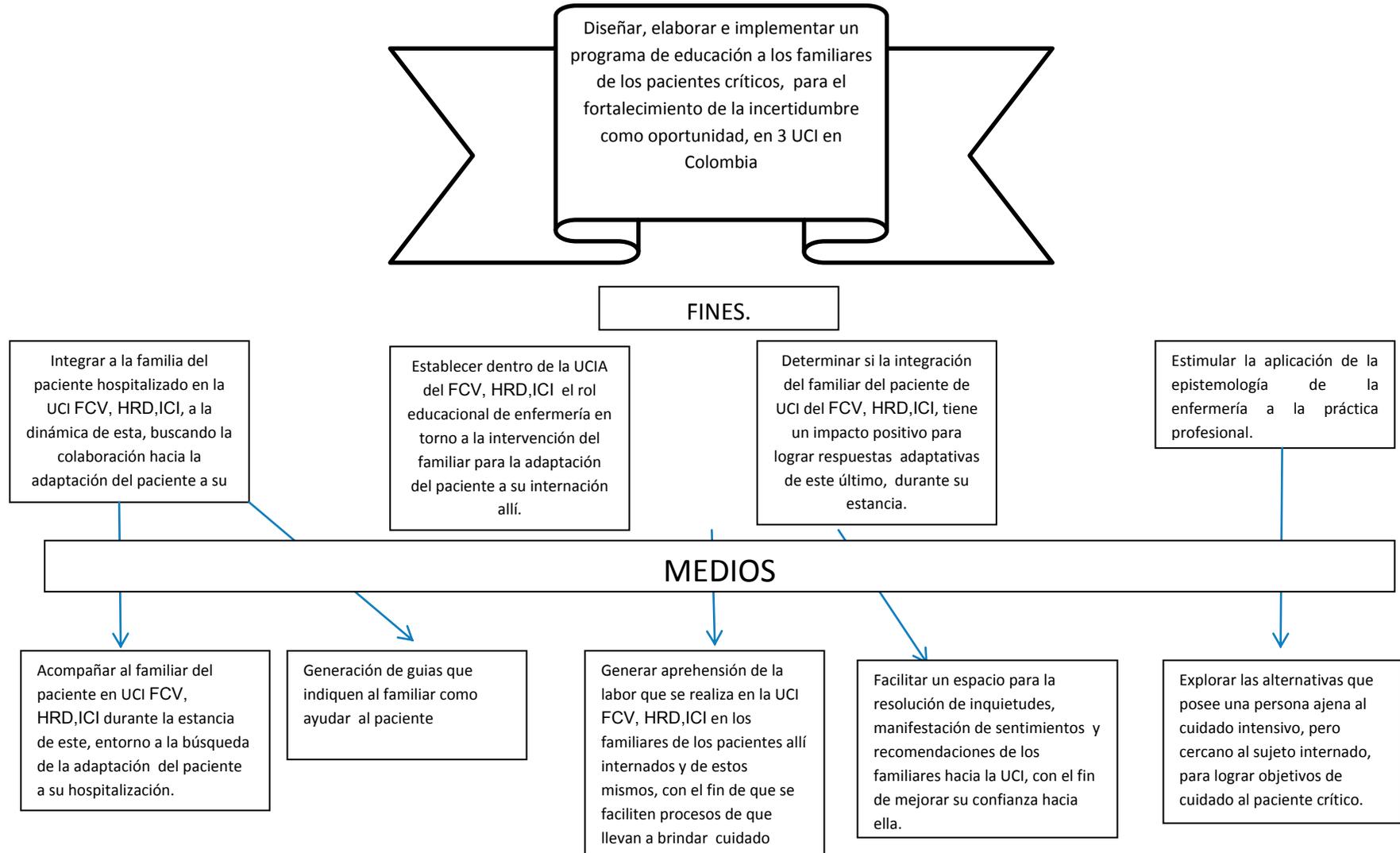
| | | | |
|--|---|---|--|
| | <p>el costo de hospitalización de los pacientes ingresados a UCI, en cuanto a los gastos que suponen complicaciones de la estancia y por eventos adversos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lograr los objetivos gerenciales para el año en curso. | <p>internación en la UCI. (movilización accidental de catéteres, movilidad del paciente y riesgos para caídas, contaminación de heridas y posible diseminación de microorganismos patógenos, estrés en el paciente por mal afrontamiento familiar.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La presentación de eventos adversos supone una prolongación en la estancia hospitalaria en UCI, incrementando costos no derivados de la enfermedad. | <p>usuarios para ser vista como prestadora de servicios de calidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe un interés por mejorar todo aquello que atente contra una prestación de servicios con calidad y calidez. • La gerencia de la FCV, HRD, ICI toma muy en cuenta los aportes que el Dpto. de enfermería hace para posicionar socialmente a la institución y apoya las actividades que dicho departamento desarrolla en tal dirección. |
|--|---|---|--|

Cuadro 1 Análisis de los involucrados

6.2 ÁRBOL DE PROBLEMAS



6.3 DIAGRAMA DE OBJETIVOS:



6.4 PROGRAMA DE EDUCACIÓN Y ORIENTACIÓN FAMILIAR: “UCI AMIGA ACOMPAÑAME”

Teniendo en cuenta que son de diferente índole, los factores causales de que el cuidado en la UCI en general y el de enfermería en particular, sea insuficiente para garantizar una recuperación integral del paciente, y reconociendo que los familiares representan la primera red social de apoyo de toda persona hospitalizada, se ha diseñado un programa de educación y orientación a las familias, a través de cuatro fases distintas que involucran sensibilización, reconocimiento, acción participación y una fase de alta estructuradas por medio de sesiones educativas dirigidas a la transformación de imaginarios y a la generación de conductas saludables, logrando proteger a la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos de riesgos inherentes al ambiente intrahospitalario. Así de una manera organizada y eficiente se desarrolla el programa en busca de consolidar el objetivo. Estas intervenciones promueven la transformación de incertidumbre en oportunidad, generando en los familiares satisfacción, condiciones de favorabilidad para el tratamiento y la recuperación del paciente críticamente enfermo, mejorando su ambiente de cuidado tanto a nivel intrahospitalario, como para el cuidado en su hogar, disminuyendo las posibilidades de complicaciones inmediatas y a largo plazo.

Se ha diseñado un programa de educación familiar al cual le hemos llamado “UCI AMIGA ACOMPAÑAME” que cuenta con 4 fases de acción, queriendo garantizar un orden en la adopción de conductas y en la resolución de limitantes, para aprehender adecuadamente las posturas, actitudes y conductas de un cuidador.

Para generar un diagnóstico sobre la incertidumbre que posee el familiar, se ha optado por realizar una serie de preguntas de sondeo que determinan la tendencia en la que ésta se presenta, atendiendo a la teoría de Merle Mishel, en la cual, la incertidumbre puede ser valorada como riesgo o como oportunidad; al final, y a manera de evaluación del impacto de las intervenciones del programa de educación “uci amiga acompañame”, se aplicará el mismo instrumento. (Ver anexo B)

6.4.1 SESIONES EDUCATIVAS

Teniendo en cuenta el ambiente de una Unidad de Cuidados Intensivos y lo que repercute en la familia hemos diseñado 4 fases de acción, las cuales pretenden cumplir con nuestro objetivo general. De la misma forma, la complejidad del servicio, las patologías más frecuentes, los índices de

infecciones intra hospitalarios, satisfacción del usuario, quejas y sugerencias de los usuarios se elaboró un plan de educación, dividido en las 4 fases anteriormente nombradas, cada una, de las cuales busca cualificar al familiar como cuidador y colaborador al profesional de enfermería, para generar en el paciente crítico respuestas adaptativas a su internación en la UCI Fundación Cardiovascular de Bucaramanga, Instituto del corazón de Ibagué y Salud Vital IPS del Hospital Regional de Duitama.

6.4.1.1 Fase de sensibilización:

Generar confianza en los familiares de los pacientes de cuidado intensivo, con el fin de romper temores y/o con esquemas que dificulten el acercamiento de los familiares con los enfermeros del proyecto y con el ambiente del cuidado intensivo.

Temas a tratar en la fase de sensibilización:

- Qué es una UCI?
- Por qué las personas requieren de una UCI?
- Derechos y deberes del paciente en la UCI
- Derechos y deberes del familiar en la UCI.
- Medidas de seguridad que se requieren en una UCI y cuales involucran a los familiares de los pacientes.
- Tomar información de contacto del familiar más significativo para el paciente y su disposición para tomar parte del programa educativo.
- Riesgos potenciales que corren los pacientes en su internación en cuidado intensivo.
- Importancia de la adaptación del paciente a la internación en UCI.

6.4.1.1.1 Plan de acción: fase de sensibilización

Se busca generar confianza en los familiares de los pacientes de cuidado intensivo adultos de las diferentes instituciones a realizar, rompiendo temores y/o con esquemas que dificulten el vinculo familiar.

6.4.1.1.2 Estrategia: Sensibilización inmediata:

| Nº | ACTIVIDADES A REALIZAR | DONDE | CUANDO |
|----|--|--|--|
| 1 | Planeación de la estrategia a realizar | Universidad de la Sabana y FCVC, ICI, HRD | Desde el mes de Enero hasta Mayo de 2011 |
| 2 | Realizar folleto educativo donde quede plasmado conceptos básicos de la UCI, derecho y deberes de los usuarios etc. | | Marzo y Abril 2011 |
| 3 | Reunir a las familias de los paciente hospitalizados en la UCI, para aplicar un pre-test acerca del concepto que se tiene de UCI | | |
| 4 | Diseño y creación de video clip : RECONOCIENDO LA UCI duración 2min, el cual se pasara posterior a la realización del pre-test | FCVC, ICI, HRD | Mayo 2011 |
| 5 | Momento de Verdad: será un espacio abierto para que los familiares opinen y expresen sus sentimientos | | |
| 5 | Evaluar la participación y efectividad de lo planteado Encuesta de satisfacción (ver anexo4) | Unidad de cuidado Intensivo FCVC, ICI, HRD | Agosto 2011 |

Cuadro 2. Estrategia: Sensibilización inmediata

6.4.1.1.3 Programación de la estrategia “sensibilización inmediata”:

| | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD | VOLUMEN | RECURSOS | RESPONSABLE |
|---|---|----------------|--|---|
| 1 | Planeación de la estrategia a realizar | 1 | Tiempo Recurso humano Papelería asesoría | <p>DANIEL BECERRA</p> <p>ELIANA CASTRO</p> <p>LEIDY SUAREZ</p> <p>ZULMA ESPITIA</p> |
| 2 | Folleto educativo donde quede plasmado conceptos básicos de la UCI, derecho y deberes de los usuarios etc.. | 1 | Impresora Recurso humano Sistema de computo Asesoría | |
| 3 | Aplicación del pre-test acerca del concepto que se tiene de UCI | 1 | Recurso humano: asesora Impresiones Sistema de computo Fotocopias. | |
| 4 | Video : RECONOCIENDO LA UCI | 1 | Periodista Cámara de video Televisor DVD Sala de televisión y video. | |
| | Evaluación de la participación y efectividad de lo planteado por medio de la aplicación del test. | .1 | Recurso humano: asesora Impresiones Sistema de computo Fotocopias | |

Cuadro 3. Programación de la estrategia “sensibilización inmediata”

6.4.1.2 Fase de reconocimiento:

En esta fase se contextualiza al familiar del paciente de cuidado intensivo con el espacio físico, normas institucionales y con los dispositivos invasivos, aspectos fundamentales para asegurar un acercamiento del familiar cordial, pero también seguro.

