



**Universitat de les
Illes Balears**

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Memoria del Trabajo de Final de Grado

**Experiencia del paciente y la familia sometido a
ventilación mecánica invasiva en cuidados
críticos.**

Víctor García Mateo

Grado de Enfermería

Año académico 2018-19

DNI del alumno: 47256244F

Trabajo tutelado por Cristina Moreno Mulet
Departamento de Enfermería y Fisioterapia

Se autoriza la Universidad a incluir este trabajo en el Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con fines exclusivamente académicas y de investigación	Autor		Tutor	
	Sí	No	Sí	No
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Palabras clave del trabajo:
Experiencia, paciente, familia, ventilación mecánica

RESUMEN

Introducción: la ventilación mecánica es uno de los principales requisitos para la admisión en la UCI, la cual ayuda en la respiración del paciente en un contexto de disminución de la sedación y con implicaciones tanto en la integridad física como psicológica del paciente y la familia.

Objetivo: El objetivo general de este trabajo es explicar la experiencia del paciente y su familia al estar sometido a ventilación mecánica invasiva en las unidades de críticos.

Metodología: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica a través de las bases de datos CINAHL, PsycINFO y PubMed, pertenecientes a las áreas de conocimiento de Ciencias de la salud y Psicología.

Resultados: Se han utilizado veinte artículos para realizar la discusión de esta revisión bibliográfica de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión.

Discusión: La ventilación mecánica provoca en el paciente numerosos síntomas como dolor, ansiedad, disnea y sed. La incapacidad de comunicarse y moverse genera sentimientos de impotencia y frustración que pueden derivar en depresión. La familia del paciente se encuentra ante una situación desconocida y estresante, en la que expresan la falta de información recibida y la frustración al no poder comunicarse con el paciente.

Conclusión: Los sanitarios deberían considerar los diversos factores que influyen en la experiencia del paciente y familia y actuar para disminuir la ansiedad y malestar generados mediante un cuidado más cercano, intentando establecer comunicación con el paciente y ofreciendo información para que el paciente no caiga en la incertidumbre de su estado.

Palabras clave: paciente, experiencia, familia y ventilación mecánica.

ABSTRACT

Introduction: Mechanical ventilation is one of the main requirements for ICU admission, which helps patient's breathing in a lighter sedation context and with physical and psychological implications on the patients and their family.

Aims: The general aim of this project is to explain patient and family's experiences regarding invasive mechanical ventilation in critical care units.

Methodology: A bibliographic review has been made through the databases CINAHL, PsycINFO and PubMed, which belongs to the knowledge areas of Health sciences and Psychology.

Results: Twenty articles have been used for the discussion of this bibliographic review according to the inclusion and exclusion criteria.

Discussion: Mechanical ventilation causes numerous symptoms in the patient such as pain, anxiety, dyspnea and thirst. The inability to communicate and move generates feelings of helplessness and frustration that can lead to depression. The patient's family is faced with an unknown and stressful situation, in which they express the lack of information received and the frustration of not being able to communicate with the patient.

Conclusion: The health workers should consider the various factors that influence the patient and family experience and act to reduce the anxiety and discomfort generated, by providing a closer care, trying to establish communication with the patient and offering information so that the patient does not fall into the uncertainty of his condition.

Keywords: Patient, experience, family and mechanical ventilation.

ÍNDICE

Introducción	5 - 7
Objetivos del trabajo	7
Estrategia de búsqueda bibliográfica	8
Resultados de la búsqueda bibliográfica	9 -10
Discusión	
1. Experiencia del paciente	
<i>1.1. Aspectos físicos</i>	11 - 12
<i>1.2. Aspectos psicológicos y emocionales</i>	13 - 14
<i>1.3. Aspectos de la comunicación</i>	14 - 15
2. Experiencia de la familia.....	15 - 16
3. Factores que minimizan los impactos de la VMI.....	16 - 18
Conclusiones	19
Bibliografía	20 - 21
Anexos	22 - 33

INTRODUCCIÓN

La necesidad de ventilación mecánica (VM) es una de las principales razones para la admisión en la unidad de cuidados intensivos (UCI) (5), siendo un método común de soporte usado en la UCI y con un tercio de los pacientes de las unidades de críticos a escala mundial ventilados mecánicamente (7). La principal función de la ventilación mecánica es ayudar en el intercambio de gases hasta que se solucione el problema respiratorio del paciente. Diferentes aparatos, modelos y técnicas se utilizan para llevar a cabo la ventilación y oxigenación del paciente (20). En términos generales, pacientes con ventilación mecánica en la UCI están en un estado más crítico que aquellos pacientes de la misma unidad que no la requieren. Los pacientes dependen del ventilador para mantener su vida, y de las enfermeras para atender sus necesidades esenciales debido a su incapacidad para comunicarse (7).

La ventilación mecánica está relacionada con numerosas complicaciones físicas y mentales en los pacientes (20). El cincuenta por ciento de los pacientes expresan tener problemas durante la ventilación mecánica de moderada a extremadamente estresantes (18). A pesar de que la mortalidad ha disminuido considerablemente entre los pacientes con VM, las complicaciones derivadas de su uso persisten incluso después del alta. Estas complicaciones han disminuido debido a que el uso del ventilador es menor y los pacientes son desconectados del aparato antes. Las complicaciones incluyen daño bucal, de garganta y tráquea, función respiratoria, mortalidad y complicaciones psiquiátricas tales como estrés, ansiedad, deprivación sensorial y aumento de la estancia hospitalaria. La intubación causa problemas psicológicos al limitar la comunicación verbal (20).

No poder comunicarse por el tubo endotraqueal produce sentimientos de impotencia (13). Los pacientes expresan tener problemas al ser incapaces de hablar y por la falta de información percibida. La comunicación ineficaz está ligada a emociones negativas como frustración, miedo, ansiedad y rabia (18). Debido a que los pacientes de UCI ventilados son incapaces de expresarse verbalmente y hay falta de herramientas que les permita comunicar sus necesidades, son totalmente dependientes de las enfermeras en el control de los síntomas desagradables. Dolor, angustia y disnea son los síntomas estresantes más frecuentes en los pacientes con ventilación mecánica en la UCI (19).

Para los pacientes ventilados mecánicamente, la estancia en la UCI es desagradable debido a las condiciones que amenazan su vida, la presencia de un tubo endotraqueal y el ambiente. Dolor, sed, miedo, problemas en el sueño, incapacidad de hablar, pesadillas y alucinaciones son descritas como experiencias comunes estresantes en este contexto. Estos recuerdos persisten en el tiempo, pero también son descritos recuerdos agradables, como la consideración al trato recibido, la sensación de seguridad, sentirse respaldado por la enfermera y la presencia de los familiares (17).

Para asegurar el confort del paciente ventilado mecánicamente y disminuir recuerdos estresantes, se administran opioides para el control del dolor, y sedantes y benzodiazepinas para crear un efecto amnésico y disminuir la ansiedad. Aun así, siguen sufriendo de algún grado de ansiedad y dolor durante la ventilación mecánica. Las tendencias actuales son de reducir el uso de sedantes mediante la implementación de protocolos de sedación con ventilación mecánica y escalas de sedación-agitación, tratando el dolor primero, alentando a la movilización temprana y reduciendo la incidencia de delirium, para poder así mejorar los resultados del paciente. El uso de estas estrategias reduce complicaciones cognitivas a largo plazo, las cuales son el resultado de estresores mentales y físicos (9).

Tras los últimos quince años, la tendencia ha cambiado de una sedación profunda usada para mejorar el confort y la adaptación del paciente al ventilador, hacía una sedación más ligera debido a que los estudios demuestran que la sedación continua prolonga la necesidad de ventilación mecánica y de hospitalización, aumentando un año la mortalidad (5). Además, la sedación ligera reduce complicaciones psicológicas y de inmovilidad, comparada con la sedación profunda (13). Menos sedación está asociada con menos días recibiendo ventilación mecánica y menos días en la UCI. A pesar de ello, también está asociada con experiencias desagradables como la incapacidad de hablar y dolor en la tráquea. Se observa que los médicos se centran en pasar a los pacientes rápidamente y con seguridad por la UCI, mientras que las enfermeras se centran más en el sufrimiento del paciente al estar despiertos y conectados al ventilador (6).

La sedación ligera es un cambio radical en el contexto de la unidad de críticos, debido a que las enfermeras encuentran que cuidar de un paciente ventilado mecánicamente sin sedación es complejo y demandante y, además, durante el contexto de la ventilación

mecánica con poca o ningún tipo de sedación, los pacientes son sujetos a estresores físicos y emocionales como el dolor, falta de aire, pérdida de control, impotencia, sed, dificultad en la comunicación, alteración de la conciencia y percepción del tiempo (5). Hay una falta de conocimiento sobre la experiencia del paciente consciente mientras recibe sedación ligera y si esto incrementa su sufrimiento. Esto crea nuevas demandas en las enfermeras de UCI, que deberán desarrollar sus habilidades comunicativas para ofrecer un cuidado basado en las necesidades del paciente y asistir a los familiares para comunicarse con el paciente (8). La experiencia de los pacientes con ventilación mecánica está asociada con sentimientos de pánico, miedo e incomodidad causados por el tubo. Los pacientes tienen dificultades al intentar recordar que ocurrió tras estar profundamente sedados e inconscientes. Algunos pacientes dicen no tener recuerdos de la ventilación mecánica durante su estancia en la UCI (13).

