

EFFECTIVIDAD DEL MODELO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA FAMILIA DE PACIENTE CON INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

EFFECTIVENESS MODEL OF NURSING CARE FOR THE FAMILY OF PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN INTENSIVE CARE UNIT

David Jahel García Avendaño¹, Ma. Cristina Estrada Ochoa², Mónica Gallegos Alvarado³, Ana Beatriz Antuna Canales³

Histórico

Recibido:

31 de Octubre de 2014

Aceptado:

17 de Diciembre de 2014

1 Maestro en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Juárez del Estado de Durango y Licenciado en enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva del ISSSTE Durango- México. E-mail: gavidjahel@yahoo.com

2 Doctora en Ciencias de la Enfermería de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Juárez del Estado de Durango.

3 Maestra en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Juárez del Estado de Durango.

RESUMEN

Introducción: Este protocolo de investigación tiene la finalidad de intervenir con la familia y determinar la efectividad del Modelo de Cuidado de Enfermería para la Familia de Paciente con Infarto Agudo al Miocardio (IAM) en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo de intervención familiar. **Resultados y Discusión:** El 100% de las familias respondió afirmativamente que la enfermera familiar les informo sobre los cuidados a realizar en la familia según las necesidades detectadas, estableció un plan de intervención en la familia mismo que cumplió y se interesó para que dentro de lo posible la estancia en la familia sea agradable. **Conclusiones:** Los resultados de esta investigación de intervención a las familias de paciente con IAM en las UCI aporta resultados que apoyan la importancia de aplicar un Modelo de Cuidado de Enfermería Familiar en dichas unidades.

Palabras clave: Modelo de Enfermería, Familia, Enfermería, Pacientes, Infarto al Miocardio, Cuidados Intensivos, Efectividad. (Fuente: DeCs BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.166>

ABSTRACT

Introduction: This research protocol is intended to interfere with the family and to determine the effectiveness of the model of nursing care for the family of patient with acute infarction myocardium (AMI) in the intensive care unit (ICU). **Materials and Methods:** Descriptive study of family intervention **Results and Discussion:** 100% Of families responded affirmatively to the family nurse them informed about the care the family according to needs identified, established a plan of action in family same which met and it is interested for that as far as possible agreeable stay in the family. **Conclusions:** The results of this investigation of intervention with AMI in the ICU patient families brings results that support the importance of implementing a care model of nursing family in these units.

Key words: Model of Nursing, Family, Nursing, Intensive Care, Patients, Myocardial Infarction, Effectiveness. (Source: DeCs BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.166>

Cómo citar este artículo: García DJ, Estrada MC, Gallegos M, Antuna AB. Efectividad del modelo de cuidado de enfermería para la familia de paciente con infarto agudo al miocardio en la unidad de cuidados intensivos. Rev Cuid. 2015; 6(1): 923-31. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.166>

© 2015 Universidad de Santander. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC 4.0), que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente sean debidamente citados.

INTRODUCCIÓN

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) de adultos en México, por lo general, son espacios cerrados y regulados por los profesionales, en particular las enfermeras. Esto significa que “los de adentro” mantienen poco contacto con los “de afuera”. Esto resultó congruente con la afirmación de Hupcey (1999) citado por Santiagos en el 2005, que mostró que las relaciones interpersonales entre enfermeras y familiares, no era promovida (1-5).

La hospitalización de la persona enferma a las UCI genera en la familiar ansiedad, angustia, estrés, debido a situaciones como pérdida de contacto, sentimientos negativos o temor sobre el área hospitalaria, los múltiples métodos invasivos, las condiciones del enfermo y la incertidumbre en la familia sobre lo que pueda pasar (6-8).

Además la compleja atmósfera hospitalaria en este tipo de unidades le crea a la familia impotencia, pues los cuidados que recibe el paciente están dados exclusivamente por el personal de salud y ellos reciben solo información sobre la condición de su familiar, siendo esta información en ocasiones no comprensible, ya que en ocasiones el personal de salud utiliza lenguaje clínico o la información es muy generalizada, lo que provoca que el familiar no pida alguna aclaración por miedo a ser catalogados como ignorantes, quedándose con varias dudas o malinterpretación sobre la condición del paciente (9-11).