- Ubicación física y de las diferentes zonas reconocidas para procedimientos o condiciones especiales de los pacientes. Normatividad sobre las visitas de los familiares de los pacientes de UCI.
- Conocimiento de los diferentes elementos de aislamiento como tapabocas, batas, gorros, su adecuada postura y utilización.
- Importancia, técnicas de lavado y de higienización de manos.
- Identificación de los diferentes dispositivos invasivos que requieren los pacientes de UCI.
- Identificación del personal que labora en la UCI, sus profesiones y principales funciones.
- Sistema de atención al usuario y formas de comunicación del usuario hacia la UCI, así como de solicitud de apoyo psicológico y/o espiritual.

6.4.1.2.1 Estrategia: Reconociendo la nueva casa

| Nº | ACTIVIDADES A REALIZAR | DONDE | CUANDO |
|----|--|---|-----------------------|
| 1 | Planeación de la estrategia a realizar | Universidad de la Sabana FCVC, ICI, HRD | Enero 2011 |
| 2 | Crear Álbum fotográfico que muestre los elementos principales de la UCI a intervenir: monitor, ventilador, pulsioxímetro, etc. para mostrarlo previamente al ingreso de la UCI | Universidad de la Sabana, | Enero a Abril 2011 |
| | Presentar a los familiares de los paciente hospitalizados el álbum fotográfico | | A partir de Mayo 2011 |
| 3 | Colectar elementos de bioseguridad; tapabocas, gorro, bata. Para presentárselas antes de que entren a la unidad. | FCVC, ICI, HRD | A partir de Mayo 2011 |
| 4 | Baño de manos dirigido por enfermería al ingreso a la Unidad, donde se explicara su importancia | Unidad de cuidados intensivos 4º piso. Zona de lavado de manos. | A partir de Mayo 2011 |

Cuadro 4. Estrategia: Reconociendo la nueva casa

6.4.1.2.2 Programación de la estrategia “Reconociendo la nueva casa”

| Nº | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD | VOLUMEN | RECURSOS | RESPONSABLE |
|----|--|-------------------|--|--|
| 1 | Planeación de la estrategia a realizar | 1 | Tiempo Recurso humano Papelería asesoría | |
| 2 | Crear Álbum fotográfico que muestre los elementos principales de la UCI a intervenir: monitor, ventilador, pulsioxímetro, etc. para mostrarlo previamente al ingreso de la UCI | 1 por institución | Cámara fotografía Recurso humano Sistema de computo Asesoría Fotografías. | DANIEL BECERRA ELIANA CASTRO LEIDY SUAREZ |

| | | | | |
|---|--|----|---|---------------|
| 3 | Colectar elementos de bioseguridad; tapabocas, gorro, bata. Para presentárselas antes de que entren a la unidad. | 1 | Recurso humano: asesora Elementos e bioseguridad : gorro tapabocas y bata- | ZULMA ESPITIA |
| 4 | Diseño y creación de rota folio: Baño de manos dirigido por enfermería al ingreso a la Unidad, donde se explicara su importancia | 1 | Recurso humano Impresiones, papelería. | |
| | Evaluación de la participación y efectividad de lo planteado Encuesta de satisfacción | .1 | Recurso humano: asesora Impresiones Sistema de computo Fotocopias | |

Cuadro 5. Programación de la estrategia “Reconociendo la nueva casa”

6.4.1.3 Fase de acción/ participación:

Se Promueve el acercamiento y la integración del familiar del paciente crítico al cuidado que se ofrece en UCI, en búsqueda de la adaptación del paciente en este ámbito.

Temáticas a desarrollar en la fase de acción/participación:

- Movilización y ejercicios pasivos y lubricación de piel dentro de la unidad.
- Entorno del paciente ingreso de objetos personales tales como libros, álbum de fotos, cobija favorita.
- Dialogo activo familiar- paciente.

6.4.1.3.1 Estrategia: Ayudando con amor.

| Nº | ACTIVIDADES A REALIZAR | DONDE | CUANDO |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Planeación de la estrategia a realizar | Universidad de la Sabana | Enero 2011 |
| 2 | Diseño de taller practico: terapia física y masaje | | Enero a Abril 2011 |
| 3 | Aplicación de taller practico: terapia física y masaje | FCVC, ICI, HRD | A partir de Mayo de 2011 |
| 4 | Solicitar al cuidador principal elementos personales del paciente como fotos familiares, almohada, cobija favorita para entregarla durante la visita. | | A partir de Mayo de 2011 |

Cuadro 6. Estrategia: Ayudando con amor.

6.4.1.3.2 Programación de la estrategia “ayudando con amor”

| Nº | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD | VOLUMEN | RECURSOS | RESPONSABLE |
|----|--|-------------------|---|--|
| 1 | Planeación de la estrategia a realizar | 1 | Tiempo Recurso humano Papelería asesoría | DANIEL BECERRA ELIANA CASTRO LEIDY SUAREZ ZULMA ESPITIA |
| 2 | Diseño de taller practico: terapia física y masaje | 1 por institución | Cámara fotográfica Recurso humano Sistema de computo Asesoría : terapeuta física | |
| 3 | Aplicación de taller practico: terapia física y masaje | 1 | Recurso humano: asesora Elementos e bioseguridad Lubricante para piel: aceite de almendras. | |

| | | | | |
|---|---|----|---|--|
| 4 | Solicitar al cuidador principal elementos personales del paciente como fotos familiares, almohada, cobija favorita para entregarla durante la visita. | 1 | Recurso humano | |
| 5 | Evaluación de la participación y efectividad de lo planteado Encuesta de satisfacción | .1 | Recurso humano: asesora Impresiones Sistema de computo Fotocopias | |

Cuadro 7. Programación de la estrategia “ayudando con amor”

6.4.1.4 Fase alta de la UCI.

En esta fase se propone brindar al familiar y al paciente recomendaciones de cuidado al momento del alta de la unidad de cuidados intensivos específicos para el paciente.

Temas a desarrollar en la fase de alta de UCI:

- Instrucciones para el paciente y familiar sobre ejercicios y alimentación, recomendación acerca de la importancia de la medicación, cuidados de la piel, rehabilitación cognitiva, entre otras
- Información sobre signos y síntomas de alarma y cuando consultar al servicio de urgencias.
- Entrega en físico de las recomendaciones hechas durante la fase, enfatizando en la entrega de aquellas que son de mayor pertinencia para la situación patológica de cada paciente.

6.4.1.4.1 Estrategia: cambio de casa

| Nº | ACTIVIDADES A REALIZAR | DONDE | CUANDO |
|----|--|--|--------------------------|
| 1 | Planeación de la estrategia a realizar | Universidad de la Sabana | Enero de 2011 |
| 2 | Diseño y creación de folleto con instrucciones sobre ejercicios y alimentación en hospitalización y casa | | |
| 3 | entrega de folleto con instrucciones sobre ejercicios y alimentación en hospitalización y casa | Unidad de Cuidados Intensivos ICVC, ICI, HRD | A partir de mayo de 2011 |
| 4 | Informar sobre signos y síntomas de alarma y cuando consultar de urgencia. | | |

Cuadro 8. Estrategia: cambio de casa

6.4.1.4.2 Programación de la estrategia cambio de casa”

| Nº | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD | VOLUMEN | RECURSOS | RESPONSABLES |
|----|---|-------------------|--|---------------------------------|
| 1 | Planeación de la estrategia a realizar | 1 | Tiempo Recurso humano Papelería Asesoría | DANIEL BECERRA ELIANA CASTRO |
| 2 | Diseño y creación de folleto con instrucciones sobre ejercicios y alimentación en hospitalización y casa | 1 por institución | Recurso humano Sistema de computo impresiones : litografía | |
| 3 | Aprobación y entrega de folleto con instrucciones sobre ejercicios y alimentación en hospitalización y casa | 1 | Recurso humano: Sistema de computo impresiones : litografía | LEIDY SUAREZ ZULMA ESPITIA |

| | | | | |
|---|--|----|---|--|
| 4 | Informar sobre signos y síntomas de alarma y cuando consultar de urgencia. | 1 | Recurso humano: Sistema de computo impresiones : litografía | |
| 5 | Evaluación de la participación y efectividad de lo planteado Encuesta de satisfacción | .1 | Recurso humano: asesora Impresiones Sistema de computo Fotocopias | |

Cuadro 9. Programación de la estrategia cambio de casa”

6.4.2 RECURSOS DISPONIBLES

6.4.2.1 Recursos económicos: Dineros aportados por los diferentes departamentos.

En Duitama los recursos económicos se limitan a los aportados por los ejecutores del programa.

En el instituto del corazón de Ibagué los recursos económicos inicialmente fueron aportados por los enfermeros autores, pero después de la negociación con la alta gerencia el departamento de calidad destino fondos para las correcciones de los folletos y se llegó a un acuerdo para que una vez agotados los elementos el Instituto continuara aportando dichos materiales educativos.

6.4.2.2 Recursos humanos: Personal de enfermería, Pacientes y sus familias,

6.4.2.3 Recursos estructurales:

Salud Vital de Colombia del Hospital Regional de Duitama, aporta para el programa la estructura de la unidad, sala de juntas, tablero y la sala de conferencias.

En el instituto del corazón de Ibagué la clínica aporta las instalaciones tales como el auditorio y las instalaciones de la UCI,

6.4.3.4 Fuentes de financiamiento.

De la Fundación Cardiovascular de Bucaramanga los recursos son provenientes del servicio de atención al cliente, en el caso del instituto del corazón de Ibagué por parte de la autora del programa y la institución, En todas las instituciones, los recursos humanos son aportados por el departamento de talento humano y para el caso específico de Salud Vital ips, exclusivamente los enfermeros autores del programa.