Las visitas de los familiares son importantes ya que sienten el deber de proteger al paciente de la información desagradable, así como de animarlo y calmarlo. Visitar la UCI es una situación estresante que los familiares viven en un estado de incerteza e ignorando sus propias necesidades. La ventilación mecánica es un gran problema para ambos al no poder entenderse y comprender que trata de decir el paciente (14).

OBJETIVOS DEL TRABAJO

El **Objetivo general** de este trabajo es explicar la experiencia del paciente y su familia al estar sometido a ventilación mecánica invasiva en las unidades de críticos.

Además de este objetivo general, se proponen tres objetivos específicos:

- **Objetivo específico 1:** describir la experiencia del paciente intubado;
- **Objetivo específico 2:** describir la experiencia de los familiares del paciente intubado;
- **Objetivo específico 3:** describir que factores minimizan los impactos de la ventilación mecánica invasiva (VMI).

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Se llevó a cabo una revisión de la literatura científica. Antes de empezar la búsqueda bibliográfica se concretaron las palabras clave, las cuales fueron “paciente” (patient), “experiencia” (experience), “familia” (family) y “ventilación mecánica” (mechanical ventilation). Se utilizaron las bases de datos CINAHL, PsycINFO y PubMed empleando los descriptores propios de cada una de las bases de datos y sus sinónimos con las combinaciones booleana AND y OR, explicadas en la **tabla 1**.

	OR		OR		OR
CINAHL	Patient Families	AND	Experience Feelings and emotions	AND	Mechanical ventilation
PsycINFO	Patient Families	AND	Experience Attitude	AND	Mechanical ventilation
PubMed	Patient Family	AND	Life experience Emotions	AND	Mechanical ventilation

Tabla 1. Estrategia de búsqueda bibliográfica

Los límites de la búsqueda bibliográfica fueron el idioma, solo artículos en español o inglés, y solo artículos publicados en los últimos diez años siguiendo la ley de la obsolescencia de la literatura científica. En CINAHL también se limitó los artículos en los cuales el término del título principal fuera “respiration, artificial”, y en PubMed además del idioma y los años de publicación, también se seleccionó el límite de artículos referentes a solo humanos.

Los **criterios de inclusión** hacen referencia a aquellos artículos que hablan sobre las experiencias de los pacientes y las familias en torno a la ventilación mecánica invasiva. También se incluyeron los artículos que trataran sobre aspectos concretos de la experiencia del paciente intubado, tales como la sed, los problemas comunicativos, acciones para llamar la atención en la unidad, etc.

Los **criterios de exclusión** abarcan aquellos artículos referentes al destete de la ventilación mecánica, la ventilación mecánica no invasiva y en los que el ámbito de actuación no fuera el de cuidados críticos, como el domiciliario. Tampoco se incluyeron artículos en los que la muestra estuviera constituida por pacientes pediátricos.

RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Tras realizar la búsqueda bibliográfica se encontraron un total de 585 artículos en la base de datos CINAHL, 169 artículos en PsycINFO y 780 en PubMed. Se tuvo que hacer un cribado de los resultados mediante cuatro pasos: primero se cribaron mediante los límites de la búsqueda, los cuales están explicados en el apartado de estrategia de búsqueda bibliográfica. Después se realizó una lectura de los títulos de los artículos obtenidos anteriormente y se escogieron los que más se ceñían al planteamiento del trabajo. A continuación, se hizo un nuevo cribado mediante la lectura de los resúmenes o abstract de los artículos. Finalmente, se hizo una lectura completa de los artículos escogidos tras la lectura del abstract y, de esta forma, se realizó la selección última con la que se obtuvieron un total de 20 artículos. El proceso de cribado de los resultados de la búsqueda bibliográfica está ilustrado en la **tabla 2**.

	Encontrados	Límites búsqueda	Lectura título	Lectura abstract	Lectura completa
CINAHL	585	91	24	14	10
PsycINFO	169	107	16	11	7
PubMed	780	350	9	5	3

Tabla 2. Resultados de la búsqueda bibliográfica

Los artículos empleados proceden de diversos países: nueve artículos de los países escandinavos (cinco artículos de Suecia, dos de Dinamarca y dos de Noruega), cuatro estudios de EE. UU, dos de China y los demás de Israel, Turquía, Canadá, Australia e Irán. Todos los artículos están escritos en inglés. Con respecto al diseño, diecisiete artículos son estudios cualitativos, dos de ellos meta-síntesis cualitativa (6,16), dos presentan un diseño tanto cualitativo como cuantitativo (9,13) y uno es un estudio multicéntrico con diseño prospectivo longitudinal (12).

Atendiendo al método de recogida de datos, en todos los artículos, exceptuando dos en los que se cumplimentan cuestionarios (12,19), se realizan entrevistas estructuradas o semiestructuradas, con o sin grabaciones de audio o video, tanto a los pacientes como a los familiares sobre sus experiencias durante la ventilación mecánica en las distintas unidades de críticos. Cabe especial mención el artículo de Wallander Karlsen M *et al* (1), en el que se realiza una observación etnográfica mediante la grabación de la habitación del paciente durante las entrevistas, con una duración media de tres a cinco horas diarias.

En el estudio de Fink RM *et al* (9) además de la entrevista semiestructurada, se hace una revisión de la documentación enfermera sobre el dolor de los pacientes y escalas de sedación.

La temática de los artículos responde a los objetivos del trabajo y se han podido identificar algunos temas específicos, aparte de los dos temas centrales que son la experiencia del paciente y familia durante la VM. Estos temas son: **Acciones para llamar la atención durante la VM** (1); **Experiencia en la comunicación durante la VM** (2,15,18); **Experiencia del paciente con VM** (3,6-10,13,16,17), dentro de esta temática los artículos de Karlsson V *et al* (8) y Karlsson V *et al* (13) se centran en la experiencia del paciente consciente ventilado mecánicamente, y el artículo de Jenabzadeh NE *et al* (10), en la experiencia personal de una enfermera contada en primera persona; **Experiencia de la familiares de pacientes con VM** (4,14); **Sensación de sed en pacientes conscientes durante la VM** (5); **Estrés psicológico durante la VM y la estancia en UCI** (11,12,20); y **Percepción enfermera de los signos y síntomas agradables y desagradables en pacientes con VM y sedados** (19).

En torno al tipo de muestra, la gran mayoría son pacientes conscientes ya extubados en la UCI o dados de alta. Dentro de este grupo, en el artículo Jenabzadeh NE *et al* (10) la muestra es de una única persona la cual narra sus recuerdos de todas sus intubaciones a lo largo de su vida. En el artículo de Karlsson V *et al* (13) los pacientes están conscientes e intubados bajo VM durante la recogida de datos, y en el artículo de Kjeldsen CL *et al* (5) tres de los doce pacientes de la muestra llevan traqueostomía. En los artículos de Sinuff T *et al* (4) y Karlsson V *et al* (14) la muestra son los familiares de los pacientes ingresados en críticos. En los artículos Fink RM *et al* (9) y Dziadzko V *et al* (11) los familiares y pacientes constituyen la muestra y, en el de Fink RM *et al* (9) los resultados obtenidos del paciente y los familiares se comparan con las escalas de dolor y sedación de enfermería. Un artículo incluye tanto a pacientes y familiares como a profesionales sanitarios (1), y en otro artículo, la muestra son enfermeras con experiencia en cuidados críticos y ventilación mecánica (19).

Finalmente, se redactó una tabla resumen de los resultados de todos los artículos que incluye los elementos comentados anteriormente: el diseño, objetivo, muestra, técnica de recogida de datos, resultados y nivel de evidencia y grado de recomendación en **anexo 1**.

DISCUSIÓN

Se ha podido responder a los tres objetivos específicos planteados. Cada apartado corresponde a cada uno de los objetivos respectivamente.

1. Experiencia del paciente

1.1. Aspectos físicos

Los pacientes experimentan miedo, agitación, sed, problemas al comunicarse, dolor, pérdida de consciencia e impotencia durante la ventilación mecánica. El miedo a la incerteza e incapacidad de respirar y hablar causa estrés y dolor (3). En el artículo de Jenabzadeh NE *et al* (10), una enfermera que ha estado bajo ventilación mecánica varias veces a lo largo de su vida, relata que la intubación y ventilación mecánica fueron hasta la fecha la situación más aterradora y estresante que haya vivido, en la que recuerda dificultad al respirar, sofocos y estar en un estado de pánico. La dependencia y la movilidad limitada debido al tubo endotraqueal, durante un largo periodo, son descritas como una de las mayores fuentes de estrés. Expresan la sensación de falta de aire y sienten que no poder obtener el aire necesario “es un infierno” (3,13). En el estudio de Tosun N *et al* (3), de una muestra de diez pacientes, nueve consideraron que el aire que proveía el ventilador era inadecuado y uno opinaba que el aire del tubo era excesivo.

Un paciente en Karlsson V *et al* (13) explica que tener la traqueostomía es mejor que la intubación orotraqueal ya que estar intubado le hacía incapaz de controlar su propia respiración, y notaba el tubo endotraqueal como algo grande y horrible en su garganta, que afectaba a su confort y calidad del sueño. Otros procedimientos diarios desagradables son los cambios de posición y las movilizaciones, los cuidados de la boca y estar constantemente “toqueteando” (17).