En relación a lo anterior y considerando que un modelo de enfermería es el conjunto de conceptos sistemáticamente contruidos, científicamente basados y lógicamente estructurados, que encuadran y delimita la forma de actuar de enfermería, es decir, son una guía en la acción profesional tanto asistencial, docente, administrativa como investigadora, es importante la aplicación de este modelo de cuidado de enfermería en familiares que tiene paciente en la UCI con IAM, debido a que las estadísticas muestran que las enfermedades cardiacas son de los primeros lugares en morbi-mortalidad a nivel nacional y tomando en cuenta la bitácora de egresos e ingresos de terapia intensiva del ISSSTE de Durango en el año 2011 lugar donde se realizó el estudio, entraron 242 pacientes de diferentes patologías, de los cuales los ingresos de cardiología durante todo el año fueron 66, de estos resultaron 40 pacientes con Infarto Agudo al Miocardio lo que nos da un promedio de 3.3 pacientes por mes durante el año 2011. (1,12).

Es por ello que por medio de este modelo de cuidado de enfermería a la familia de paciente con infarto agu-

do al miocardio da respuesta a las necesidades de información, educación y apoyo emocional qué tienen los familiares, para mejorar no solo en su estancia hospitalaria, sino en su calidad de vida familiar, dado que es de mucha importancia que no solo el paciente reciba un trato digno por parte del personal de enfermería, sino también a la familia quien en ese momento se enfrenta a una angustia y temor por la enfermedad de IAM y el ingreso de su familiar con esa patología a la UCI (1).

Por tal motivo el objetivo de esta investigación fue el de analizar la efectividad del modelo de cuidado de enfermería a la familia de paciente con IAM en la UCI a fin de mejorar la funcionalidad y adaptación de la familia durante su estancia en el hospital por el ingreso de su familiar a la UCI, determinando las respuestas humanas mediante el instrumento de valoración familiar y proporcionando las intervenciones de enfermería necesarias en la familia.

Para ello se llevó a cabo la aplicación del El Modelo de Cuidado de Enfermería para la Familia de Paciente con Infarto Agudo al Miocardio en la Unidad de Cuidados Intensivos que nace a partir de la propuesta de Anderson en 1994 que a su vez, está respaldado por los conceptos teóricos como Watson y Bell y de conceptos de Wright y Leahey que desarrollaron el modelo de atención familiar de Calgary basándose de las teorías de sistemas, cibernética, teoría de la comunicación y de la teoría de cambio (1984,1994) (1). Este modelo tiene como objetivo general dar respuesta a las necesidades de educación e información y psicológica a los familiares de paciente con IAM hospitalizados en la UCI a fin de colaborar con ellas durante su estancia en el hospital” (1).

Los elementos que conforman este modelo son la misma enfermera familiar, como sujeto de cuidado la familia de paciente con IAM y por último la interrelación formada por los elementos anteriores.

La familia que lleva consigo tres dominios que son, el de salud, de afrontamiento y el interactivo, colabora en la interrelación proporcionando datos de interés para determinar necesidades en cada uno de ellos a través de los formatos de valoración utilizados por la enfermera familiar (1).

La enfermera familiar con la característica de tener un pensamiento crítico valorará y validará las necesidades de la familia al establecer las estrategias pertinentes, como de educación donde sus acciones de cuidado va en función a la generación de conocimiento sobre cómo prevenir o disminuir el riesgo de sufrir la enfermedad

IAM en la familia que condiciona el ingreso a la UCI en aquellos que aún no la padecen y por otro lado está el hecho de ayudar y apoyar psicológicamente a la familia al proporcionar la información solicitada sobre aspectos de salud, al enseñar y al aplicar estrategias de afrontamiento, así como al canalizar a la familia o algún miembro de ella a otro especialista o aun centro de apoyo social que logre la estabilidad emocional cuándo la situación de salud de la familia lo amerite (1).

La enfermera familiar tiene la responsabilidad de generar nuevo conocimiento en la investigación sobre el manejo y de nuevas estrategias para su cuidado en la familia, además debe de tener la función de ser gestora para diseñar y planear la mejor manera de dar respuesta a la situación de salud de la familia, coordinar los recursos materiales como los humanos, canalizar a las familias a otros profesionales cuando así lo requiera la situación y para mantener en funcionamiento a este modelo innovador (1).