6.4.3 PRESUPUESTO

| MATERIALES REQUERIDOS POR CADA UNA DE LAS INSTITUCIONES | | |
|--|-----------------------|--------------------|
| ELEMENTO | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL |
| Resma de papel | 12.000 | 60000 |
| Lapiceros | 7.000 | 140000 |
| Fotocopias | 50 | 100000 |
| Carpetas | 2.500 | 50000 |
| Tinta impresora | 50.000 | 150000 |
| Fotografías | 2500 | 150000 |
| Folder | 20000 | 60000 |
| Trabajo en litografía | 20000 | 250000 |
| Elementos rota folio | 30000 | 30000 |
| TOTAL | | 990000 |

Cuadro 10. Presupuesto materiales requeridos por cada una de las instituciones

| RECURSO HUMANO TOTAL DEL PROGRAMA | | |
|--|------------------------|------------------|
| PERSONAL | SALARIO MENSUAL | TOTAL |
| GESTORAS DEL PROYECTO | 1.400.000 | 5.600.000 |
| ASESORIAS DEL PROYECTO | 900.000 | |
| REALIZACION DEL VIDEO. | 3,000,000 | 3,000,000 |
| TOTAL | | 8,600,000 |

Cuadro 11. Presupuesto recurso humano total del programa

| EQUIPO ELECTRÓNICOS REQUERIDOS POR CADA UNA DE LAS INSTITUCIONES | | |
|---|-----------------------|--------------------|
| ELEMENTO | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL |
| Televisor | 800.000 | 800.000 |
| DVD | 150.000 | 150.000 |
| Mesa | 150.000 | 150.000 |
| Computador | 1.500.000 | 1.500.000 |
| Impresora | 800.000 | 800.000 |
| TOTAL | | 3.400.000 |

Cuadro 12. Presupuesto equipo electrónicos requeridos por cada una de las instituciones

6.4.3.1 Participación de las instituciones en el presupuesto del programa.

| RECURSOS | INSTITUCIÓN | | |
|---------------------|--|--|---|
| | FCV | ICI | HRD |
| Recursos Económicos | Se permitió el uso de jabón quirúrgico, toallas de papel, para el taller de lavado de manos, crema y aceites para el masaje. Dan disponibilidad de elementos de bioseguridad: tapabocas y gorros | Se permitió el uso de jabón quirúrgico, toallas de papel, para el taller de lavado de manos, crema y aceites para el masaje. Dan disponibilidad de elementos de bioseguridad: tapabocas y gorros | Se autoriza en uso de jabón y toallas de papel para el lavado de manos, también el uso de tapabocas y gorros. |
| Recursos humanos | Se permite el apoyo del docente asistencial – UDES. Apoyo de enfermeras y auxiliares de enfermería, también | Los enfermeros de la UCI se integraron a la fase de sensibilización y reconocimiento | Por el momento solo hay autorización para la ejecución del |

| | | | |
|------------------------|--|--|---|
| | servicios generales. | al momento en que los familiares acompañaban al paciente era ingresado a uci, | programa a los autores. |
| Recursos estructurales | Se dispuso de la sala de espera la cual cuenta con: televisor LCD 42' 12 mesas, 35 sillas, oratorio. DVD, 1 portátil. Por otro lado se cuenta zona de lavado de manos | Se dispuso del auditorio que cuenta con sillas rimas y pc portátil. Y video beam. Además de la zona de los lavamanos en la uci y el lugar de la uci donde se brinda información. | Se utiliza sala de espera que cuenta con escritorio y silas |

Cuadro 13. Participación de las instituciones en el presupuesto del programa.

La elaboración de folletos, álbum de fotografías, fue cargo del grupo de autores.

6.4.4 Viabilidad Política:

El programa es viable puesto que va encaminado a mejorar los indicadores de satisfacción del usuario y de calidad inmersos en la política de sistema de calidad de las instituciones involucradas en el proyecto.

Con previa identificación del problema se sugirió a la coordinadora de la unidad de cuidados intensivos adultos y a la enfermera coordinadora de la Fundación Cardiovascular de Bucaramanga, instituto del corazón de Ibagué, El Hospital Regional de Duitama, y Salud Vital, la realización de un programa de educación dirigido a los familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI, donde cada una de las instituciones estaría dispuesta a brindar la infraestructura para la realización del programa, una vez realizado se presentó al Departamento de calidad para que brindara la disponibilidad del recurso humano, logístico, para integrarlo como parte del programa institucional de la política de seguridad del paciente.

6.5 MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

| Resumen narrativo | Indicadores del Desempeño | Sistema de Evaluación y Monitoreo | Suposiciones Importantes |
|---|--|--|--|
| OBJETIVO GENERAL: | | | |
| <p>Implementar un programa de educación a los familiares de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, del HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA, FUNDACION CARDIOVASCULAR DE BUCARAMANGA E INSTITUTO DEL CORAZON DE IBAGUE</p> | <p>1. INDICADOR DE DISPONIBILIDAD:</p> <p><i># Profesionales de enfermería capacitados</i> <i>Total de personal de enfermería de UCI</i></p> <p>Resultado: 13/26= 50%</p> <p>2. INDICADOR DE INTENSIDAD DE USO:</p> <p><i># Sesiones educativas realizadas</i> <i># sesiones educativas programadas</i></p> <p>Resultado general: 80/79= 100%</p> <p>3. INDICADOR DE EFICACIA</p> <p><i># Familias ingresadas al programa educativo</i> <i>Total de familias programadas</i></p> <p>326/ 328= 99%</p> | <p>Se tomara como fuente de información principal el número total de enfermeras en cada unidad de cuidado intensivo dado por recursos humanos de cada institución: FCV – ICI- HRD.</p> <p>Dada la programación realizada se tomara en cada sesión realizada lista de asistencia.</p> <p>Se propone el establecimiento del programa de educación a familiares de los pacientes en las 3 UCIS mencionadas.</p> | <p>Al realizar este programa se:</p> <p>Aumentara la incertidumbre de los familiares por el ingreso a la unidad de cuidados intensivos del paciente y el uso de dispositivos médicos.</p> <p>La familia no contribuye al cuidado del individuo hospitalizado en la Uci</p> <p>El personal de enfermería no tiene adherencia al programa, lo considera como mayor carga laboral</p> |

OBJETIVO ESPECIFICO:

Disminuir la incertidumbre en los familiares de los pacientes de cuidado intensivo, con el fin de romper temores y/o con esquemas que dificulten el acercamiento de los familiares con los enfermeros del programa y con el ambiente del cuidado intensivo

4. INDICADOR SATISFACCION DEL USUARIO:

Familias que manifiestan satisfacción con la ejecución del programa

Total de familias ingresadas al programa

Resultado general = 324/326= 99%

5. INDICADOR DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR:

Familiares que manifiestan afrontamiento positivo ante la hospitalización de su familiar en UCI

Total de familias que realizan test de evaluación antes y después de la ejecución del programa

Resultado Pretest: 62/154= 42%

Resultado posttest= 143/145 = 98%

Se realizara un test en base a la teoría de Mishel, el cual medirá nivel de incertidumbre-afrontamiento y la satisfacción de los usuarios. Este se aplicara en cada sesión educativa realizada. Dentro de sus ítems se valora la incertidumbre por lo que se realizara antes y después de cada sesión, para evaluar el impacto.

El programa aumenta el grado de incertidumbre de los familiares de los pacientes hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos

- **RESULTADOS:** A la fecha se puede evidenciar que los familiares reconocen qué es una UCI y la importancia de estar en ella, los derechos y deberes del paciente y la familia, las medidas de seguridad que se requieren al ingresar en la UCI, Se logra tomar información del familiar más significativo para el paciente y su disposición para formar parte del programa educativo para transformar esta vivencia estresante como una oportunidad de brindar cuidado y ayuda a su ser querido, obteniendo así disminución de la incertidumbre y lograr afrontamiento eficaz del proceso de enfermedad, se logra informar los riesgos potenciales que corren los pacientes en su internación en cuidado intensivo, Finalmente la Importancia de la adaptación del paciente en UCI.

OBJETIVO ESPECIFICO:

Contextualizar al familiar del paciente de cuidado intensivo con el espacio físico, normas institucionales y con los dispositivos invasivos, aspectos fundamentales para asegurar un acercamiento del familiar cordial, pero también seguro.

7.INDICADOR DE APRENDIZAJE

familiares que verbalizan correctamente los conceptos en uci
Total de familias ingresadas al programa

Resultado General= 273/358 =76%

Se realizará un control o registro de asistencia y evaluación de los temas y seguimiento de familiar y su comprensión y aplicación de los temas enseñados a través de: entrevistas personales

La familia no logra contextualizar los espacios físicos, normas institucionales y el porqué de los usos de los dispositivos médicos.

- **RESULTADOS:** Teniendo en cuenta que en total de la muestra el 76% de los familiares reconocen la ubicación física y de las diferentes zonas reconocidas para procedimientos o condiciones especiales de los pacientes. Normatividad sobre las visitas de los familiares de los pacientes de UCI, Conocimiento de los diferentes, elementos de aislamiento como tapabocas, batas, gorros, su adecuada postura y utilización, Importancia, técnicas de lavado y de higienización de manos, Identificación de los diferentes dispositivos invasivos que requieren los pacientes de UCI, Identificación del personal que labora en la UCI, sus profesiones y principales funciones., Sistema de atención al usuario y formas de comunicación del usuario hacia la UCI, así como de solicitud de apoyo psicológico y/o espiritual. En cuanto al 24% restante cabe resalta que hubo variabilidad en la respuesta errada, alguno por pena no respondieron a la pregunta, otros contestaron erradamente, ante esta situación se realiza retroalimentación para asegurar en aprendizaje de estos familiares

OBJETIVO ESPECIFICO:

Promover el acercamiento y la integración del familiar del paciente crítico al cuidado que se ofrece en UCI, en búsqueda de la adaptación del paciente en este ámbito.

INDICADOR APLICACIÓN FASE ACCION /PARTICIPACION

Familiares que relizaron el taller de lubricación y masaje
Familiares ingresados al programa

Resultado general= $273/386= 70\%$

Se realizará monitoreo visual de las actividades realizadas por los familiares en pro del paciente

La familia no se siente capacitada en contribuir al cuidado del paciente

RESULTADOS: teniendo en cuenta la totalidad la población trabajada se logra el 70% de los familiares realizaron movilización, ejercicios y lubricación de piel dentro de la unidad con la guía del personal de enfermería, también se proporciono facilidad para la entrada de objetos personales tales como libros, álbum de fotos, cobija favorita, además asistieron en la alimentación y dialogo activo con el paciente, no se logra el 100% de cumplimiento en esta fase dado que algunos paciente presentaban inestabilidad hemodinámica al realizar la actividad, además las enfermeras que realizaron el programa, en múltiples ocasiones no contaban con el tiempo suficiente para hacer el acompañamiento familiar.

OBJETIVO ESPECIFICO:

brindar al familiar y al paciente instrucciones para cuidado al momento del alta de la unidad de cuidados intensivos específicos para el estado de salud de este

INDICADOR DE CUMPLIMIENTO FASE DEL ALTA

#Planes de alta entregados al egreso del paciente hospitalizado en UCI
Pacientes egresados vivos de la UCI, ingresados al programa UCI AMIGA ACOMPAÑAME.

Resultado general: $79/264 = 30\%$

Se llevar control y seguimiento de los planes de alta entregados

La familia no considera importante las instrucciones de cuidado y no tiene adherencia a ellas

- **RESULTADOS:** El cumplimiento de esta fase tubo algunos inconvenientes, dado que la elaboración de las recomendaciones fue realizada en su totalidad en la primera semana de agosto de 2011, además no hubo apoyo económico suficiente para poder obtener el material, por tal razón el cumplimiento del este ítem es el 30% es decir que al egreso del paciente se entregaron recomendaciones rápidas para sobre ejercicios y alimentación, importancia de la medicación y mejores horarios para esta, signos y síntomas de alarma y cuando consultar al servicio de urgencia dentro de su estancia en hospitalización en piso.