La experiencia de estar consciente, pero ser incapaz de mover los músculos, es descrita como aterradora, y lo que les reconforta en esa situación es la voz de los familiares explicándoles que está pasando. La música familiar de fondo ayuda a crear un clima más relajado y cómodo. Las enfermeras marcan la diferencia de que el paciente este con agonía o confortable. Se sienten frustrados cuando las enfermeras no prestan atención al paciente y solo se fijan en sus deberes. Cuando un paciente recae enteramente en una enfermera para que abogue por sus necesidades y esta enfermera no se ocupa de su dolor,

confort, sed, temperatura, etc., las necesidades básicas del paciente están siendo ignoradas (10).

Los pacientes explican que durante su estancia tienen la garganta seca debido al tubo endotraqueal (TET) y dolor de cuello y espalda al no poder mover la cabeza y el cuello (3). La aspiración de secreciones es dolorosa e irritante, pero por otro lado la sensación de ahogarse cuando no se retiran las secreciones es más estresante que la aspiración en sí y prefieren la aspiración tal y como expresa la paciente 29 en Tosun N *et al* (3): *“Tenía problemas de respiración cuando las secreciones se acumulaban en mis pulmones. Rezaba por alguien que me aspirara inmediatamente. La aspiración me relajaba”*. Para Jenabzadeh NE *et al* (10) la aspiración es muy desagradable, explicando que sientes que te ahogas en tus propias secreciones y al aspirarte sientes como si tu interior fuera “sacado” al tubo de aspiración. Algunos pacientes prefieren aspirarse ellos mismos al saber donde se localizan sus secreciones y como de profundo deben meter el tubo (13).

La sensación de sed es descrita como una experiencia constante y abrumadora durante la ventilación mecánica, la cual es un problema muy similar a otros síntomas estresantes de la UCI como el cansancio, el dolor o la disnea. Es un problema intenso y poco tratado en el que más de la mitad de las enfermeras no lo perciben como un problema para el paciente. La deshidratación, el tubo endotraqueal, la alteración de los electrolitos y el uso de varios fármacos, en especial los opioides, contribuyen a la sensación de sed. Los pacientes sienten que nada podría quitarles la sed y que el alivio recibido no durará mucho. Expresan sentir una sensación extraña y desagradable en la boca, experimentando una sensación persistente y extrema de sequedad, como si tuvieran la boca “llena de arena” (5). Los pacientes temen volver a sentir esta sensación ya que no tienen la oportunidad de beber y remediarla, cosa que tiene un gran impacto en el paciente y está asociada con miedo, ansiedad y desesperación. Los pacientes entran en pánico al ser incapaces de acomodarse a esta abrumadora e intimidante sensación. El no poder comunicarse hace la experiencia aun mucho peor, como dice el paciente 4 en el estudio de Kjeldsen CL *et al* (5): *“Lo peor es que estás sediento, y tú simplemente estás acostado allí, y no le puedes decir a nadie lo sediento que estás”*. Los pacientes son incapaces de calmar la sed, por lo que usan diferentes estrategias para vivir con ella, intentado ignorarla, pero acaba siendo un problema persistente, incluso llegando a soñar con beber agua (5).

1.2. Aspectos psicológicos y emocionales

Los pacientes al principio relatan encontrarse sorprendidos y escépticos al descubrir que están conectados a una máquina y a innumerables tubos y equipamiento a su cuerpo. Se preguntan constantemente qué pasaría si ocurriera algún problema en la máquina. Con el tiempo toman una actitud de impotencia, pero de aceptación, cuando comprenden que todas estas intervenciones son esenciales para mantenerlos con vida, y expresan ansiedad cuando se las van a quitar (7). Tienen incerteza sobre los tratamientos médicos, la evolución, etc., demandando más información. El ruido y la luz constante les resulta molesto, pero no consideran que sea muy importante comparado con lo demás. Los gritos y expresiones dolorosas de los otros pacientes les recuerda a la muerte (3). También viven momentos en los que las enfermeras son negativas o expresan comentarios derogatorios que les hace sentir que no les prestan atención, tal y como expresa un paciente en Samuelson KAM *et al* (17): *“Escuchaba comentarios sarcásticos y maliciosos, y hablaban mucho sobre temas privados, (yo) no les importaba lo más mínimo...no me importaba...Oh, no podía dormir debido a eso”*.

Los pacientes pierden su autonomía en las actividades de la vida diaria como en los movimientos y en la respiración independiente, la cual se vuelve extremadamente difícil, así como relata un paciente en el artículo de Wang K *et al* (7): *“No tenías otra opción cuando estabas allí acostado, haciendo nada por ti mismo, incluso la respiración dependía del ventilador”*. Expresan que sienten estar en una posición pasiva y de dejarse llevar por los demás, apenas les preguntan si quieren participar en los procedimientos o preguntar su opinión, causando un estado de dependencia, vulnerabilidad e impotencia y, a veces, con pérdida de dignidad como al tener que hacer sus necesidades en la cama, reforzando la idea de estar completamente en las manos de los otro (7,8).

Explican sentirse excluidos de las decisiones, como en ocasiones, cuando se encuentran muy exhaustos desean la sedación, pero no la llegan a recibir. Incapaces de comunicar sus deseos acaban sintiendo impotencia y desesperación (8). En el estudio de Karlsson V *et al* (8), de diez pacientes que se les preguntó que hubieran elegido al encontrarse muy exhaustos, ocho habrían escogido estar conscientes, tres elegían sedación y uno no opinaba.

Relatan experimentar alucinaciones, pesadillas y sueños desagradables como nunca habían tenido, totalmente diferentes a los habituales en casa, en los que las pesadillas no solo las cuentan como historias terribles, sino también sus intentos de escapar de ellas en vano (7,13). Por otro lado, los pacientes indican que su propio cuerpo se ha vuelto extraño para ellos, un cuerpo el cual antes les resultaba familiar, ahora les resulta diferente debido al trato que recibe y todos los aparatos que lleva conectados, resultando en una situación de impotencia en la que su vida llega a perder el sentido (16).

Según Zetterlund P *et al* (12), un cuarto de los pacientes indican tener problemas de ansiedad y depresión un año tras el trauma y consiguiente ventilación mecánica, y un pequeño grupo de pacientes sigue teniendo síntomas de depresión y ansiedad cinco años tras el accidente. Los efectos combinados de la ventilación mecánica y la sedación están implicados en la creación de recuerdos delirantes. Las complicaciones comunes de salud mental y síntomas de depresión están asociados con la sedación de la UCI, el delirium o recuerdos delirantes, con implicaciones en la calidad de vida a largo plazo (12).

Los pacientes relatan encontrarse desorientados en el tiempo y algunos pacientes no pueden diferenciar la realidad de la ilusión (6,7,16). El tiempo les parece ir a la deriva sin saber si es de día o de noche. Algunos llegan a pensar que su vida ha terminado al ver que el tiempo pasa muy lentamente (8). Hacen una reflexión sobre el sentido de la vida, recapacitan sobre los hábitos poco saludables que los ha llevado a esta situación y los recursos empleados en ellos, como transfusiones sanguíneas, con un deseo de cambiar de hora en adelante para que no vuelva a ocurrir (7).

1.3. Aspectos de la comunicación

Las dificultades en la comunicación, considerando la incapacidad de hablar como la más estresante, generan un gran estrés al paciente, conduciendo a distrés psicoemocional e indicios de depresión, ansiedad, miedo, ira, frustración, pánico, desordenes del sueño y baja autoestima (2). En Guttormson JL *et al* (18) el participante 33 relata que *“Estar con el ventilador no era la peor cosa del mundo, pero no ser capaz de hablar era horrible. Así que cuando finalmente me quitaron (la traqueostomía), ese fue un buen día. Eso era lo peor, no ser capaz de hablar”*. El no poder hablar les hace sentirse “encarcelados” en su propia enfermedad, molestos, frustrados y, sobre todo,

impotentes al no poder expresar sus necesidades y sentir que van a merced de los sanitarios. Los pacientes expresan perder una parte de su identidad y sentirse desconectados de su yo antiguo. Tras la intubación obtienen una voz diferente, más grave, que les hace sentir raro, esperando a que su antigua voz retorne (2). Cuando los intentos de comunicarse fallan, los pacientes lo suelen percibir como una falta de respuesta del personal o que son ignorados por estos. Una gran parte de la ansiedad viene de estar continuamente vocalizando las mismas preocupaciones y preguntas y no lograr ser entendidos (18).

Para comunicarse, los pacientes desarrollan una serie de acciones para llamar la atención del personal y los familiares con el uso de gestos simbólicos como, por ejemplo, apuntar a la traqueostomía (refiriendo que tienen secreciones), ondear la mano (para que acuda el personal), pulgar hacia arriba (todo está bien), encogerse de hombros (no está bien, pero es pasable) o apuntar hacia un objeto, entre otros (1). Los pacientes acaban sugiriendo distintas formas de comunicación como mímica, leer los labios, gestos o guiñar los ojos en un sistema de si/no. Entre estos sistemas que sugieren, muchos tienen dificultades al escribir un texto legible, por lo que acaban renunciando a la comunicación escrita por la frustración de no escribir de forma correcta (18).