Es necesario mencionar, que en este modelo en la interrelación de la enfermera con la familia se mantendrá el respeto, la amabilidad, la confianza, un motivo en común, entre otras cosas, es decir un trato digno que logre la función y la adaptación de la familia que se ha visto alterada por el ingreso de su familiar con IAM en la UCI (1).

Cuando exista una familia sin algún problema referido en el formato, la enfermera de la familia mantendrá un seguimiento para cualquier cosa que pudiera surgir en ellas durante el trascurso de sus días de estancia en el hospital.

Los elementos del modelo se conceptualizan de la siguiente manera; ENFERMERA FAMILIAR. Es el profesional de enfermería, con conocimiento y habilidad para valorar y analizar las necesidades de la familia como respuestas humanas ante la situación de salud que enfrentan por el ingreso de un familiar a la UCI con la enfermedad de IAM, para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, haciendo uso adecuado de los recursos humanos y materiales necesarios, y en base a la elaboración y a la aplicación de las mejores estrategias o métodos de cuidado, según los avances de la ciencia en enfermería con el fin de mejorar su cuidado de enfermería hacia la familia. Se basa en los siguientes atributos: Pensamiento crítico.- Se refiere a la capacidad de enfermería para valorar y evaluar el cuidado, así como también de validar las necesidades de la familia existentes ante la situación de salud que viven por el ingreso de un familiar con IAM a la UCI,

al recolectar y al analizar datos obtenidos de ellas, y en base a ello poder tomar decisiones y realizar acciones de cuidado pensadas y reflexionadas; Gestora.- Que consiste en planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos tanto humanos como materiales con la intención de cumplir eficazmente los objetivos propuestos y si es necesario canalizar a la familia a otros profesionales o centros de apoyo familiar de acuerdo a su decisión profesional; Educadora.- se refiere al papel que tiene la enfermera familiar de generar conocimiento y de brindar la información necesaria, sobre cuestiones de prevención, de cuidados, y de la enfermedad, entre otros; según las necesidades surgidas en la familia por el ingreso de su familiar con IAM a la UCI; Investigadora.- Es la búsqueda de nuevos métodos y técnicas de cuidados, de acuerdo a los avances de la ciencia y la tecnología, en respuesta a las necesidades de la familia por el ingreso de su familiar con IAM en la UCI. Además la enfermera/o familiar promueve y participa en la investigación para ampliar el conocimiento de cuestiones que afectan a la familia, referente a dicha situación de salud, y por último atributo se encuentra el ser Otorgadora de cuidado.- refiriéndose a proporcionar las intervenciones correspondientes de enfermería, con conocimiento y habilidad mediante la aplicación del proceso enfermero en formatos de valoración de la familia, para el abordaje de aquellos aspectos que la afectan por el ingreso de su familiar con IAM en la UCI (1). El segundo elemento del modelo es la FAMILIA DEL PACIENTE CON IAM EN LA UCI considerada como un sistema compuesto por un grupo de personas que se encuentran en la sala de espera con lazos consanguíneos, de convivencia o de afecto, y que pasa por tres procesos (Interactivo, Enfrentamiento, Salud) como respuesta humana ante la situación de salud que viven por el ingreso a la UCI de un familiar con IAM en la UCI y que requieren de cuidado de enfermería. Y por último está el de INTERRELACIÓN ENFERMERA- FAMILIA; como el acercamiento activo con un propósito común entre enfermera profesional, la familia y con otros profesionales cuando así lo requiera la situación, durante la estancia de la familia en la sala de espera de la UCI por su familiar con IAM hospitalizado, en donde la enfermera, a través de una relación constante e interactiva y a través de un trato digno; explora, escucha, valora e identifica las necesidades, dentro de los tres procesos de respuesta humana de la familia (1).

El personal de enfermería tiene un papel relevante para aclarar dudas, educar e informar, dar apoyo y de aconsejar a los miembros de la familia respecto a la actitud que deben adoptar con el enfermo y animarles a superar los miedos.