6.6 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| ACTIVIDAD/ FECHA | OCTUBRE 2010 | | | | NOVIEMBRE 2010 | | | | DICIEMBRE 2010 | | | | ENERO 2011 | | | | FEBRERO 2011 | | | | MARZO 2011 | | | | ABRIL 2011 | | | | MAYO 2011 | | | | JUNIO 2011 | | | | JULIO 2011 | | | | AGOSTO 2011 | | | | SEPTIEMBRE 2011 | | | |
|---|--------------|---|---|---|----------------|---|---|---|----------------|---|---|---|------------|---|---|---|--------------|---|---|---|------------|---|---|---|------------|---|---|---|-----------|---|---|---|------------|---|---|---|------------|---|---|---|-------------|---|---|---|-----------------|---|---|---|
| | SEMANA | | | | SEMANA | | | | SEMANA | | | | SEMANA | | | | SEMANA | | | | SEMANA | | | | SEMANA | | | | SEMANA | | | | SEMANA | | | | SEMANA | | | | SEMANA | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Identificación del problema y justificación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Revisión de literatura sobre el tema | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Asesoría | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diseño metodológico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración del programa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración de presupuesto | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Modificaciónes del programa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presentación propuesta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

7. EJECUCIÓN

La ejecución del programa UCI amiga acompáñame se inicia en el mes de mayo en tres instituciones del país: Fundación Cardiovascular de Colombia donde se programa ejecutarse todos los días jueves en la visita de la mañana a todos los familiares visitantes, la unidad tiene 10 cubículos y se permite la entrada de dos familiares por paciente, en el Instituto del Corazón de Ibagué se realiza la aplicación del programa en cada ingreso realizado cuando la enfermera ejecutora se encontraba de turno y cuando las enfermeras de la unidad disponían a aplicarlo, en el Hospital Regional de Duitama, se realiza los días domingos en la visita de la mañana, inicialmente se realizan las fases 1 y 2 y a finales del mes de agosto la fase 3 y 4.

7.1 FASE DE SENSIBILIZACIÓN

Fase realizada en las tres instituciones de trabajo, inicialmente se realiza planeación por parte de los autores, siendo posteriormente aprobado el plan de acción por cada ente administrativo de las instituciones y facilitando cada una un sitio para reunir a las familias.

Se diseña entonces el material didáctico para facilitar la ejecución de la fase, inicialmente se crea un folleto donde está plasmado los derechos y deberes del paciente y la familia, algunas situaciones de difícil aceptación como la inmovilización y a desnudez en la UCI, se busco un folleto con poca letra y con imágenes para facilitar la lectura y aprendizaje, por otro lado la Fundación Cardiovascular de Colombia apoya el programa con la asignación de personal de la oficina de prensa quienes se encargaron de crear un video clip de 3 minutos, en conjunto con los autores del programa en donde se muestran los elementos básicos de la UCI, que personal hay en ella, y que se debe tener en cuenta al ingresar a la misma, con esto y las demás actividades se logra generar confianza en los familiares de los pacientes, rompiendo temores y/o con esquemas que dificultan el vinculo familiar, además de que se genera una visión primaria para contextualizar la UCI.

También se logran generar momentos de verdad muy efectivos donde las familias pueden manifestar sus sentimientos de temor y angustia, en algunas oportunidades comentaron sentir temor a conversar con el personal de enfermería ya que este siempre estaba muy serio, sin embargo resalta la mayoría que al entrevistarse con la enfermera (o) siempre se encontró una respuesta amable y

completa. Esta intervención fortaleció la conjugación del trabajo con la teoría de Mishel, que por otro lado fue confrontada con la elaboración de un test bajo el concepto de la incertidumbre como oportunidad o peligro, se plantean 5 preguntas en las cuales se puede interpretar cierto tipo de sentimientos como positivo o negativos y de acuerdo a esto definir si la incertidumbre se presenta como oportunidad o peligro, este es aplicado al inicio de las intervenciones educativas con el fin de evaluar el nivel de incertidumbre en los familiares antes de ingresar a la unidad, posterior a la ejecución del resto de actividades nuevamente se aplica el mismo test para observar el impacto generado al ejecutar el programa, gracias a este test se genera un indicador de evaluación el cual muestra el nivel de afrontamiento familiar antes y después de ejecución del programa.

A continuación se mostraran algunos momentos de la ejecución de esta fase.



Ilustración 2. Fase 1 Instituto del corazón de Ibagué.



Ilustración 3. Fase 1 Momentos de verdad FCV.



Ilustración 4. Fase 1 FVC Entrega de folletos



Ilustración 5. Entrega de folletos FCV.

7.2 FASE DE RECONOCIMIENTO

Corresponde a la segunda fase del programa, se realiza en las tres instituciones de trabajo, el grupo de autores diseña un rota folio –álbum con fotografías de elementos básicos de la unidad como monitor, bomba de infusión, pulsioxímetro, etc., se muestra a todas las familias estas imágenes y se da explicación verbal de cada una, al diseñar el rota folio se tuvo en cuenta el tamaño de la imagen, esta fue suficientemente amplia y nítida para que se pudiera ver desde una distancia moderada, en esta fase se muestran elementos de bioseguridad como gorro, tapabocas y bata, los cuales son suministrados por cada unidad, se indica el uso correcto e importancia.

Cabe resaltar que en esta fase se tiene el primer contacto con la UCI, una vez se muestra el rota folio y los elementos de bioseguridad se traslada a la unidad para realizar el lavado de manos, el cual es dirigido por la enfermera, se explica paso a paso como debe realizarse y finalmente se retroalimenta los pasos y la importancia, intervenciones que se realizan sin contratiempos logrando contextualizar al familiar del paciente de cuidado intensivo con el espacio físico, normas institucionales y los dispositivos invasivos más comunes, también los aspectos fundamentales para asegurar un acercamiento del familiar cordial, pero también seguro. A continuación se mostraran algunos momentos de intervención.



Ilustración 6. Fase 2 Hospital Regional de Duitama.



Ilustración 7. Fase 2 FCV.



Ilustración 8. Lavado de manos FCV.



Ilustración 9. Indicaciones Lavado de manos en el ICI

7.3 FASE DE ACCIÓN / PARTICIPACIÓN

Esta es la tercera fase del programa, tiene un componente diferente y es que el familiar entra a participar en el cuidado de su familiar, se brinda la oportunidad para el aprendizaje y la unión paciente- familia. En esta fase se diseña un taller teórico- práctico para masaje y lubricación de la piel, esta creado solo para familiares, de manera tal, que una vez se ingresen a la unidad, conocerán que tienen la posibilidad de tocar y hacer masaje a su ser querido, el material utilizado para esta actividad son cremas humectantes y aceite de almendra este es suministrado por la familia e institución, en las tres instituciones se aplica esta fase, aunque cabe resaltar que no en todas las ocasiones ya que algunos pacientes se encontraban muy inestables o la sobrecarga laboral impedía a la enfermera encargada realizarla. Se logra evidencia la satisfacción del familiar y del paciente al incluirlos como parte del cuidado. Esto también favorece a que la incertidumbre se convierta en oportunidad y no en peligro.

A continuación algunas imágenes que muestran la ejecución de esta fase en las diferentes instituciones.



Ilustración 10. Masaje en UCI Instituto del Corazón de Ibagué.



Ilustración 11. Masaje en UCI Instituto del Corazón de Ibagué.



Ilustración 12. Masaje en UCI FCV.



Ilustración 13. FCV Masaje asistido en UCI fase 3.



Ilustración 14. Fase 3 Hospital Regional de Duitama.

7.4 FASE DEL ALTA

Última fase del programa, en donde se diseñan múltiples plegables con recomendaciones para el cuidado en hospitalización y en casa. Estos se diseñan según el riesgo y la patología del paciente, En esta fase se captan a los pacientes y familiares egresados de la unidad, se brinda educación y se entrega el plegable que corresponde de acuerdo su riesgo y patología.

Esta fase fue la última en crearse por tal razón no fue aplicada a todos los egresos durante el periodo de tiempo de ejecución del programa. Quedan anexados al final del trabajo los plegables con recomendaciones de alta.

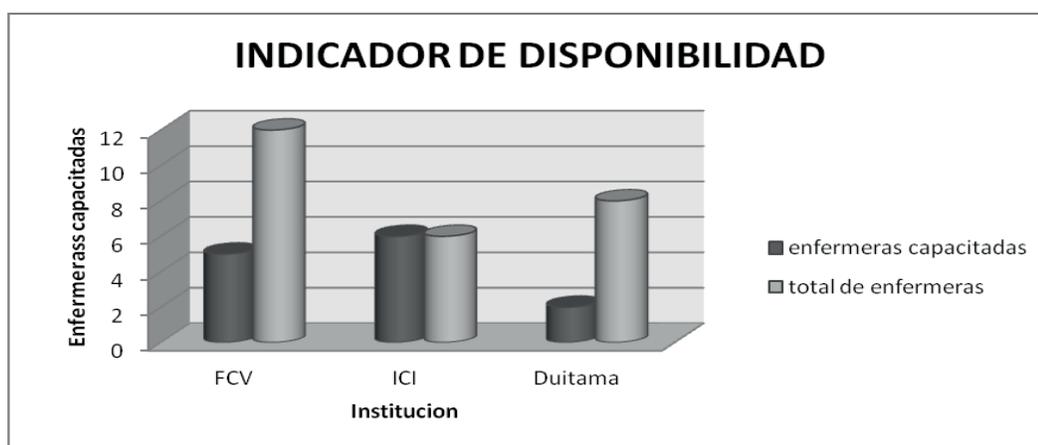


Ilustración 15. FASE ALTA EN LA FCV

8. ANALISIS DE RESULTADOS DE LOS INDICADORES PLANTEADOS EN LA MATRIZ DEL MARCO LOGICO PARA LAS TRES UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO TRABAJADAS.