2. Experiencia de la familia

Los familiares con pacientes en la UCI y bajo ventilación mecánica describen el primer encuentro como de shock y sorpresa, y sienten que están permanentemente desafiados a entender el estado del paciente ventilado, en la que el ventilador simboliza el esfuerzo por mantener al paciente con vida, pero al mismo tiempo indica la proximidad del paciente con la muerte (4). Tal como dice un familiar en Sinuff T *et al* (4), “*Te hace pensar en la muerte...si a él le desconectan morirá...estás viviendo con la muerte*”. El significado del ventilador evoluciona con el tiempo de un signo de muerte a una manera de vivir, pasando de un shock inicial a acabar adaptándose a la rutina de la UCI y acostumbrándose a ver a su ser querido bajo ventilación mecánica (4).

Mientras el tiempo pasa, los familiares intentan ver el ventilador como “algo bueno” y ya no piensan tanto en la muerte y se centran más en la esperanza de recuperarse. A pesar de pasar a considerar al ventilador como un instrumento curativo, los familiares son

conscientes de los daños iatrogénicos que podría causar y se preocupan del futuro estado del paciente (4). Los familiares son persistentes en sus esfuerzos por establecer comunicación con el paciente, de esta forma aprenden con el tiempo a entender e interpretar el lenguaje corporal del paciente, expresiones faciales y formas de comunicación. Al no lograr comunicarse con el paciente, aun estando algo consciente, hace sentir a los familiares impotencia, frustración y culpa, expresando en alguna ocasión que sería todo más fácil si el paciente estuviera sedado. De esta forma, al estar el paciente más calmado debido a la sedación, los familiares sentirían que recobran algo de poder en la situación (14).

Los familiares desean que las enfermeras estén cerca de ellos todo el tiempo para sentirse seguros y protegidos, y opinan que es el deber de la enfermera dar información al paciente y explicarle que va a pasar y que deberán esperar durante la estancia. A pesar de desear que las enfermeras estén más presentes, en ocasiones, a los familiares les parecen molestas y disruptivas puesto que su presencia constante les hace imposible tener una conversación privada con el paciente (14).

Para facilitar la comunicación, algunos familiares acaban adoptando el rol de portavoz, el cual suele adoptarse con reticencia. El portavoz se convierte en el sistema de soporte para otros miembros de la familia, se encarga de difundir la información al resto de parientes y toma las decisiones respecto al cuidado y tratamiento del paciente (4). Este portavoz se siente atrapado entre los médicos y los miembros de la familia, intentando mantener la calma y expresar esperanza al resto de familia mientras sufre interiormente por la situación del paciente, como indica el testimonio de esta paciente en Sinuff T *et al* (4): *“Intento tomar la responsabilidad en la mayoría de las decisiones...mi hermana es bastante emocional...así que...doy el paso al frente por ella”*. El familiar intenta conciliar su propio estrés y taparlo ante el paciente para no provocarle más dolor, y de esta forma ayudar al paciente a continuar luchando por su vida. El familiar debe aparentar ser fuerte y no afectarle la situación (14).

3. Factores que disminuyen el impacto de la VMI

Los pacientes indican sentirse satisfechos con las explicaciones que les dan antes de realizar cualquier procedimiento, ya que les hace relajarse. La mayoría de las

enfermeras son simpáticas y atentas según relatan los pacientes, lo que provoca una sensación de seguridad, disminución del efecto de la ventilación mecánica en la UCI y a no sentirse solos. Las enfermeras que son simpáticas, sonríen y explican las cosas con una voz agradable, les hace confiar más en ellas y crear un ambiente de seguridad (3). El paciente B del estudio de Wang K *et al* (7) relata lo siguiente: *“Yo esperaba que la enfermera estuviera a mi lado todo el tiempo, no me dejara lejos, aunque solo se sentaran a mi lado, solo las enfermeras que estuvieran cerca de mi podrían encontrar problemas a tiempo. Estar acompañado por las enfermeras me hacía sentir seguro”*. Una atención enfermera individualizada, una voz reconocible y un toque cálido tienen un efecto positivo sobre la ansiedad del paciente (9).

La proximidad de las enfermeras, el estar presentes (*“standing by”*) y su voluntad en querer facilitar la comunicación e intentar conocer al paciente, reducen los sentimientos de dependencia y aislamiento, mejorando su creencia en la recuperación (8). Para ayudar en la comunicación con el paciente se puede hacer uso de pizarras, gestos, mímica de palabras y preguntas de sí/no (9). Ofrecer estas herramientas para que el paciente pueda comunicarse de manera efectiva hace que este obtenga una sensación de poder y control sobre sí mismo y la situación (13). Algunas de las acciones por parte de enfermería que mejoran la estancia son: el soporte psicológico (coger la mano, tacto terapéutico), animar, bromas del personal con el paciente, responder a las preguntas y hablar con el paciente (11).

La presencia de la familia es muy importante para reducir el estrés de la UCI y que los pacientes se sientan comprendidos, ayudando en la comunicación (3,8). Aunque estar acompañados por los familiares les hace sentir seguros, cuando los familiares vienen llorando o tristes les hace sentirse peor. Es necesario que la enfermera proporcione información del estado del paciente antes de que la familia entre, para evitar estas situaciones (3). Los familiares tienen un conocimiento intrínseco de las necesidades del paciente y pueden ser capaces de reconocer la comunicación no verbal de este, por lo que incorporar a la familia en el plan de cuidado puede ser muy útil (9).

Los espráis para el dolor de garganta y una posición correcta para el cuello y la espalda pueden reducir el dolor. Un cuidado frecuente de la boca e hidratar la cavidad oral pueden reducir el malestar de la sed. Las enfermeras pueden considerar la aspiración un

procedimiento desagradable para el paciente, pero el aumento de secreciones puede causar importantes complicaciones como colapso pulmonar, así que deberán aspirar cuando sea requerido, reduciendo las complicaciones y mejorando el confort del paciente (3). En el tema de la aspiración, algunos pasos que pueden evitar los efectos traumáticos del tubo de aspiración endotraqueal son aspirar solo cuando el paciente necesite que le retiren sus secreciones, e insertar el tubo a la profundidad apropiada para evitar lesiones del tejido, limitando el tiempo de la aspiración con una oxigenación y ventilación adecuadas (10). También, si es posible, se puede ofrecer al paciente la opción de aspirarse él mismo (13).

Los pacientes están profundamente agradecidos de tener algo frío en la boca como polos helados, espráis o toallitas, los cuales calman la sed temporalmente. También opinan que si alguien les hubiera explicado las sensaciones y experiencias relacionados con la sed que sufrirían, les habría hecho la situación más fácil de sobrellevar. La falta de importancia de los profesionales ante este tema es en parte debido a la falta de protocolos o escalas para identificar la sed en el paciente con ventilación mecánica. El uso de estas herramientas sería beneficioso para concienciar sobre esta problemática (5).

Una actitud positiva es beneficiosa en la recuperación. “La sensación de sentirse mejor” en la que intentan centrarse únicamente los pacientes, les hace sentirse seguros y con esperanza. Muchos indicadores denotan una disminución de la fatiga, reducción del tratamiento, extubación y recuperación (7).

Los pacientes al poder participar en algunos procedimientos enfermeros por ellos mismos para ayudar a la enfermera, como aspirar secreciones o desactivar las alarmas, hace que el tiempo se les pase más rápido. La participación y el compañerismo con la enfermera les hace sentir menos indispuestos y empezar a creer en la recuperación, ayudándoles a superar las lágrimas y tristeza y luchar por la supervivencia. Esta participación y compañerismo motiva al paciente a sentirse un individuo importante (8). Explicaciones más frecuentes antes y durante la ventilación mecánica, especialmente en el despertar de la sedación y la extubación, son muy útiles para calmar al paciente. Se debe reorientar al paciente con ventilación mecánica en día, hora, sitio y sobre que le ocurre, y ofrecer palabras de ánimo, sobre todo, al principio del despertar de la sedación (9,10).

CONCLUSIONES

La experiencia de la UCI y la ventilación mecánica tienen importantes repercusiones tanto en el paciente como en la familia, afectándoles tanto física como psicológicamente. Se evidencia que el estrés y la ansiedad que genera esta situación no es generalmente tratado ni visto como importante por el personal sanitario, también debido a su sobrecarga de trabajo y falta de tiempo para lograr entender todas las necesidades del paciente.

La incapacidad de comunicación es el principal problema en el que coinciden todos los pacientes intubados. El no poder expresar sus necesidades y no poder ser entendidos genera impotencia, ansiedad, depresión y soledad. Poder establecer algún tipo de comunicación con el paciente consciente con ventilación mecánica debería ser una prioridad para el personal de críticos. Cobra importancia el establecer un vínculo con el paciente, ya que la mayoría de los pacientes recalcan los beneficios de tener una buena relación con las enfermeras que al final es en ellas en las que recaen todas sus necesidades, y el sentimiento de cercanía y el estar presentes les ayuda a sentirse seguros y protegidos.

El ser incapaces de moverse y la pérdida de autonomía son también uno de los principales estresores de la UCI. Los procedimientos dolorosos derivados de la inmovilidad y del propio tubo endotraqueal no son muchas veces tratados. Los profesionales deberían prestar más atención a paliar estos síntomas, en especial mención a la sed y tener en mente el dolor que implica la aspiración de secreciones.