En cuanto la familia, ésta debe de tener un papel activo al proporcionar la información o los datos de interés para el personal de enfermería y de ser responsable de su propio cuidado (5).

Esta interacción entre enfermera y familia se caracteriza por:

Colaboración

Es una relación constante e interactiva entre enfermería y familias para la recolecta de datos y establecer en conjunto los objetivos que den respuesta a las necesidades que surgieron en ellas por su familiar con IAM en la UCI detectadas a través del análisis de la situación de salud que viven. Esto comprende aspectos afectivos, de actitud y compromiso entre la enfermera/o, la familia y con otros profesionales de la salud para pedir apoyo cuando se considere necesario. En la colaboración la familia tiene un papel activo junto con la enfermera y es responsable de su propio cuidado (1).

Practica impulsada por necesidades

Es la exploración de las áreas del sistema familiar a través del interrogatorio de intervención a la familia por parte de la enfermera para detectar, con una postura neutral, hipotética, circular y no jerárquica, aquellos aspectos que están afectando a la familia por el ingreso de su familiar con IAM y aplicar el proceso enfermero (PAE) en formato de valoración familiar para dar el cuidado según las necesidades detectadas en las familias ante la situación de salud como la falta de educación e información y de apoyo psicoemocional; considerando las fortalezas existentes en ellas (1).

Trato digno

Se define como un proceso de interés y motivación, una relación con amabilidad, respeto, agrado y empatía; formando un ambiente de confianza y una comunicación efectiva entre la enfermera/o familiar y la familia dando validez y respuesta a las necesidades existentes ante la situación de salud por el ingreso de un familiar a la UCI con IAM y de esta manera lograr la satisfacción de la familia.

Los recursos del cual la enfermera de la familia se apoya para este modelo es del mismo personal que se encuentra en la UCI y del médico a cargo, esto es en el momento que la familia exprese el deseo de saber cuál es el cuidado que se le está brindando a su familiar enfermo,

la cual la enfermera familiar pedirá el apoyo al personal de la UCI para que esta le mencione con lenguaje enfermero la información solicitada a la familia como complemento de aquella que es proporcionada por el médico en cuanto al estado de salud o la evolución de su familiar enfermo con IAM en la UCI. Por otro lado en el momento de identificar respuestas psicológicas en la familia difíciles de manejar por la enfermera del modelo, se trabajara con el personal de trabajo social para la canalización de estas a las estancias pertinentes, como grupos de apoyo social o al psicólogo o terapeuta para que brinden el apoyo a la enfermera de la familia de lograr y mantener la estabilidad emocional en aquel familiar más afectado, logrando así la función y la adaptación en la familia en todo su conjunto (1).

MATERIALES Y MÉTODOS

Es un estudio cuantitativo descriptivo de intervención familiar donde además se llevó a cabo metodología cualitativa de tipo fenomenológico durante la aplicación de los instrumentos, donde se realizaron preguntas abiertas relacionadas al instrumento y mediante el uso de una videograbadora y el diario de campo se tomaron datos que expresaban las familias como complemento de la entrevista. Como población se consideró a la familia de paciente con IAM en la UCI del ISSSTE Durango, de la cual se tomó como muestra a la familia principal que tienen el paciente en la UCI con IAM durante el periodo de estudio que fue de junio a noviembre del 2013, a través de un muestreo por conveniencia y considerando los criterios de inclusión del estudio, que son ser familiar primario o familiares directos de paciente en la UCI a consecuencia de un IAM, sin distinción de genero con edad mayor o igual a 18 años dando un total de 28 familias como muestra.

En esta investigación se utilizaron dos instrumentos, el Instrumento de Valoración Familiar elaborado con las taxonomías NANDA, NIC y NOC, adaptado para el estudio y para valorar la efectividad del modelo después de la intervención en la familia fue a través del formato núm. 1 trato digno de enfermería familia 2008 (FITDE/08).

La efectividad del modelo se determinará mediante el indicador trato digno que se le proporcione a la familia durante su estancia hospitalaria por el ingreso de su familiar con IAM en la UCI, dentro de este indicador se tomaron en cuenta las variables de educación e información a la familia y el apoyo emocional.