8.1 INDICADOR DE DISPONIBILIDAD

Número de Profesionales de enfermería capacitados / Total de personal de enfermería de la UCI



Gráfica 1 Indicador de Disponibilidad

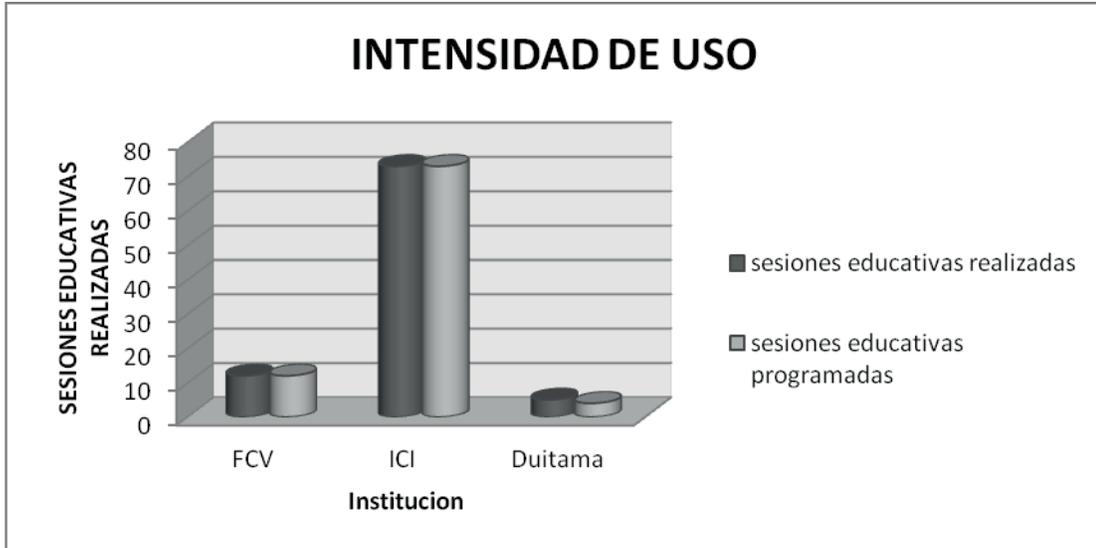
| | FCV | ICI | Duitama | Total |
|------------------------|-----|-----|---------|-------|
| enfermeras capacitadas | 5 | 6 | 2 | 13 |
| total de enfermeras | 12 | 6 | 8 | 26 |

Tabla 1 Datos para indicador de disponibilidad.

8.1.1 Análisis: Cabe resaltar que cada una de las instituciones donde se ejecuta el programa cuenta con circunstancias propias, por lo tanto cada una tiene resultados diferentes, en el Instituto del Corazón de Ibagué se logra el 100% de ejecución, todas las enfermeras participaron en la ejecución del programa pero se resalta que no en todas las fases, dado que el material y el conocimiento de las mismas lo tenía la autora del programa y no siempre estaba de turno. En la Fundación Cardiovascular de Colombia, se logra la asignación de docente asistencial de la Universidad de Santander, por lo tanto quienes se encargaron de la ejecución del programa se limitó a 5 enfermeras, el Hospital Regional de Duitama se integra a dos enfermeras quienes son los autores del programa ya que la institución solicita los resultados antes de establecerlo como protocolo institucional para así poder autorizar los recursos necesarios para la continuidad del mismo.

8.2 INDICADOR DE INTENSIDAD DE USO

Numero de sesiones educativas realizadas / numero de sesiones educativas programadas



Grafica 2 Indicador de intensidad de Uso

| | FCV | ICI | Duitama | Total |
|---------------------------------|-----|-----|---------|-------|
| sesiones educativas realizadas | 12 | 73 | 5 | 90 |
| sesiones educativas programadas | 12 | 73 | 4 | 89 |

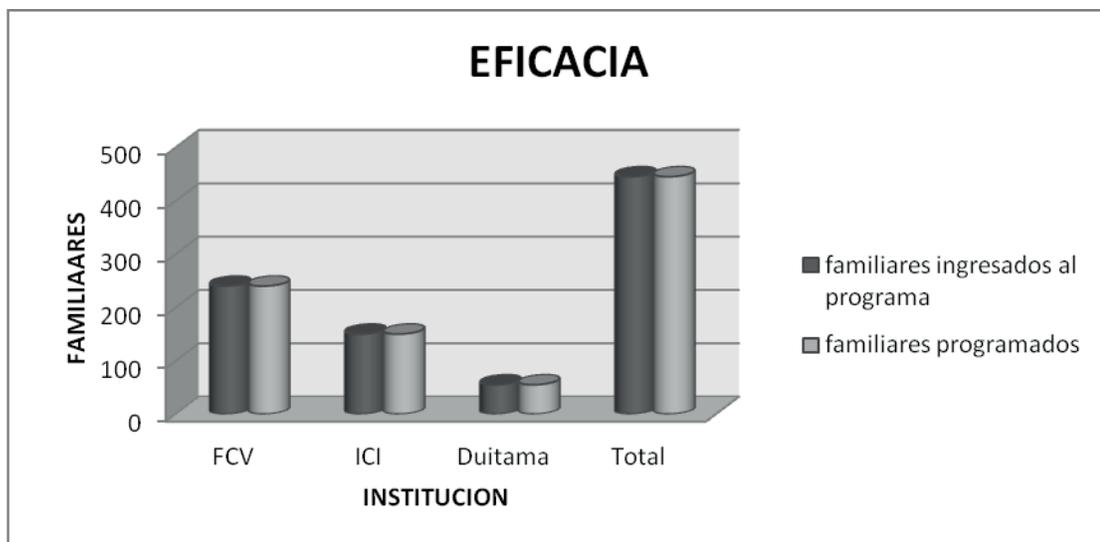
Tabla 2 Datos para el indicador de intensidad de uso.

8.2.1 Análisis: la ejecución del programa UCI AMIGA ACOMPAÑAME, se inicia a partir del mes de julio del año 2011, ejecutándose todos los días jueves en horas de la mañana en el horario de visita en la FCV – Floridablanca, obteniendo así 12 sesiones programadas, con cumplimiento del 100% de lo planeado, en el ICI se aplica de manera individualizada a familiares de los pacientes nuevos ingresados a la unidad siendo realizadas 73 sesiones correspondiente a 73 ingresos durante el periodo de ejecución, En el Hospital Regional de Duitama se realizan las sesiones educativas los domingos en el horario de visita de la mañana teniendo en total 5 sesiones realizadas obteniendo el 100% de cumplimiento a lo programado. En total se realizan 90 sesiones educativas en las tres instituciones donde se ha planteado el programa. Teniendo en cuenta la programación se logra alcanzar el 100% de intensidad de uso durante el periodo de ejecución en las tres instituciones.

Se debe tener en cuenta que en la FCV por cada sesión realizada participaron 20 familiares, en el Hospital Regional de Duitama por cada sesión participaron 10 familiares. Y en el ICI se realiza de manera individualizada a personas teniendo en cuenta que en algunos casos se ingresaron al programa hasta tres familiares por paciente, sin embargo en total de familias trabajadas son 73 y familiares ingresados 150

8.3 INDICADOR DE EFICACIA

Número de familias ingresadas al programa UCI AMIGA ACOMPAÑAME / Total de familias programadas



Gráfica 3 Indicador de Eficacia.

| | FCV | ICI | Duitama | Total |
|-----------------------------------|-----|-----|---------|-------|
| familiares ingresados al programa | 240 | 150 | 55 | 445 |
| familiares programados | 240 | 150 | 55 | 445 |

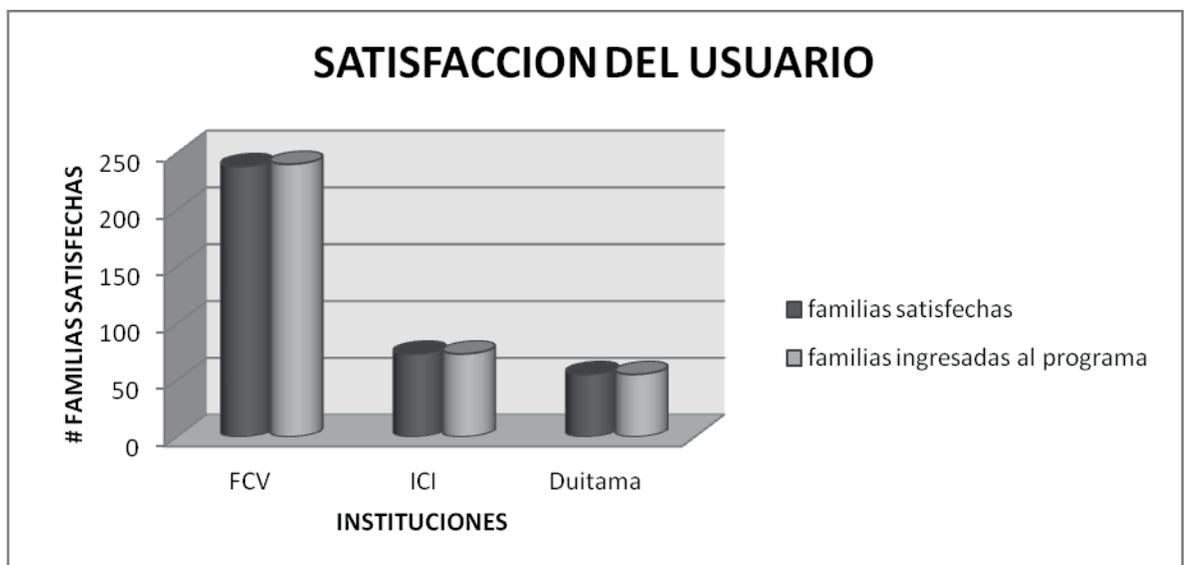
Tabla 3 Datos para indicador de Eficacia.

8.3.1 Análisis: Una vez se inicia la ejecución del programa, se observan diferencias para la realización del mismo en las tres instituciones de trabajo, en la FCV cada sesión realizada reunió a 20 familiares ya que a cada paciente se le permite la entrada de dos familiares y la unidad cuenta con 10 cubículos, la unidad permanece con total de ocupación en los días de ejecución del programa, por lo tanto el total de familiares que ingresan al programa es 240 que corresponde a lo planeado, en el hospital Regional de Duitama hubo gran similitud con la ejecución del programa, aquí se realiza todos los domingos en el horario de la mañana y se reúnen en un salón a todos los familiares asistentes, sin embargo la ejecución es

a partir del mes de agosto por lo tanto las familias programadas fue 55, lográndose el 100% de eficacia en estas dos instituciones, por otro lado en el Instituto del Corazón de Ibagué la modalidad de ejecución cambia con respecto a las anteriores instituciones, aquí se aplica el programa de manera individualizada a todos los ingresos, de tal manera que se hacen más sesiones educativas pero con menor número de familiares, teniendo en cuenta los ingresos realizados en el periodo de tiempo de ejecución del programa se logra el 98.9% de eficacia.

8.4 INDICADOR DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Número de familias que manifiestan satisfacción con el ejecución del programa / total de familias ingresadas al programa



Gráfica 4 Indicador satisfacción del Usuario.

| | FCV | ICI | Duitama | Total |
|---------------------------------|-----|-----|---------|-------|
| familias satisfechas | 238 | 73 | 55 | 366 |
| familias ingresadas al programa | 240 | 73 | 55 | 368 |

Tabla 4 Datos para el indicador de satisfacción del usuario.

8.4.1 Análisis: Para poder identificar la satisfacción de usuario se diseña un test el cual se aplica antes y después de las sesiones educativas a los familiares ingresados al programa, este test no solo mide satisfacción sino también el nivel de incertidumbre con el que llegan a la UCI, sin embargo existe un ítem exclusivo para identificar si el usuario está satisfecho con la ejecución del programa, para este indicador se logra 98.9% de satisfacción en las tres instituciones donde se realiza el programa. Solo tres de los entrevistados

manifestaron sentir más ansiedad por esperar un poco para ingresar a la unidad. Sin embargo el resto de familias agradecieron y participaron en el programa.