El paciente intubado en la UCI se encuentra en un lugar hostil, lleno de aparatos desconocidos, incapaz de expresar sus necesidades y tratado por un personal que la mayoría de las veces no le explica lo que le está ocurriendo o que se le va a hacer, sin incluirle en las conversaciones diarias. Los sanitarios deben comprender que es normal que el paciente se sienta de esta forma, y que deberían junto a la familia hacer de esta experiencia lo menos desagradable posible, humanizando los cuidados, haciendo partícipe al paciente en los diversos procedimientos, preguntando, aunque cueste, que es lo que necesita, y paliando todo aquello que le resulte desagradable. En definitiva, el simple hecho de sentarse al lado del paciente, escuchar sus deseos y dar un toque de familiaridad y dignidad al entorno, son suficientes para mejorar la experiencia del paciente, algo de lo que la mayoría estará enormemente agradecido por ello.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wallander Karlsen M, Heggdal K, Finset A, Heyn LG. Attention-seeking actions by patients on mechanical ventilation in intensive care units: A phenomenological-hermeneutical study. *J Clin Nurs* [Internet]. 2019 Jan 28 [cited 2019 Mar 28];28(1–2):66–79. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.14633>
2. Khalaila R, Zbidat W, Anwar K, Bayya A, Linton DM, Sviri S. Communication difficulties and psychoemotional distress in patients receiving mechanical ventilation. *Am J Crit Care* [Internet]. 2011 Nov 1 [cited 2019 Mar 28];20(6):470–9. Available from: <http://ajcc.aacnjournals.org/cgi/doi/10.4037/ajcc2011989>
3. Tosun N, Yava A, Unver V, Akbayrak N, Hatipoglu S. Experience of patients on prolonged mechanical ventilation: a phenomenological study. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* [Internet]. 2009 Jun [cited 2019 Mar 28];29(3):648–58. Available from: <http://0search.ebscohost.com.llull.uib.es/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105399968&lang=es&site=ehost-live>
4. Sinuff T, Giacomini M, Shaw R, Swinton M, Cook DJ. “Living with dying”: the evolution of family members’ experience of mechanical ventilation. *Critical Care Medicine* [Internet]. 2009 Jan [cited 2019 Mar 28];37(1):154–8. Available from: <http://0-search.ebscohost.com.llull.uib.es/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105621541&lang=es&site=ehost-live>
5. Kjeldsen CL, Hansen MS, Jensen K, Holm A, Haahr A, Dreyer P. Patients’ experience of thirst while being conscious and mechanically ventilated in the intensive care unit. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2018 Mar [cited 2019 Mar 28];23(2):75–81. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/nicc.12277>
6. Baumgarten M, Poulsen I. Patients’ experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2015 Jun [cited 2019 Mar 21];29(2):205–14. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/scs.12177>
7. Wang K, Zhang B, Li C, Wang C. Qualitative analysis of patients’ intensive care experience during mechanical ventilation. *J Clin Nurs* [Internet]. 2009 Jan [cited 2019 Mar 28];18(2):183–90. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2702.2008.02518.x>
8. Karlsson V, Bergbom I, Forsberg A. The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: a phenomenological-hermeneutic study. *Intensive Crit care Nurs* [Internet]. 2012 Feb [cited 2019 Mar 28];28(1):6–15. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0964339711001194>
9. Fink RM, Makic MBF, Poteet AW, Oman KS. The Ventilated Patient’s Experience. *Dimens Crit Care Nurs* [Internet]. 2015 [cited 2019 Mar 28];34(5):301–8. Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00003465-201509000-00011>
10. Jenabzadeh NE, Chlan L. A Nurse’s Experience Being Intubated and Receiving Mechanical Ventilation. *Crit Care Nurse* [Internet]. 2011 Dec 1 [cited 2019 Mar 28];31(6):51–4. Available from: <http://ccn.aacnjournals.org/cgi/doi/10.4037/ccn2011182>

11. Dziadzko V, Dziadzko MA, Johnson MM, Gajic O, Karnatovskaia L V. Acute psychological trauma in the critically ill: Patient and family perspectives. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2017 Jul [cited 2019 Mar 29];47:68–74. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0163834316304352>
12. Zetterlund P, Plos K, Bergbom I, Ringdal M. Memories from intensive care unit persist for several years--a longitudinal prospective multi-centre study. *Intensive Crit care Nurs* [Internet]. 2012 Jun [cited 2019 Mar 29];28(3):159–67. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0964339711001297>
13. Karlsson V, Lindahl B, Bergbom I. Patients' statements and experiences concerning receiving mechanical ventilation: a prospective video-recorded study. *Nurs Inq* [Internet]. 2012 Sep [cited 2019 Mar 29];19(3):247–58. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1440-1800.2011.00576.x>
14. Karlsson V, Forsberg A, Bergbom I. Relatives' experiences of visiting a conscious, mechanically ventilated patient--a hermeneutic study. *Intensive Crit care Nurs* [Internet]. 2010 Apr [cited 2019 Mar 29];26(2):91–100. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0964339709001116>
15. Tembo AC, Higgins I, Parker V. The experience of communication difficulties in critically ill patients in and beyond intensive care: Findings from a larger phenomenological study. *Intensive Crit care Nurs* [Internet]. 2015 Jun [cited 2019 Mar 29];31(3):171–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0964339714000913>
16. Tsay S-F, Mu P-F, Lin S, Wang K-WK, Chen Y-C. The experiences of adult ventilator-dependent patients: a meta-synthesis review. *Nurs Health Sci* [Internet]. 2013 Dec [cited 2019 Mar 29];15(4):525–33. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/nhs.12049>
17. Samuelson KAM. Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients--findings from 250 interviews. *Intensive Crit care Nurs* [Internet]. 2011 Apr [cited 2019 Mar 29];27(2):76–84. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0964339711000048>
18. Guttormson JL, Bremer KL, Jones RM. "Not being able to talk was horrid": A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2015 Jun [cited 2019 Apr 3];31(3):179–86. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25579081>
19. Randen I, Lerdal A, Bjørk IT. Nurses' perceptions of unpleasant symptoms and signs in ventilated and sedated patients. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2013 Jul [cited 2019 Apr 3];18(4):176–86. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23782111>
20. Aslani Y, Niknejad R, Moghimian M, Maghaddasi J, Akbari M. An investigation of the psychological experiences of patients under mechanical ventilation following open heart surgery. *ARYA Atheroscler* [Internet]. 2017 Nov [cited 2019 Apr 3];13(6):274–81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29643922>

ANEXO 1. Tabla resumen de los resultados de la búsqueda bibliográfica

(1) Attention-seeking actions by patients on mechanical ventilation in intensive care units: A phenomenological-hermeneutical study, Wallander Karlsen M, Heggdal K, Finset A, Heyn LG. <i>Noruega (2019)</i>			
Nivel evidencia	IV	Grado recomendación	C
Diseño	Estudio cualitativo fenomenológico observacional (con análisis de contenido).		
Objetivo	Explorar la interacción entre pacientes con VM y el personal sanitario en UCI con énfasis en la iniciativa del paciente para comunicarse.		
Muestra	Diez pacientes, dos familiares y sesenta sanitarios.		
Recogida de datos	Observación etnográfica: grabación de video de la habitación del paciente de tres a cinco horas al día y entrevistas.		
Resultados	Se observaron diferentes acciones del paciente para llamar la atención, clasificadas en cuatro patrones: responder inmediatamente con retraso en la respuesta o la comprensión, intentos en los que se intensifica la acción, e intentos en los que se acaba renunciando a expresarse. También se clasificaron en cuatro dominios las expresiones del paciente: expresiones psicológicas, físicas, sociales y expresiones relacionadas con el tratamiento médico.		
(2) Communication difficulties and psychoemotional distress in patients receiving mechanical ventilation. Khalaila R, Zbidat W, Anwar K, Bayya A, Linton DM, Sviri S. <i>Israel (2011)</i>			
Nivel evidencia	IV	Grado recomendación	C
Diseño	Estudio cualitativo (de correlación).		
Objetivo	Examinar la asociación entre las características comunicativas y el distrés psicoemocional en pacientes tratados con VM en UCI.		
Muestra	Sesenta y cinco pacientes que hubieran recibido VM veinticuatro horas mínimo y extubados setenta y dos horas antes de la entrevista.		
Recogida de datos	Entrevista estructurada.		
Resultados	Más del 75% de los pacientes que recordaban su experiencia durante la intubación traqueal dicen que su preocupación fundamental era no poder hablar, seguido de la sensación de sed, dolor en las aspiraciones, dolor asociado al tubo, problemas al tragar e interferencias en el sueño. Esto provocaba niveles moderado-altos de distrés psicoemocional, sobre todo el no poder comunicarse, que se manifestaba en diferentes grados de depresión, ansiedad, miedo y rabia.		
(3) Experience of patients on prolonged mechanical ventilation: a phenomenological study. Tosun N, Yava A, Unver V, Akbayrak N, Hatipoglu S. <i>Turquía (2009)</i>			
Nivel evidencia	IV	Grado recomendación	C
Diseño	Estudio cualitativo fenomenológico.		
Objetivo	Determinar las experiencias relacionadas con la VM y el ambiente de la UCI de los pacientes sometidos a VM prolongada.		
Muestra	Diez pacientes extubados que hubieran estado bajo VM durante siete días mínimo.		