La investigación se apegó en lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en el **título segundo, capítulo I Artículo 14 Fracción V**; relacionada con el consentimiento informado, **Fracción VII**; referente a la autorización de la institución, **Artículo XXI, Fracción VII**; se le dio el derecho al participante a retirarse de la investigación en el momento que él lo desee y **Fracción VII**; los datos fueron manejados de manera confidencial para asegurar la identidad de los participantes.

RESULTADOS

La efectividad del modelo se determinó según la percepción de las familias sobre la atención proporcionada

durante su estancia hospitalaria por el ingreso de su familiar con IAM en la UCI considerando como la puntuación máxima de efectividad el 100% de respuestas afirmativas del total de familias participantes (n=28) determinando lo siguiente.

El 100% de las familias de paciente con IAM en la UCI respondieron afirmativamente que la enfermera familiar se presentó por su nombre de una manera atenta y generando un ambiente de confianza. (Tabla 1).

“al presentarse a enfermera con nosotros se forma un ambiente de confianza.... al ser más continuo podemos expresar nuestras inquietudes”
(fam. AFR).

Tabla 1. Se presentó la enfermera familiar con la familia

Variable		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	1	3,6	3,6	3,6
	RARO	1	3,6	3,6	7,1
	SI	26	92,9	92,9	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Fuente: Formato núm. 1 trato digno de enfermería familia 2008 (FITDE/08).

La familia a través del formato de valoración familiar utilizado expresó sus necesidades o inquietudes a la enfermera familiar quedando claro que las familias de paciente con IAM en la UCI son especialmente vulnerables por lo que necesitan de un acercamiento constante por parte del profesional de enfermería. El 100% de

las familias presentaron ciertas necesidades como lo fue información, educación y apoyo psico-emocional, esto confirma el diagnóstico de enfermería “enfrentamiento familiar ineficaz”; determinado en todas las familias mismo que se dio a conocer al 89% de las familias participantes. (Tabla 2).

Tabla 2. La Enf. Mencionó sobre el dx a la familia

Variable		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	2	7,1	7,1	7,1
	RARO	1	3,6	3,6	10,7
	SI	25	89,3	89,3	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Fuente: Formato núm. 1 trato digno de enfermería familia 2008 (FITDE/08).

El 100% de las familias respondió afirmativamente que la enfermera familiar les informó sobre los cuidados a realizar en la familia de paciente con IAM según las necesidades detectadas, estableció un plan de intervención en la familia mismo que cumplió y se interesó para que dentro de lo posible la estancia en la familia sea agradable, como lo expresó el familiar HGJ al mencionar lo siguiente:

“la enfermera familiar nos aplicó un instrumento donde.....pos se podía ver cómo estamos viviendo esta situación..... más al platicar con la enfermera (ve a su hermana llorando) mire a mi hermana llorando vea es difícil y más si no hay nadie que nos ayude o nos dé una atención a nosotros..... Pero que padre que exista ya alguien de enfermería que tenga interés por los familiares y nos diga que fue lo que identifiqué en nosotros y de atención a ello..... Eso nos hace sentir bien (sonríe) y hace que al estar aquí sea algo agradable” (fam: FDA)

Esto resultado congruente con lo expresado por López et al en su estudio al considerar que es esencial que tanto el paciente como la familia reciban ayuda efectiva, la comunicación entre el personal de enfermería y la familia es posiblemente el factor más importante en la satisfacción familiar en la UCI y encuentran que para mejorar la satisfacción general en la UCI los esfuerzos deben dirigirse hacia la mejora de la comunicación mé-

dica con los familiares y la mejora de la interacción de profesionales sanitarios con los pacientes y sus familias (13). (Tabla 3 y 4).

“al mantener una comunicación más efectiva con los profesionales de salud se puede comprender mejor la situación que estamos viviendo por nuestro familiar con IAM en la UCI” (fam: FAR)

Tabla 3. La Enf. Informó sobre los cuidados a realizar y los cumplió

Variable		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	2	7,1	7,1	7,1
	SI	26	92,9	92,9	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Fuente: Formato núm. 1 trato digno de enfermería familia 2008 (FITDE/08).