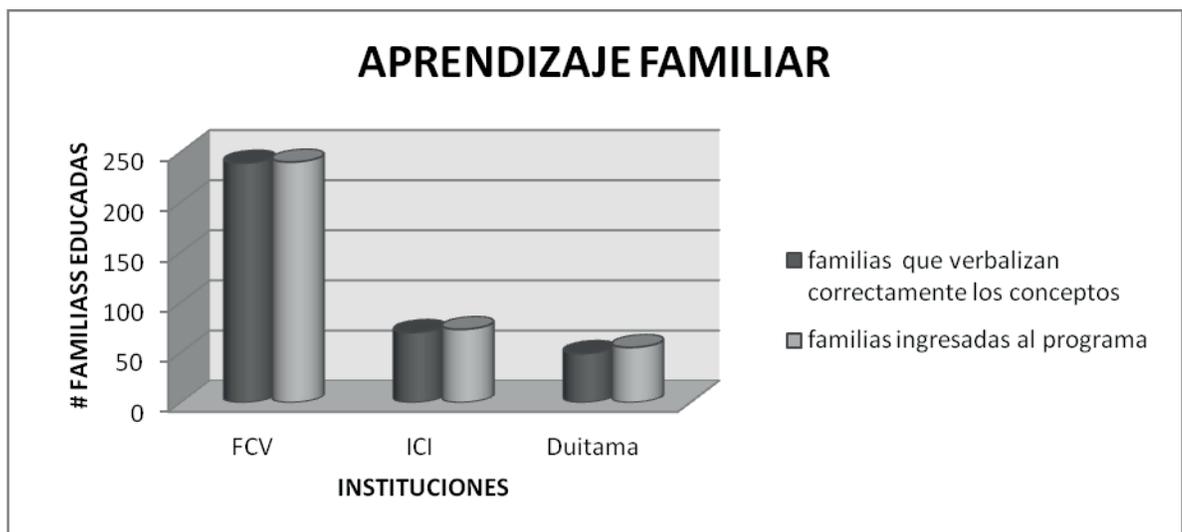
En el test la segunda pregunta es: esta satisfecho con la información, respondiendo así:

| INSTITUCION | FCV | ICI | Duitama |
|-------------|-----|-----|---------|
| RESPUESTA | | | |
| SI | 238 | 31 | 55 |
| NO | 2 | 0 | 0 |

Tabla 5 Resultados de la segunda pregunta del test.

8.5 INDICADOR DE APRENDIZAJE FAMILIAR

Número de familiares que verbalizan correctamente los conceptos de la UCI / Total de familias ingresada al programa



Gráfica 5 Indicador de aprendizaje Familiar

| | FCV | ICI | Duitama | Total |
|---|-----|-----|---------|-------|
| familias que verbalizan correctamente los conceptos | 228 | 70 | 49 | 358 |
| familias ingresadas al programa | 240 | 73 | 55 | 368 |

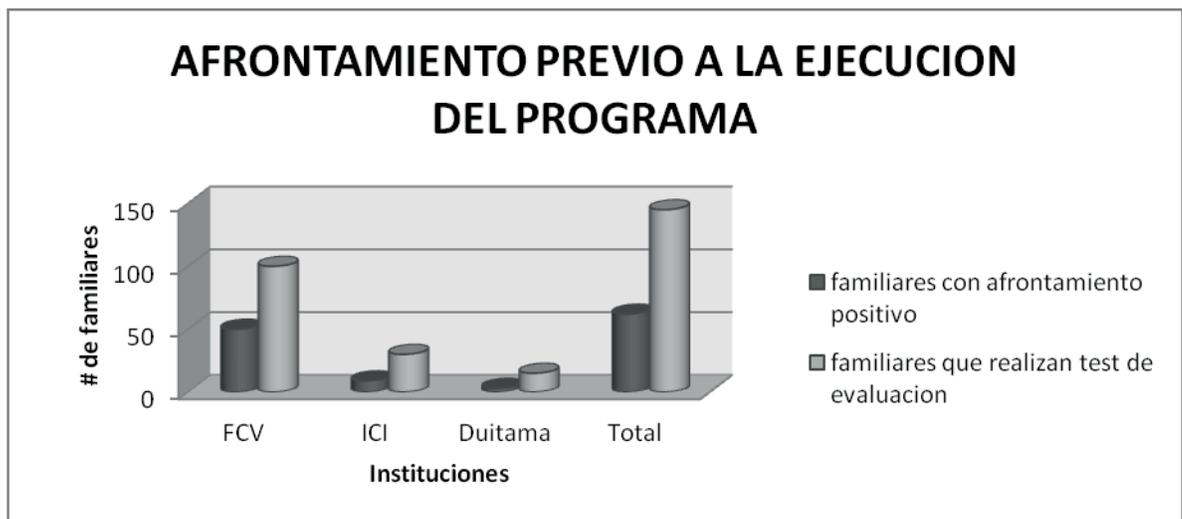
Tabla 6 Datos de aprendizaje familiar

8.5.1 Análisis: en las tres instituciones donde se ejecuta el programa, se realiza evaluación verbal y visual de lo enseñado al finalizar las sesiones educativas.

En la FCV de los 240 familiares ingresados al programa 228 respondieron correctamente a las preguntas realizadas verbalmente al final de las sesiones educativas, obteniendo así el 95% de aprendizaje familiar satisfactorio. En el ICI de los 73 familiares ingresados al programa se equivocaron 3, con esto se obtiene el 93.5% de aprendizaje familiar satisfactorio, en el Hospital Regional de Duitama de los 55 familiares evaluados, 49 responden correctamente dando un 89% sin embargo se realiza retroalimentación inmediata, para finalmente lograr un 100% de cumplimiento.

8.6 INDICADOR DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR

Número de familiares que manifiestan afrontamiento positivo ante la hospitalización en UCI de su familiar / total de familiares que realizan test de evaluación al inicio de la ejecución del programa.



Grafica 6 Indicador de Afrontamiento familiar previo a la entrada a la UCI

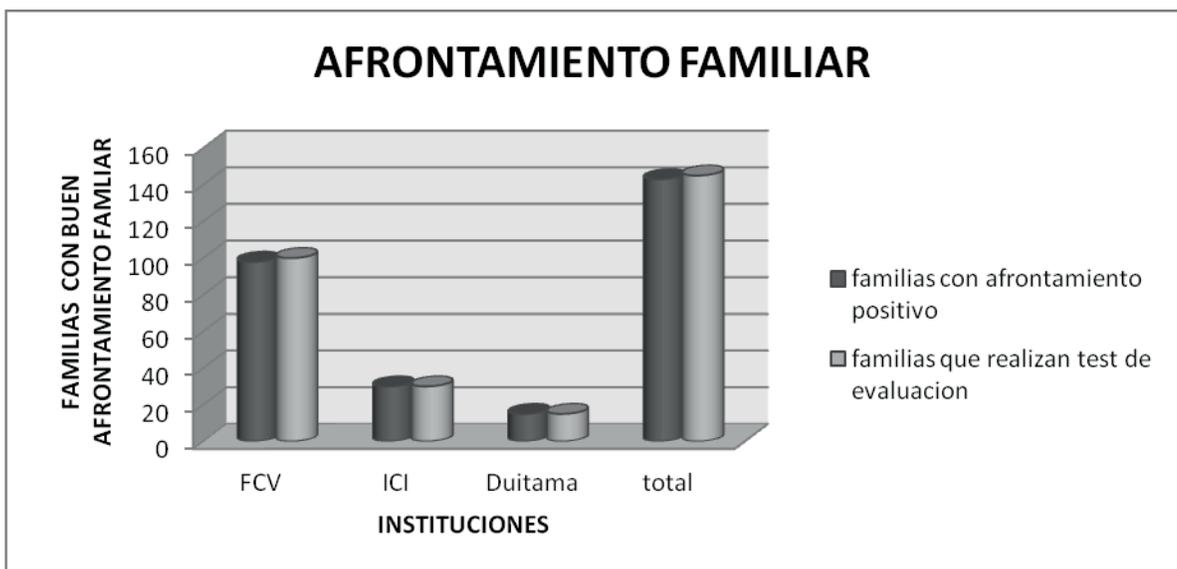
| | FCV | ICI | Duitama | Total |
|--|-----|-----|---------|-------|
| familiares con afrontamiento positivo | 50 | 9 | 3 | 62 |
| familiares que realizan test de evaluación | 100 | 30 | 15 | 145 |

Tabla 7 Resultado del pre test.

8.6.1 Análisis: para la aplicación de este indicador se utiliza como instrumento de valoración un pretest realizado bajo la teoría de Mishel, y de este se toman los datos obtenidos, en la FCV se aplica el test a 100 familiares ya que la ejecución del programa se inicia sin aprobación del test, por lo tanto a las primeras familias no se le realiza este test, de manera tal que de los 100 familiares 50 manifestaron sentimientos negativos ante la hospitalización de su ser querido en UCI, en el ICI se aplica a 30 familiares de los cuales solo 9 manifestaron sentirse comprometidos y alentados sobre la situación de su familiar, el resto señalaban sentirse confundidos, angustiados, preocupados, etc. En el HRD se aplica a 15 familiares y 3 responden sentirse con buena disposición y afrontamiento. De manera tal que solo el 45% del total de los familiares consideran tener buen afrontamiento familiar antes de ejecutarse las actividades del programa.

Partiendo de estos resultados se inicia la ejecución las intervenciones del programa, para posteriormente aplicar el mismo test y evaluar los cambios.

Se aplica nuevamente el indicador pero posterior a la ejecución del programa:



Grafica 7 Indicador Afrontamiento Familiar después de ejecutarse el programa.

| | FCV | ICI | Duitama | Total |
|--|-----|-----|---------|-------|
| familiares con afrontamiento positivo | 98 | 30 | 15 | 143 |
| Familiares que realizan test de evaluación | 100 | 30 | 15 | 145 |

Tabla 8 Resultados del pos test.

8.7.1 Análisis: se logra el 99.5% afrontamiento positivo ante la hospitalización de un familiar en UCI a las familias ingresadas al programa en las tres instituciones, es evidente que posterior a la ejecución del programa las familiar sienten tener más herramientas para enfrentar este conflicto familiar.

8.8 INDICADOR APLICACIÓN FASE ACCION /PARTICIPACION

Número de familiares que realizaron el taller de lubricación y masaje en UCI / familiares .ingresados al programa.