Recogida de datos	Entrevista semiestructurada de treinta a sesenta minutos y grabación de video.		
Resultados	<p>Las experiencias de los pacientes se clasificaron en cinco categorías:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Efectos psíquicos y psicológicos del tubo endotraqueal: dependencia y restricción física, aire del respirador inadecuado o excesivo, sed y dolor por secreciones/aspiración secreciones. 2. Experiencias comunicativas: incapacidad de hablar y ser entendido, y métodos comunicativos. 3. Situaciones molestas en la UCI: inseguridad e incerteza, ruido y luz/sueño, y otros pacientes. 4. Efectos de las enfermeras con experiencia: habilidades enfermeras y conocimientos, y atributos enfermeros. 5. Afrontamiento: familiares, confort espiritual, y el significado de vivir con una máquina. 		
(4) 'Living with dying': the evolution of family members' experience of mechanical ventilation.			
Sinuff T, Giacomini M, Shaw R, Swinton M, Cook DJ. <i>Canadá (2009)</i>			
Nivel evidencia	IV	Grado recomendación	C
Diseño	Estudio cualitativo con teoría fundamentada.		
Objetivo	Describir la experiencia de los familiares de pacientes ventilados mecánicamente en la UCI.		
Muestra	Veintiséis familiares: diez esposos, catorce hijos, un padre y un cuñado, los cuales tenían a un familiar con VM en la UCI.		
Recogida de datos	Entrevista semiestructurada de cuarenta a sesenta minutos y grabación de audio.		
Resultados	<p>Al principio ver al paciente intubado producía en las familias sorpresa y shock. El ventilador les recordaba constantemente la muerte. Desconocían otras opciones aparte de la VM y sus conocimientos sobre esta eran limitadas. El significado del ventilador se fue transformando con el tiempo desde un signo de muerte a uno de vida. Las familias se adaptaron al entorno de la UCI y veían con normalidad que el familiar estuviera intubado. Comenzaron a ver el ventilador como algo bueno ya que ayudaba a descansar al paciente, aunque sabían que podría causarle daño.</p> <p>Todo esto afectaba a todos los aspectos de los familiares en los que se elegía a un portavoz que era el encargado de tomar las decisiones y de transmitir la información al resto de familia, provocando ansiedad y estrés en estos.</p>		
(5) Patients' experience of thirst while being conscious and mechanically ventilated in the intensive care unit.			
Kjeldsen CL, Hansen MS, Jensen K, Holm A, Haahr A, Dreyer <i>Dinamarca (2018)</i>			
Nivel evidencia	IV	Grado recomendación	C
Diseño	Estudio cualitativo (con análisis de contenido).		
Objetivo	Explorar la experiencia de los pacientes al tener sed mientras estaban conscientes y ventilados mecánicamente.		
Muestra	Doce pacientes que hayan estado de uno a treinta y nueve días con VM. Tres llevaban traqueo y nueve extubados veinticuatro horas antes.		

Recogida de datos	Entrevista semiestructurada de cinco a diez minutos con grabación de video.		
Resultados	<p>Los resultados se clasificaron en cuatro categorías:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Una sed suprema: los pacientes sentían que nada podría quitarles esa sensación de sed persistente que les influía en el curso del tratamiento durante y después de la VM. 2. Una sensación diferente en la boca: los pacientes tenían una sensación extraña y desagradable constante de sequedad en la boca, deseando tener algo frío en la boca como polos para calmar la sensación. 3. Privado de la oportunidad de calmar la sed: los pacientes tenían miedo de experimentar sed otra vez y no poder calmarla ya que no podían tomar líquidos, acabando en una situación pasiva y con la sensación de sed asociada con miedo, ansiedad y depresión, llegando a tener pánico al no poder calmar la sed. 4. Dificultades asociadas con la sed: los pacientes no podían comunicar sus necesidades debido a la VM, lo que hacía tener sed aun peor, sintiéndose impotentes e incapaces de expresar sus necesidades. Esto les aísla, sintiendo soledad y que el tiempo les pasa difuminado y borroso. 		
<p>(6) Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis. Baumgarten M, Poulsen I. <i>Dinamarca (2015)</i></p>			
Nivel evidencia	IV	Grado recomendación	C
Diseño	Meta-síntesis cualitativa.		
Objetivo	El objetivo es juntar y sintetizar el conocimiento de los estudios cualitativos sobre las experiencias de los pacientes siendo ventilados mecánicamente en la UCI.		
Muestra	Se usaron nueve estudios cualitativos realizados entre 1994 y 2012 los cuales fueron críticamente evaluados según el método Sanderlowski y Barosso.		
Recogida de datos	Revisión de la literatura en cinco bases de dato y evaluación de la validez y transparencia de los artículos seleccionados.		
Resultados	<p>Los resultados de este estudio consisten en hallazgos resumidos del meta-sumario y son: la experiencia de no ser capaz de comunicarse (frecuencia del efecto 100%), la experiencia del personal estando presente (100%), la experiencia de funciones corporales cambiadas (50%), la experiencia de la UCI como desconocida y aterradora (75%), la experiencia del tiempo al sentir que pasa lentamente y sin poder distinguir si es día o noche (38%), la experiencia de la realidad como difusa y poco real (38%), la experiencia de la información por la falta de información dada sobre su situación (50%), la experiencia del sueño con pesadillas y ruido molesto (63%), la experiencia de ansiedad, miedo y soledad (88%), la experiencia de no ser capaz de respirar o tomar el aire suficiente (75%), la experiencia de ser dependientes (63%), la experiencia de la aspiración como desagradable (63%), el significado de poder implicarse en su propio cuidado (25%), la experiencia de esperanza y el anhelo (38%) y la importancia de los familiares como u soporte (75%).</p>		

(7) Qualitative analysis of patients' intensive care experience during mechanical ventilation.

Wang K, Zhang B, Li C, Wang C.

China (2009)

Nivel evidencia	IV	Grado recomendación	C
Diseño	Estudio cualitativo fenomenológico.		
Objetivo	Entender la experiencia de los pacientes en cuidados intensivos mientras reciben ventilación mecánica.		
Muestra	Once pacientes extubados que hubieran estado cuarenta y ocho horas mínimo ventilados mecánicamente.		
Recogida de datos	Entrevista en profundidad de entre veinte a cuarenta minutos y con grabación de audio.		
Resultados	<p>Los resultados se clasificaron en cinco categorías:</p> <p>1. Estar en un ambiente no convencional: para los pacientes el ambiente de la UCI no les resultaba familiar y sentían que estaban “en otro mundo”. Se sentían confusos y molestos por las alarmas y las conversaciones de los sanitarios.</p> <p>2. Sufrimiento físico: impotencia (no podían moverse ni respirar por ellos mismos), recibir tratamiento y cuidado pasivamente (sentían que los sanitarios realizaban tratamientos y técnicas en el paciente sin considerar sus deseos u opiniones), experiencia de dolor e incomodidad (sentían dolor por técnicas como aspiración traqueal o punciones venosas).</p> <p>3. Sufrimiento psicológico: experiencia de alucinaciones y pesadillas (pesadillas nada parecido a lo que soñaban en casa y descritas como “terribles”), experimentando niveles fluctuantes de consciencia (los pacientes se desorientados y no diferenciaban la realidad), confiando en la tecnología y otros para sobrevivir (al depender de máquinas para seguir vivos, los pacientes se angustiaban al pensar que algo fallara. Tras un tiempo su opinión de VM cambiaba a mejor).</p> <p>4. Auto-ánimo: dependiendo de actitudes positivas (actitudes positivas ayudaban en la recuperación a ciertos pacientes), encontrándose mejor y mejor (mejorar su salud era un pensamiento que ayudaba al ánimo), soporte familiar (factor importante en la recuperación), soporte profesional (indican que esperaban que la enfermera estuviera acompañándolos y más cerca de ellos por si ocurría algo).</p> <p>5. Autoimagen: recordando el pasado (expresan deseo de cambiar las conductas que los han llevado a esta situación), reevaluación el valor y significado de la vida.</p>		

(8) The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: A phenomenological-hermeneutic study.

Karlsson V, Bergbom I, Forsberg A.

Suecia (2012)

Nivel evidencia	IV	Grado recomendación	C
Diseño	Estudio cualitativo fenomenológico.		
Objetivo	Describir las experiencias de los pacientes que estuvieron conscientes durante la ventilación mecánica en la UCI.		
Muestra	Doce pacientes que hubieran estado conscientes durante la VM y extubados una semana antes de la entrevista.		