Tabla 4. La Enf. Se interesó dentro de lo posible porque su estancia fuera agradable

Variable		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	RARO	3	10,7	10,7	10,7
	SI	25	89,3	89,3	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Fuente: Formato núm. 1 trato digno de enfermería familia 2008 (FITDE/08).

El 100% de las familias de paciente con IAM refirieron tener dudas de varios aspectos referentes a la salud y expresaron el deseo de conocer más sobre ciertos temas haciendo preguntas referentes al IAM, las medidas de prevención, dieta y rehabilitación del paciente en el hogar, así como lo referente a la UCI y de los cuidados que se le están proporcionando al paciente con IAM en la unidad.

Dichos temas fueron aclarados al 100% de las familias por la enfermera familiar estableciendo estrategias de aprendizaje, utilizando material didáctico y formando grupos de trabajo en colaboración el médico responsa-

ble de la unidad y personal de enfermería. (Tabla 5, 6 y 7).

“esta situación es difícil para nosotros como familiares al desconocer varios aspectos de mi paciente, cuidados o medidas de prevención del IAM.....que bueno que exista alguien que se preocupa por las familias mientras se cuida del paciente en la UCI” (Fam: GAR)

En 1996, Zazpe analizó el proceso de comunicación en el contexto de la UCI y realizó una serie de recomendaciones, entre las cuales resalta la importancia de que los profesionales de enfermería conozcan la información clínica y proporcionen a la familia información y orientación, tanto oral como escrita, en el entorno de la UCI (14).

Tabla 5. La Enf. Proporcionó educación o información sobre cuidados y medidas preventivas

Variable		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	RARO	3	7,1	7,1	7,1
	SI	26	92,9	92,9	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Fuente: Formato núm. 1 trato digno de enfermería familia 2008 (FITDE/08).

Tabla 6. La Enf. Le Aseguró a la familia que al paciente se le brinda la mayor atención de cuidados

Variable		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	28	100,0	100,0	100,0

Fuente: Formato núm. 1 trato digno de enfermería familia 2008 (FITDE/08).

Tabla 7. La Enf. Orientó a la familia sobre la unidad de cuidados críticos

Variable		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	1	3,6	3,6	3,6
	RARO	1	3,6	3,6	7,1
	SI	26	92,9	92,9	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Fuente: Formato núm. 1 trato digno de enfermería familia 2008 (FITDE/08).

Un 89% de las familias contestaron que la enfermera familiar fue atenta al escuchar las inquietudes y sentimientos referentes a dudas que surgían en el momento sobre cuidados específicos al paciente, aparatos electro médicos existentes en la UCI y sobre normas y horarios de visita, dando respuesta a los mismos durante su estancia hospitalaria.

Otro tipo de inquietudes se referían a los lazos de interacción familiar y la falta de apoyo en el contexto familiar es aquí donde la enfermera familiar proporcionó un conjunto de prácticas tan variadas como las que con-

sisten en orientar, ayudar, informar, apoyar y tratar de remediar situaciones que interfieren en el buen funcionamiento en la familia.

Otras de las inquietudes el 85% de las familias refirieron inquietud sobre la información proporcionada por el médico que en lo general era poco clara o a grandes rasgos por lo que la enfermera familiar apoyó a la familia al proporcionar una terminología con lenguaje de enfermería que pueda ser más entendible para las familias de paciente con IAM en la UCI. (Tabla 8 y 9).

Tabla 8. La Enf. Escuchó las inquietudes sentimientos y preg de la familia respondiendo adecuadamente

Variable		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	1	3,6	3,6	3,6
	RARO	1	7,1	7,1	10,7
	SI	25	89,3	89,3	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Fuente: Formato núm. 1 trato digno de enfermería familia 2008 (FITDE/08).

Tabla 9. La Enf. Proporcionó a la familia información objetiva y clara del progreso de su familiar con lenguaje enfermero

Variable		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	RARO	3	10,7	10,7	10,7
	SI	25	89,3	89,3	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Fuente: Formato núm. 1 trato digno de enfermería familia 2008 (FITDE/08).

Se logró notar en el 100% de las familias factores emocionales como temor, incertidumbre, nerviosismo, ira, desesperanza, entre otros.