Grafica 8 Indicador fase acción / participación

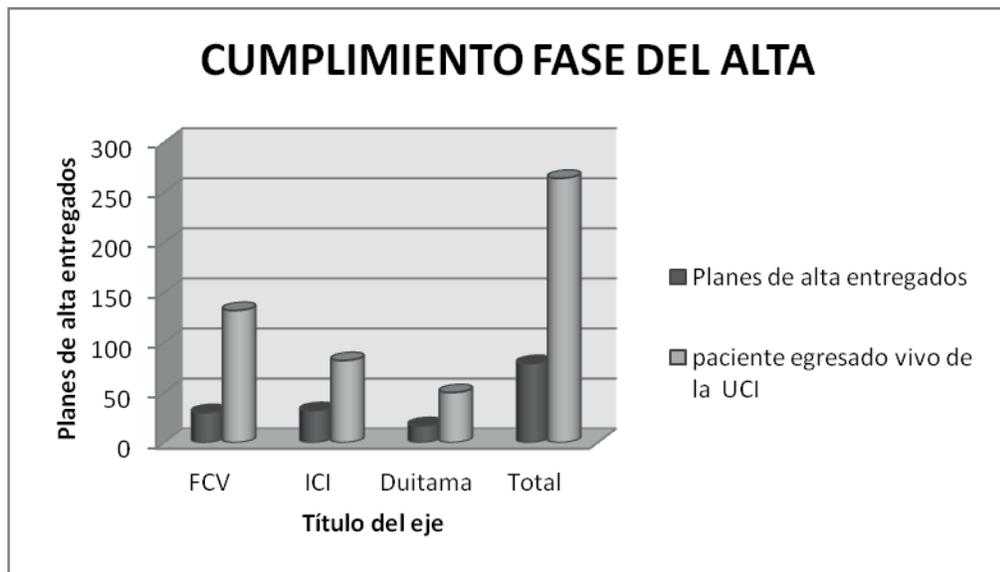
| | FCV | ICI | Duitama | Total |
|---|-----|-----|---------|-------|
| familiares que realizan el taller de lubricación y masaje | 199 | 48 | 26 | 273 |
| familiares ingresados al programa | 240 | 91 | 55 | 386 |

Tabla 9 Datos del indicador aplicación tercera fase.

8.8.1 Análisis: En esta fase cada familiar ingresado al programa debe participar activamente en el cuidado del paciente, en la FCV se logra vincular a estas intervenciones a 199 familiares, se realiza masaje guiado por la enfermera, logrando en un 82.9% de cumplimiento, en el instituto del corazón se logra el 53%, y en Duitama se logra el 47% dado que no le fue posible la realización de esta fase en algunos familiares por inestabilidad hemodinámica del paciente y por carga laboral del personal de enfermería.

8.9 INDICADOR DE CUMPLIMIENTO FASE DEL ALTA

Número de planes de alta entregados al egreso del paciente hospitalizado en UCI/
Pacientes egresados vivos de la UCI, ingresados al programa UCI AMIGA
ACOMPañAME.



Gráfica 9 Indicador cumplimiento fase del alta.

| | FCV | ICI | Duitama | Total |
|----------------------------------|-----|-----|---------|-------|
| Planes de alta entregados | 25 | 10 | 6 | 41 |
| paciente egresado vivo de la UCI | 96 | 55 | 28 | 179 |

Tabla 10 Datos del indicador cumplimiento cuarta fase.

8.9.1 Análisis: cabe resaltar que esta fue la última fase ejecutada, se inicia su aplicación a partir del mes de agosto ya que los planes de alta fueron sometidos a evaluación y aprobación por parte de cada UCI, sin embargo dado que en el Hospital Regional de Duitama no hubo apoyo económico para adquirir dicho material su ejecución se vio limitada, además en la FCV y ICI el personal de enfermería encargado de realizar el programa no siempre estaban presentes al egreso del paciente de la unidad, por lo tanto alcanza el 25% de cumplimiento en la fase del alta.

9. CONCLUSIONES

El programa de educación planteado, genera en los familiares un afrontamiento positivo, observándose una disminución de la ansiedad y el llanto, lo que se traduce en una integración efectiva al cuidado del paciente que puede ser protectora durante la estancia y favorecedora para el alta y la rehabilitación.

Las fases de sensibilización y reconocimiento se cumplieron ampliamente, realizándose en el momento del ingreso y durante la visita de los pacientes, de acuerdo a la disponibilidad de tiempo en las diferentes instituciones, a pesar de que el programa ha sido planteado para que las intervenciones se realicen en ambos momentos.

La fase de participación activa no se logró ejecutar al 100% porque en esta se tuvo en cuenta la inestabilidad de los pacientes y en algunos momentos la disponibilidad de tiempo de los enfermeros.

La fase de alta tubo el índice de cumplimiento más bajo, dado que la entrega de los planes de alta estuvieron a cargo de los enfermeros autores del programa pero estos no estaban presentes al momento del egreso de una considerable cantidad de pacientes, aunado a que dichos planes se encontraron durante largo tiempo bajo evaluación institucional por parte de la coordinadora de la UCIA como es el caso del instituto del corazón de Ibagué, una vez aprobados satisfactoriamente se inició la entrega.

A pesar de que el programa se ha planteado en diferentes fases, la ejecución de este, se hace más factible en aquellas instituciones que brindan un apoyo logístico, económico y estratégico a diferencia de aquellas que no, justificándose en la necesidad de conocer previamente el impacto del programa, antes de acogerlo como institucional. Esta limitación, desfavorece los resultados por la baja aplicabilidad, como en el caso específico de Salud Vital del Hospital Regional de Duitama; sin embargo, se consideró como entendible ya que el real interés de estas instituciones era no exponer al paciente a riesgos adicionales durante su estancia. En el caso de la fundación cardiovascular de Bucaramanga se realizó ampliamente la ejecución del programa con resultados positivos dado que favoreció la disponibilidad de recursos otorgados por la institución, por otro lado en

el instituto de corazón de Ibagué se logra favorablemente la aplicación de las dos primeras fases con el apoyo del grupo de enfermería de la UCIA pero no fue posible la aplicación a la misma escala de las dos últimas, evidenciándose la necesidad de la asignación de personal para la aplicación de estas fases.

10. RECOMENDACIONES

El programa puede ser ampliado y encaminado para ser parte de la política institucional de seguridad del paciente, ya que el objetivo del programa busca fundamentalmente que el familiar reconozca el ambiente de la UCI, de los riesgos inherentes y de los riesgos generados, convirtiéndose en una barrera efectiva para la ocurrencia de eventos adversos.

Por las diferentes actividades asignadas al personal de enfermería se hace necesario disponer de personal de enfermería para la ejecución de la fase sensibilización y reconocimiento durante la visita de los familiares a los pacientes, para lograr que las intervenciones se realicen en ambos momentos tanto al ingreso del paciente a la uci como a la hora de la visita, al igual de la fase de participación activa.

Es necesaria la vinculación de todo el grupo de enfermería para que la fase de alta sea aplicada al 100%.

Se recomienda que grupos posteriores de enfermería continúen evaluando los Elementos conceptuales del modelo de la incertidumbre no incluidos en este programa.

BIBLIOGRAFIA

- ÁNGELA María Henao Castaño, sentirse apoyado. Experiencia de pacientes en ventilación mecánica sin efectos de sedación continua, En Index de enfermería/segundo-tercer trimestre 2010, vol 19, n 2-3 pag120
- ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE. Constitución Política. 1991. 3ª: ed. Santa Fé de Bogotá: Legis; 1991.
- FAJARDO Elizabeth, Caracterización del riesgo familiar total de las familias con adulto mayor ubicadas en la Comuna Seis del municipio de Ibagué, En Revista Salud Uninorte Print ISSN 0120-5552
- FRANCO Canales, Rosa Esther. Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional, en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati M., Abril 2003
- VELASCO Bueno José Manuel, Detección de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos. UCI Hospital Costa del Sol
- KÁTIA Santana Freitas; Miako Kimurahi; Karine Azevedo São Leão Ferreiraiii, necesidades de los familiares de pacientes en unidades de terapia intensiva: análisis comparativo entre hospital público y privado, En: Enfermagem 2007 janeiro-fevereiro; 15(1) Www.eerp.usp.br/rlae
- L. SANTANA Cabrera, m. Sánchez palacios, e. Hernández medina, , m. García martul, p. Eugenio robaina , á. Villanueva ortiz, necesidades de los familiares de pacientes de cuidados intensivos:percepción de los familiares y del profesional, En: Medicina. Intensiva v.31 n.6 madrid ago.-sep. 2007
- MARRINER TOMEY, Ann. RAILE ALIGOOD,Martha. MODELOS Y TEORÍAS EN ENFERMERÍA. Sexta edición. Editorial Elsevier Mosby. Madrid, España. Pags. 630 y 631.
- MISHEL Merle, incertidumbre en la enfermedad, Mishel 1998, material traducido por Maria Elisa Moreno, profesor asociado universidad de la Sabana
- TORRES Alexandra, Sanhueza Olivia, modelo estructural de enfermeria de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad, En ciencia y enfermeriaxii, No (1): 9-17, 2006 i.s.s.n. 0717 – 2079, 14 p
- www.unibague.edu.co/sitios/investigacion/images/.../marco_logico.
- ZAMUDIO Cárdenas L, Rubiano B. N. Las familias de hoy en Colombia. Bogotá: Formato Comunicación Diseño; 1994. p. 73

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA

- BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID), Oficina de Evaluación. Evaluación: Una herramienta de gestión para mejorar el desempeño de los proyectos. Washington, DC, 1997.
- COMISIÓN DE LA COMUNIDAD EUROPEA. Manual de Gestión del Ciclo de Proyectos: Enfoque integrado y marco lógico. Ginebra, Suiza, 1993.
- GARCÍA Navarro S, Fernández Vázquez M, Cumbreira Díaz EM, Morano Torrescusa MJ, Alfonso Pérez D, Contreras Pereira I. Cuidando a la familia en UCI. Biblioteca Lascasas, 2007; 3(2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0248.php>
- HENAO Muñoz D, García Rojas E, Herramientas gerenciales para el sistema de la protección social, CES, 2008 pág. IV
- BARÓN Lao FJ, Martínez Egea JM. La necesidad de integrar el manejo del afrontamiento en los cuidados. Tempus Vitalis, 2003; 3(1). En: http://www.tempusvitalis.com/Revista08/Caso_clinico/caso2004.pdf
- RODRIGO MT Luis, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson, S.A. 2000.
- NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Madrid: Elsevier España; 2005-2006.
- RUKHOLM E, Bailey P. Needs and anxiety levels in relatives of intensive care unit patients. J-Adv-Nurs, 1991 Aug; 16(8): 920-8.
- TEIXIDOR Freixa M. El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (IV). Rev ROL Enf, 2002; 25 (10):650-652.
- www.aristidesvara.com/web_antigua/investigaciones/politicas/enf_marc/enfoque_01.htm

ANEXOS

ANEXO A

PRESENTACIÓN DEL ANTEPROYECTO ANTE PERSONAL ASISTENCIAL UCI SALUD VITAL DE COLOMBIA IPS.

Presentación del anteproyecto ante el total de personal asistencial de la Unidad en reunión previamente concertada con el coordinador médico y coordinadora de enfermería de la unidad.



Ilustración 16. Presentación del programa en Duitama.



Ilustración 17. Presentación del programa en Duitama.