Recogida de datos	Entrevista con una duración promedio de veintitrés minutos y con grabación de video.
Resultados	<p>Los pacientes dependían de las habilidades de las enfermeras para advertir de secreciones y aspirar. Se sentían débiles e impotentes, como “niños pequeños” ya que requerían ayuda para todas sus necesidades y no podían expresar sus deseos de si preferían sedación a estar conscientes. La presencia constante de los sanitarios hacía difícil que los pacientes pudieran contar intimidades a sus familiares. Sentían que no podían controlar la situación; sueños y sensaciones extrañas, el tiempo parecía borroso, alteraciones del sueño por las alarmas y los procedimientos. En ocasiones sentían que las enfermeras no les creían y les causaba inseguridad.</p> <p>Algunos pacientes percibían el hecho de estar conscientes con la confirmación de que su cerebro no tenía daños. Al poder participar en los procedimientos les parecía que el tiempo pasaba más rápido y mejoraba la experiencia el poder estar acompañados de las enfermeras y sus familiares. El acompañamiento de la enfermera, ofrecer información e implicar al paciente en las actividades diarias les hacía cobrar independencia. El hecho de estar consciente durante la VM les hacía conscientes de su completa dependencia de la tecnología para sobrevivir.</p>
(9) The Ventilated Patients’ Experience.	
Fink RM, Makic MBF, Poteet AW, Oman KS. <i>EE. UU. (2015)</i>	
Nivel evidencia	IV
Grado recomendación	C
Diseño	Estudio descriptivo con enfoque tanto cualitativo como cuantitativo.
Objetivo	Describir la experiencia de los pacientes de UCI con VM; explorar las memorias sobre dolor del ventilador de las familias y paciente, determinar si hay correlación entre el dolor documentado por la enfermera y la intensidad de dolor reportado por la familia y paciente, determinar el nivel de satisfacción del paciente y familia durante la ventilación mecánica.
Muestra	Setenta y siete familiares y ochenta y cuatro pacientes intubados diez o más horas y extubados dos horas mínimo antes de la entrevista.
Recogida de datos	Entrevista semiestructurada y revisión de la documentación enfermera sobre el dolor de los pacientes y escalas de sedación.
Resultados	Los recuerdos sobre dolor y ansiedad de los familiares se correlacionaban con las escalas de dolor y sedación de las enfermeras, pero no lo hacían con los del paciente. La satisfacción del paciente y familia respecto al cuidado enfermero durante la ventilación mecánica era alto (con mayor satisfacción de los familiares que de los pacientes). El no poder comunicarse causaba frustración en los pacientes, el uso de pizarras o información escrita ayudaría en la comunicación. Al reducir la sedación durante la VM disminuye la incidencia de delirium y complicaciones cognitivas a la larga. El cuidado enfermero debe ser individualizado informando al paciente sobre la ventilación, la sedación diaria, el despertar y extubación, así como reorientar al paciente en espacio y tiempo, para disminuir la ansiedad y temor. Habría que incorporar a la familia en el cuidado debido a que conocen mejor las preferencias del paciente.

(10) A Nurse's Experience Being Intubated and Receiving Mechanical Ventilation.			
Jenabzadeh NE, Chlan L. <i>EE. UU. (2011)</i>			
Nivel evidencia	IV	Grado recomendación	C
Diseño	Estudio cualitativo fenomenológico.		
Objetivo	Descripción de la experiencia de una enfermera al ser intubada y ventilada mecánicamente.		
Muestra	Testimonio de una enfermera que ha sido intubada y ventilada hasta un total de seis veces durante el curso de ocho años.		
Recogida de datos	Historia contada en primera persona tras entrevista abierta. La narradora explica que la historia es contada de la manera en la que la describiría cuando tenía entre doce y veinte años y sin ninguna formación sanitaria.		
Resultados	Explica que la experiencia de los pacientes dependientes de VM podría ser menos estresante si pudieran comunicarse de alguna forma, aunque sea muy limitada como respuestas de si/no al parpadear. Recuerda como las enfermeras tuvieron cuidado de su boca debido a la sequedad bucal y describe pasos para evitar efectos traumáticos durante la aspiración endotraqueal como: aspirar solo cuando sea necesario, introducir el catéter a la profundidad apropiada para evitar traumas tisulares, limitar el tiempo de la inserción del catéter y proporcionar adecuada oxigenación, e información del procedimiento. A pesar de recordar la aspiración como dolorosa, la extubación es más incómoda que dolorosa. Como el paciente está despierto durante la extubación, la enfermera debería educar al paciente sobre el proceso y las sensaciones temporales que tendrá (como sequedad de garganta y dolor al toser). Recuerda que aun estando sedada escucha las conversaciones de los sanitarios y le desagradaba cuando la ignoraban y no le hablaban directamente a ella, las enfermeras deberían conversar más con el paciente y reorientarlos explicando lo que harán en todo momento.		
(11) Acute psychological trauma in the critically ill: Patient and family perspectives.			
Dziadzko V, Dziadzko MA, Johnson MM, Gajic O, Karnatovskaia L V. <i>EE. UU. (2017)</i>			
Nivel evidencia	IV	Grado recomendación	C
Diseño	Estudio cualitativo observacional prospectivo.		
Objetivo	Confirmar la hipótesis de que el estrés psicológico agudo durante la estancia en la UCI contribuye al síndrome de cuidados post-intensivos (PICS), para así poder desarrollar estrategias que mitiguen el PICS asociado a morbilidad psicológica en supervivientes de enfermedades críticas.		
Muestra	Cuarenta y cuatro familiares y cincuenta pacientes extubados que hubieran estado cuarenta y ocho horas mínimo con VM.		
Recogida de datos	Entrevista estructurada con grabación de audio.		
Resultados	<p>- Trauma psicológico: el nivel de estrés del paciente percibido por los familiares se correlaciona con el nivel de estrés del paciente tanto en el día a día como en la UCI. Las principales experiencias de los pacientes eran el miedo a la muerte (70%), alucinaciones (48%), miedo a la incerteza del futuro y recuperación.</p> <p>- Factores que exacerban/mitigan: incapacidad de comunicación (34%), factores ambientales como luz, ruido, conversaciones ajenas</p>		

	<p>(30%), procedimientos y restricciones (24%) e intubación (14%) aumentaban el malestar. Soporte emocional de familias/amigos (86%) en especial la mera presencia familiar (90%), terapia física (14%), factores ambientales como fotos, música, TV (36%) contribuían a emociones positivas.</p> <p>- Comunicación clínica del paciente: tras hablar con el médico, el 82% de los pacientes se sentían mejor y más confiados. Concretan la importancia de tranquilizar (54%), informar/hablar (32%), tacto físico (8%) y un 60% recibió soporte psicológico por parte de enfermería cogiendo la mano/tranquilizar.</p> <p>El miedo, las alucinaciones y la incapacidad de hablar fueron los factores centrales que contribuyeron al estrés psicológico en la UCI; la presencia familiar y la atención de los sanitarios fueron importantes mitigadores.</p>		
<p>(12) Memories from intensive care unit persist for several years –A longitudinal prospective multi-centre study. Zetterlund P, Plos K, Bergbom I, Ringdal M. <i>Suecia (2012)</i></p>			
Nivel evidencia	IV	Grado recomendación	C
Diseño	Estudio multicéntrico con diseño prospectivo longitudinal.		
Objetivo	El objetivo de este estudio es describir pacientes traumatizados con ventilación mecánica a lo largo del tiempo en relación con sus recuerdos, recuperación psicológica y calidad de vida relacionada con la salud.		
Muestra	Cuarenta y un pacientes que hubieran recibido VM en la unidad de trauma de UCI.		
Recogida de datos	Cumplimiento de dos cuestionarios: un cuestionario enviado tras un año del accidente y un segundo enviado tras cinco años.		
Resultados	Los recuerdos de los pacientes fueron estables en el tiempo y significativamente más pacientes recordaban pánico y ansiedad. Los pacientes recordaban más el dolor tras cinco años (46%) que tras un año (37%). La mayoría recordaba la presencia de su familia en la UCI. La mitad de los pacientes tenían pensamientos de porqué tenían tan pocos recuerdos. Un cuarto de los pacientes experimentaba claros síntomas de ansiedad y depresión un año tras el traumatismo. En siete de los pacientes y en seis de ellos los síntomas de ansiedad y depresión respectivamente, persistieron en los cinco años. Las alucinaciones, sueños e ilusiones persistían en el 30% tras cinco años. La mayoría no recordaba muchas partes del cuidado en el hospital. La VM conectada con el trauma resulta en una reducción de la salud a largo plazo.		
<p>(13) Patients' statements and experiences concerning receiving mechanical ventilation: a prospective video-recorded study. Karlsson V, Lindahl B, Bergbom I. <i>Suecia (2012)</i></p>			
Nivel evidencia	IV	Grado recomendación	C
Diseño	Estudio con análisis de contenido tanto cualitativo como cuantitativo.		
Objetivo	Describir las declaraciones, comunicación y expresiones faciales del paciente durante una entrevista videograbada bajo la ventilación mecánica.		