Dichos factores fueron detectados por la enfermera familiar mediante el formato de Valoración Familiar y al

establecer un plan de acción de cuidados con un acercamiento continuo en las familias se dio apoyo y se mencionó sobre algunas estrategias de afrontamiento en un 71.4% de las familias. (Tabla 10).

Según Hughes et al., 2005 reducir los niveles de estrés

de los familiares podría incidir en una mejora de los resultados del paciente (14).

Tabla 10. La Enf. Apoyó y enseñó estrategias de afrontamiento para controlar los factores psicológicos que afectan la familia

Variable		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	4	14,3	14,3	14,3
	RARO	4	14,3	14,3	28,6
	SI	20	71,4	71,4	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Fuente: Formato núm. 1 trato digno de enfermería familia 2008 (FITDE/08).

Los propios profesionales a menudo reconocen que las actividades que realizan con la familia en el momento del ingreso a la UCI son escasas.

“Como profesional de salud laboral me parece excelente que mientras se cuida al paciente exista alguien que vea a la familia del mismo.....es difícil para nosotros proporcionar información, educación y apoyo psico-emocional” (E: R.M)

Se observó en el 100% de las familias una alta satisfacción en cuanto al tiempo dedicado por la enfermera familiar en las familias, la comprensión y la exactitud de la información, la atención y el cuidado que se les dio durante su estancia hospitalaria y la habilidad y la competencia de profesionales de enfermería en la UCI.

“Estamos muy agradecidos..... la atención que se nos dio comprendemos mejor lo que estamos viviendo como familiares, estamos conscientes de que a nuestro paciente se le está dando la mejor atención como nos la dieron a nosotros al acercarse.....verdad, la información, la educación y el apoyo psicoemocional fue fundamental para ver de otra manera esto”

Según Kirchhoff, Song y Kehl (2004), afirmaron que la satisfacción de los familiares se halla relacionada con la comunicación que mantenga el personal de salud y familia por lo que una información adecuada y honesta resultaría vital para la salud psicosocial y la satisfacción de la familia del paciente crítico, siendo beneficioso para ellos que la información les sea transmitida utilizando distintos canales de comunicación. Por su parte, Atkinson, Stewart y Gardner (1980) afirman que un encuentro con los familiares puede reducir su agitación y ayudar a minimizar el posible conflicto entre el equipo de cuidados de la UCI y los familiares (15).

Autores como Chien et al. (2006), que se propusieron analizar el efecto de un programa de educación basado en las necesidades de los familiares y dirigido a satis-

facierlas, hallaron que quienes tuvieron acceso a dicho programa obtuvieron puntuaciones inferiores en cuanto a la ansiedad y mostraron además un mayor grado de satisfacción de sus necesidades (10,11, 15).

CONCLUSIONES

Como conclusión, los resultados de esta investigación de intervención a las familias de paciente con IAM en las UCI aporta resultados que apoyan la importancia de aplicar un Modelo de Cuidado de Enfermería Familiar en dichas unidades donde se proporcione información, educación y apoyo psico-emocional apropiado y bien estructurado en colaboración con el personal de enfermería y médico, así como el establecimiento de cuidados que ayuden a las familias a un buen funcionamiento y adaptación ante la crisis de su familiar con IAM en las UCI.

Está bien claro la importancia de los modelo de cuidado en nuestra practica como profesionales de enfermería, puesto que el cuidado son aquellas acciones realizadas con conocimiento de enfermería, sentido humanístico, amor, valores, empatía, relación enfermera- persona, familia o comunidad, abordando todo el contexto del paciente como respuesta a sus necesidades; es por ello que se hace necesario voltear a ver a la familia, como otra área de oportunidad como un sistema que lo que le afecte a uno de sus miembros afecta a toda la familia. Esto lleva a que se considere el apoyo psico-emocional y la educación en las familias puesto que influyen en su cuidado y esto a su vez en el cuidado de su familiar hospitalizado.

El modelo influye en la investigación porque implica la generación de nuevas investigaciones relacionadas, considerando además otros servicios hospitalarios con el fin de fundamentar aún más la aplicación de un modelo de cuidado de enfermería enfocado a las familias de los pacientes hospitalizados con seguimiento a domicilio y donde participen otras disciplinas de la salud.