**ANEXO B. TEST PRE Y POST EJECUCION DE SESIONES EDUCATIVAS
PROGRAMA DE EDUCACIÓN A FAMILIARES DE PACIENTES EN UNIDADES
DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS**

“UCI AMIGA ACOMPÁÑAME”



PREGUNTAS DE SONDEO PARA LA VALORACIÓN DE LA TENDENCIA DE
INCERTIDUMBRE EN FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EN UCI
ADULTOS.

1. LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA A USTED SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE SU FAMILIAR ¿ES SUFICIENTE?
2. ¿ESTÁ SATISFECHO CON LA INFORMACIÓN QUE HA OBTENIDO DE SU FAMILIAR?
3. CÓMO SE SIENTE CON RESPECTO A LA SITUACIÓN DE SU FAMILIAR.

| | |
|----------------|--------------|
| Confundido | Estimulado |
| Asustado | Comprometido |
| Desesperanzado | Esperanzado |
| Impotente | Alentado |
| Abrumado | Otra. ¿cuál? |
4. ¿SE SIENTE SEGURO CON SU FAMILIAR INTERNADO EN ESTA INSTITUCIÓN?
5. ¿HA TENIDO EXPERIENCIAS PREVIAS DE TENER UN FAMILIAR CERCANO EN UCI?

Fuente. Autores programa UCI AMIGA ACOMPÁÑAME

ANEXO C. RECOMENDACIONES PARA EL ALTA DE LA UCI
PROGRAMA DE EDUCACIÓN A FAMILIARES DE PACIENTES EN UNIDADES
DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

“UCI AMIGA ACOMPÁÑAME”

RECOMENDACIONES PARA EL EGRESO DE UCI



¿COMO PREVENIR LESIONES DE LA PIEL EN MI FAMILIAR?

La piel constituye el órgano más grande del cuerpo. Actúa como barrera a los agentes externos, contiene los receptores de las sensaciones y regula la temperatura corporal.

Sin la piel el organismo estaría desprotegido. Por eso, dada su importancia, se le debe brindar los cuidados necesarios para mantenerla sana.

Mi familiar necesita de cuidados fundamentales:

- **lubricación:** debe realizarse con una crema humectante de ph neutro, lo cual ayuda a mantenerla hidratada, disminuyendo al mínimo el riesgo de irritación o daño de la integridad cutánea.
- **masaje:** se deben masajear suave y uniformemente las zonas de la piel que tienen mayor riesgo de daño por presión, esto ayuda a estimular la circulación y drenaje natural de la misma, además de contribuir a mantener adecuado tono muscular, evitando descondicionamiento físico y atrofia, en los casos en que se efectúan ejercicios.
- **Cambios de posición:** se deben realizar, sobre todo en el paciente postrado en cama, lo cual permite que aparezcan úlceras y lesiones de piel por presión.
- **ropa y tendidos de cama adecuados:** permite disminuir al máximo el riesgo de alergias asociadas a sustancias irritantes presentes en algunos textiles, se prefiere el no uso de elementos como lana o algodón.
- **adecuado aseo e higiene de la piel:** mantener limpia y aseada la piel, libre de humedad, disminuye el riesgo de aparición de alteraciones de la piel, o presencia de microorganismos patógenos como hongos.
- **protección solar:** la protección de los rayos ultravioleta es fundamental para evitar quemaduras y serios procesos de daño de la piel

Si teniendo en cuenta y aplicando las indicaciones mencionadas observa alguna alteración en la integridad cutánea de su familiar debe acercarse al centro de atención más cercano para un oportuno tratamiento.

Fuente. Autores programa UCI AMIGA ACOMPÁÑAME

ANEXO D

PROGRAMA DE EDUCACIÓN A FAMILIARES DE PACIENTES EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS “UCI AMIGA ACOMPÁÑAME”

RECOMENDACIONES PARA EL EGRESO DE UCI



REHABILITACIÓN COGNITIVA

Tras la estancia de su familiar en una unidad de cuidados intensivos, existe un alto riesgo que por la complejidad de la enfermedad que lo llevó a internarse allá, como por el ambiente y posiblemente algunos medicamentos que fueron necesarios administrarle, su ser querido presente alteraciones tanto de la memoria, como de la orientación, la percepción, el aprendizaje y el juicio sin que necesariamente sean muy notorias, pero que pueden influir en la realización de las actividades de la vida diaria.

Estos ejercicios son sencillos, pero al ser ejecutados con frecuencia y en un adecuado ambiente, es decir, sin distractores como ruidos fuertes o cansancio tanto de usted como de su familiar, llegarán a ser actividades entretenedoras, saludables y emocionantes tanto para su familiar en primera medida, pero también para usted.

1. Salude a su familiar siempre de acuerdo al momento del día: Buenos días, buenas tardes o buenas noches.
2. Ubíquelo en la fecha, lugar, hora en la que se encuentre.
3. Infórmele la actividad diaria que va a realizar. Ejemplo: “nos vamos a sentar en la silla”, “va a tomar una ducha” “vamos a tomar el desayuno” “estamos caminando por el pasillo”, etc.
4. Estimule a que le diga cómo se llaman las cosas y cuál es su función o uso.
5. Favorezca los ratos de esparcimiento, como escuchar música, caminatas, contar anécdotas, etc.
6. Entréguele material que lo lleve a interesarse por leer, periódicos, revistas, cartas, etc.
7. Hagan un viaje al pasado, por medio de la revisión de álbumes fotográficos, videos caseros y otros elementos que lo ayuden a reconocer personas, emociones y situaciones.
8. Ofrézcale un recuadro y pídale que divida este en diferentes cantidades. Dividir el cuadro en 3 compartimentos, luego en 6, luego en 10, etc.
9. Ofrézcale imágenes sencillas de objetos y pídale luego sin la visibilidad de estas, que le repita qué objetos recuerda y se los nombre.
10. Solicítele que le dé nombre de grupos de objetos, por ejemplo frutas, animales, enseres de la casa que empiecen con diferentes letras por ejemplo: 5 nombres de animales que empiecen con la letra “A”, 3 nombres de personas que empiecen con la letra “o”, etc.
11. Dele una palabra a la vez y solicítele que la deletree sin verla escrita; ni no lo puede hacer así, puede dejarle ver cómo se escribe y que la deletree mientras la observa

Fuente. Autores programa UCI AMIGA ACOMPÁÑAME

ANEXO E

PROGRAMA DE EDUCACIÓN A FAMILIARES DE PACIENTES EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

“UCI AMIGA ACOMPÁÑAME”

RECOMENDACIONES PARA EL EGRESO DE UCI



COMO EVITAR QUE MI FAMILIAR SUFRA CAIDAS?

Si su familiar tiene más de 70 años, alteración de la conciencia, visión o audición, equilibrio, debilidad muscular, y toma medicamentos para el corazón, los pulmones o que producen sueño, tranquilizantes o que aumenta la orina, tiene una enfermedad de larga duración en la clínica, ha sufrido caídas antes, tiene algún dispositivo medico como suero, tubos, tiene ALTO RIESGO DE SUFRIR CAIDAS

Por eso:

- Siempre debe tener un familiar cerca para que lo ayude
- Mantenga siempre las barandas arriba
- Coloque el freno a las ruedas de las sillas, camas u otros dispositivos.
- Debe usar calzado adecuado y ajustado.
- El lugar donde este debe tener adecuada iluminación
- El suelo debe estar lo más libre elementos u obstáculos en la zona de circulación para evitar que se tropiece
- Vigilar la deambulacion del paciente, ayudándole si es necesario.
- Enseñarle a incorporarse de forma progresiva.
- Si tiene dificultad para respirar informe al personal de enfermería y medico
- En caso que su familiar se torne agresivo se debe proteger a el, a usted y al personal asistencial por medio de sujeciones del tórax, las muñecas, los tobillos, etc.

Fuente. Autores programa UCI AMIGA ACOMPÁÑAME

ANEXO F

PROGRAMA DE EDUCACIÓN A FAMILIARES DE PACIENTES EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

“UCI AMIGA ACOMPÁÑAME”

RECOMENDACIONES PARA EL EGRESO DE UCI



CUIDADOS CON LAS HERIDAS QUIRURGICAS

1. El enfermero de turno realizara la curación de acuerdo a las características de la herida y necesidad de esta, utilizara elementos y la cubrirá.
2. Si por la evolución de la herida el personal asistencial la ha dejado descubierta:
3. Obsérvela diariamente en busca de calor local, salida de secreciones o líquido, aumento de dolor y enrojecimiento o cualquier cambio en la herida informe al personal asistencial
4. Debe tener la herida siempre seca,
5. Al momento de la higiene del cuerpo diario, lave la herida con un jabón antibacterial y séquela con una toalla limpia especialmente para la herida
6. No utilice elementos como iodine, no es bueno para la cicatrización y enmascara signos de infección.
7. No la toque con las manos sucias, de ser necesario tocarla lavase las manos antes de manipular la herida.
8. No permita animales cerca tales como loros, perros, gatos, el plumaje y pelo de estos es altamente infeccioso
9. Tome adecuadamente los medicamentos suministrados

Fuente. Autores programa UCI AMIGA ACOMPÁÑAME

ANEXO G.

PROGRAMA DE EDUCACIÓN A FAMILIARES DE PACIENTES EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

“UCI AMIGA ACOMPÁÑAME”

RECOMENDACIONES PARA EL EGRESO DE UCI



VIGILE, AVISE Y/O CONSULTE SI...

1. Su paciente tiene cambios bruscos de comportamiento como pasar de la coherencia a la agitación motriz.
2. Le es difícil conciliar y mantener un sueño reparador.
3. Si presenta deterioro de su estado de conciencia, es decir, si cambia de estar despierto, conversador a encontrarse adormilado o definitivamente no despierta.
4. Si presenta convulsiones.
5. Si presenta dificultad para articular palabras o para hablar.
6. Consulte inmediatamente si presenta sudoración profusa o intenso dolor.
7. Vigile si presenta palidez de la piel, si se presentan equimosis o “morados” en varias partes del cuerpo. Consulte de inmediato si vomita un aspecto oscuro parecido al cuncho del café o si presenta deposición oscura o negra.
8. Acuda rápidamente si a su familiar se le dificulta respirar, respira rápidamente, tose frecuentemente o si observa los labios oscurecidos.
9. Vigile la frecuencia de las veces que va al baño, pregúntele si tiene sed y si observa la lengua seca, si evidencia ojeras, busque ayuda y consulte al personal de salud. De la misma forma si presenta inflamación de los pies, tobillos, rostro.
10. Vigile la frecuencia de las deposiciones, consulte si estas se presentan de 0 a 2 por semana.
11. Consulte rápidamente si su familiar presenta vómito tras las comidas, deposiciones diarreicas o dolor abdominal intenso.
12. Avise si siente a su familiar caliente o con fiebre, si en la herida o alrededor de ella se evidencia enrojecimiento o salida de líquido denso.

Fuente. Autores programa UCI AMIGA ACOMPÁÑAME