En la docencia se podrán incluir en los currículos de las instituciones educativas temas relevantes relacionados al cuidado de la familia y fomentar el desarrollo de profesionales al cuidado de la salud con conocimiento en el

manejo y abordaje de las familias.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. **Gracia AD, Moriel CL, Hernández BR, Berumen BV, Gallegos AM.** Modelo de cuidado de enfermería para la familia de paciente con Infarto al Miocardio hospitalizado en la Unidad de cuidados intensivos. *Rev Cuid.* 2011; (2):127-37. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v2i1.48>
2. **Joaquín A, Ginés S, Guindo J, García MX, Bardají A, Bueno H.** Unidades coronarias de cuidados intermedios: base racional, infraestructura, equipamiento e indicaciones de ingreso. *Rev Esp Cardiol.* 2007; 60 (4): 404-14. <http://dx.doi.org/10.1157/13101644>
3. **Martínez MO, Oliveira Neves D.** Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios. Impacto en Pacientes con Infarto Miocardio. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/038_unidad_de_cuidados_intensivos_coronarios_impacto_en_pacientes_con_infarto_miocardico_agudo.pdf [Consultado mayo 2014].
4. **Zaforteza LC, Gastaldo D, Sanchez CP, De Pedro JE, Lastra P.** Relación entre enfermeras de unidades de cuidados intensivos y familias: Indicios para el cambio. *Nure investigación.* 2004; 3.
5. **Molano LM.** Investigación sobre estrategias de afrontamiento familiar cuando uno de sus miembros entra en una unidad de cuidados intensivos. *Cuidad y Practica de Enfermeria.* Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. 2006.
6. **Torres PL, Morales AJ.** Participación familiar en el cuidado del paciente crítico. *Recomendaciones de la Sociedad de Andalucía de cuidados críticos.* 2004; 4 (1).
7. **Gillss CL.** ¿Porque cuidado de salud familiar?. In: *Toward and Science of family Nursing.* Ed. Addison-Wesley; 1989. Cap. I: 3-8.
8. **Martínez RN, Sanhueza LM, Revazzano F, Prieto JC.** Infarto agudo al miocardio: características clínicas y relación entre el tiempo promedio de consulta y su killip de ingreso. *REVISTA SCEMUSS.* 2005; 1(1): 21-4.
9. **Bassan R, Gibler B.** Unidades de dolor torácico: estado actual del manejo de pacientes con dolor torácico en los servicios de urgencias. *Rev Esp Cardiol.* 2001; 54: 1103- 9. [http://dx.doi.org/10.1016/S0300-8932\(01\)76457-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0300-8932(01)76457-3)
10. **Chang AM.** El duelo de pacientes y familiares en situación de urgencias y cuidados críticos [Internet]. Disponible en: http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art33001 [Consultado mayo 2014].
11. **Velasco J M.** Detección de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos [Internet]. Disponible en: <http://www.eulate.net/forandalus/documentos/Documento6.pdf> [Consultado abril 2014].
12. **López MA, Piñol M, Merino E, Taura G, Quispe L, Manzanedo D, et al.** Efecto de un protocolo de acogida familiar en una unidad de cuidados intensivos [Internet]. 2011 Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/34078> [Consultado abril 2014].
13. **Gómez-Carretero P, Monsalve V, Soriano JF, de Andres J.** El ingreso en la unidad de cuidados intensivos la repercusión en el familiar del paciente. *Boletín de Psicología.* 2006; 87: 61-87.
14. **Gómez-Carretero P, Soriano JF, Monsalve V, de Andres J** Satisfacción con la Información: Posible Variable Interviniente en el Estado de Ánimo de Cuidadores Primarios de Pacientes Críticos. *Clínica y Salud* [online]. 2009; 20 (1): 91-105. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742009000100008&script=sci_arttext [Consultado abril 2014].
15. **Brown F.** O Impacto da Morte e da Doença Grave Sobre o Ciclo de Vida Familiar. En Carter B, Mac Goldrick M y colaboradores (Ed. Artmed), trad. M. Verissimo Veronese, *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar. Uma estrutura para a terapia familiar.* 2001; 2 (2): 393- 413.