Muestra	Catorce pacientes bajo VM que fueran capaces de escribir con lápiz y papel, sentarse en la cama, mímica con la boca o las manos.		
Recogida de datos	Entrevista de tres a dieciséis minutos con grabación de video dividido en tres fases: en la primera análisis cualitativo de las declaraciones del paciente y en la segunda fase análisis cuantitativo centrándose en cómo se comunicaba el paciente, tercera fase es la interpretación del rostro y postura durante la entrevista con enfoque hermenéutico.		
Resultados	<p>- Parte 1. Informe del paciente de sus experiencias durante la VM: el tubo y la traqueostomía causan dolor, incomodidad y dificultades al respirar; el proceso de aspiración de secreciones causa pánico, pero también alivio; el tubo les quitó la voz e hizo la comunicación extraña; la presencia de familiares o enfermeras daba sensación de seguridad y bienestar; esperanza de estar sano y retornar a la vida normal; no ser capaces de dormir y descansar.</p> <p>- Parte 2. Patrones de comunicación del paciente durante la entrevista: expresiones faciales (guiños, levantar cejas, cerrar ojos, arrugar frente, hacer una cara, mímica con los labios, inexpresivo) y gestos con los brazos, manos y dedos (gesticular, levantar brazo/mano, levantar mano para decir stop, pulgar hacía arriba, señalar, encogerse de hombros).</p> <p>- Parte 3. Expresiones faciales y posición de cuerpo tensa: expresión facial rígida (debido a los aparatos, los pacientes no podían moverse y tenían parte de la cara tapadas mostrando una expresión facial sin vida y sin hacer contacto visual con el entrevistador), postura tensa (debido a estar tumbados semi desnudos afectando a la intimidad del paciente), estar triste (expresión facial inexpresiva con mirada triste).</p>		
<p>(14) Relatives' experiences of visiting a conscious, mechanically ventilated patient—A hermeneutic study. Karlsson V, Forsberg A, Bergbom I. <i>Suecia (2010)</i></p>			
Nivel evidencia	IV	Grado recomendación	C
Diseño	Estudio cualitativo descriptivo prospectivo exploratorio.		
Objetivo	Describir el significado atribuido de los familiares a sus experiencias al conocer, ver y comunicarse con el paciente consciente ventilado mecánicamente.		
Muestra	Diez participantes con familiares cercanos en la UCI conscientes con tubo endotraqueal o traqueostomía e incapaces comunicarse verbalmente		
Recogida de datos	Entrevista semiestructurada realizada en dos ocasiones: una entrevista de las experiencias inmediatas de los familiares y otra entrevista una semana después de que hubieran transferido al paciente a una sala de enfermería o hubiera muerto en la UCI.		
Resultados	Los familiares persistían en los esfuerzos por establecer comunicación con el paciente, gradualmente aprendieron a interpretar el lenguaje corporal, facial y expresiones del enfermo. El no lograr entender lo que decía el paciente les hacía sentir impotentes y frustrados. En algunos casos expresan que preferirían que el paciente estuviera sedado ya que parece más calmado y tranquilo y así sentían tener control de la situación, pero por otro lado al estar sedado no podían contactar con él. Los familiares dependían de la información de los sanitarios haciendo		

	sentirles impotentes al no saber si tenía dolor o en qué situación estaba. Los familiares deseaban que la enfermera estuviera más cerca de ellos ya que ofrecía seguridad, aunque a veces les parecía molesto su continua presencia ya que no podían tener conversaciones privadas. También opinaban que eran ellas las que debían de explicarles la situación del enfermo. Los familiares tenían una percepción dual de la situación, por una parte, una voluntad de apoyar y animar al paciente y por otro lado tristeza y desesperación por su situación grave, parecer fuerte ante el paciente para ayudarle, ocultando su angustia.		
(15) The experience of communication difficulties in critically ill patients in and beyond intensive care: Findings from a larger phenomenological study.			
Tembo AC, Higgins I, Parker V. <i>Australia (2015)</i>			
Nivel evidencia	IV	Grado recomendación	C
Diseño	Estudio cualitativo fenomenológico.		
Objetivo	Describir la experiencia vivida de enfermos críticos en la UCI en el contexto de interrupción diaria de la sedación y cómo influye en la vida de los participantes tras la UCI y la hospitalización.		
Muestra	Doce participantes que hubieran estado cuarenta y ocho horas mínimo con VM y con interrupción diaria de la sedación y una estancia en la UCI de tres a treinta y seis días.		
Recogida de datos	Entrevista de treinta minutos a una hora y cuarenta y cinco minutos, dos semanas tras alta de UCI y grabación de audio.		
Resultados	<p>Los resultados se dividieron en cuatro temas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estar encarcelado: describían no poder moverse ni hablar, estar “preso” de la situación crítica, el tubo endotraqueal significaba no poder hablar o vocalizar. A veces estaban atados a la cama con restricciones o bajo medicación que impedía comunicarse usando la escritura. 2. Estas sin voz: describían estar molestos, frustrados y aislados por no poder comunicarse, como atrapados en su propio cuerpo disfuncional. Sentían estar a merced de los sanitarios. 3. Estar atrapado: se esforzaban en ganar el sentido de su antigua identidad, su voz se había perdido y su identidad, desconectados de su familia y si mismos. Tras la UCI siguen con una voz diferente debido al tubo endotraqueal, atrapado en un cuerpo con una voz extraña. 4. Esperando a su voz familiar y de confianza: describe la experiencia de vivir con una voz diferente, ronca y que a veces se reduce a susurros, y esperando a que volviera su antigua voz. 		
(16) The experiences of adult ventilator-dependent patients: A meta-synthesis review.			
Tsay S-F, Mu P-F, Lin S, Wang K-WK, Chen Y-C. <i>China (2013)</i>			
Nivel evidencia	IV	Grado recomendación	C
Diseño	Meta-síntesis cualitativa.		
Objetivo	Describir la naturaleza de la experiencia de los pacientes adultos dependientes de VM mediante la meta síntesis de artículos cualitativos sobre la experiencia de pacientes con VM.		
Muestra	Diecinueve artículos cualitativos que pasaron la evaluación de la calidad del JBI-QARI.		

Recogida de datos	Revisión de la literatura en seis bases de datos asesorada por dos revisores independientes de la validez metodológica antes de su inclusión en la revisión.		
Resultados	<p>Meta-síntesis 1. Sentimiento de miedo debido a estar dependido por un ventilador y la pérdida del control de la vida: miedo a depender de un ventilador, pérdida del control en su vida creando un sentimiento de vulnerabilidad al depender del uso de la tecnología, asustados debido a la incapacidad de la comunicación verbal, sentirse intimidado e impotente.</p> <p>Meta-síntesis 2. Desconexión de la realidad: los pacientes indicaron que su propio cuerpo se volvió extraño, incapaces de conectar con la realidad y sintiendo la pérdida de la integridad de su cuerpo. También estaban desorientados en tiempo, lugar y en la realidad.</p> <p>Meta-síntesis 3. Daño a la imagen corporal y límite del cuerpo expandido: los pacientes sentían que su cuerpo una vez familiar, estaba siendo reemplazado por otro el cual respondía diferente y era expuesto a un mal cuidado bajo el control de los sanitarios.</p> <p>Meta-síntesis 4. Construcción de patrones de afrontamiento: mantener una mente y creencia fuerte, participar en la realidad y el mundo, construir canales de comunicación, mantener la identidad y afrontar el reto de estar desconectado del ventilador.</p> <p>Meta-síntesis 5. Relación de confianza y cuidado: la relación entre los familiares y los profesionales sanitarios es esencial, ya que una relación de confianza produce esperanza, energía y un efecto terapéutico al mismo tiempo que ayuda a superar miedos.</p>		
<p>(17) Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients—Findings from 250 interviews. Samuelson KAM. <i>Suecia (2011)</i></p>			
Nivel evidencia	IV	Grado recomendación	C
Diseño	Estudio cualitativo descriptivo (con análisis de contenido).		
Objetivo	Describir recuerdos agradables y desagradables de la UCI en pacientes adultos con VM.		
Muestra	Doscientos cincuenta participantes que hubieran estado ventilados mecánicamente y permanecido más de veinticuatro horas en la UCI.		
Recogida de datos	Entrevista semiestructurada de tres a cinco días tras alta de UCI con una duración de cinco a treinta minutos.		
Resultados	<p>El 81% de los pacientes recuerda haber estado en la UCI, el 71% dice tener recuerdos desagradables, el 59% recuerdos agradables y el 10% recuerdan sus vagos y borrosos recuerdos como ni agradables ni desagradables. Tras el análisis diez categorías han surgido:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Distrés físico (experiencias que amenazan la vida, restricciones corporales dolorosas y sensaciones corporales dolorosas) vs alivio del distrés físico (tratamientos que salvan la vida, alivio de restricciones corporales y alivio de sensaciones corporales). - Distrés emocional (distrés existencial agudo y agonía y agitación emocional) vs bienestar emocional (alivio existencial y seguridad emocional). - Distrés percibido (distorsión de la realidad aterradora) vs bienestar percibido (experiencias agradables irreales). 		

	<p>- Distrés ambiental (disturbios del ambiente y restricciones tecnológicas) vs confort ambiental (alivio de los disturbios y eliminación de los aparatos de las restricciones).</p> <p>- Cuidado que induce al estrés (profesionales insatisfactorios y procedimientos desagradables) vs buen cuidado (excelentes profesionales y procedimientos agradables).</p>		
<p>(18) “Not being able to talk was horrid”: A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. Guttormson JL, Bremer KL, Jones RM. <i>EE. UU. (2015)</i></p>			
Nivel evidencia	IV	Grado recomendación	C
Diseño	Estudio cualitativo descriptivo de correlación.		
Objetivo	Describir la experiencia de la comunicación de los pacientes durante la ventilación mecánica.		
Muestra	Treinta y un pacientes extubados que hubieran tenido veinticuatro horas mínimo de VM en UCI.		
Recogida de datos	Entrevista estructurada tras extubación y traslado de UCI.		
Resultados	<p>1. Comunicación y respuesta emocional a la UCI: la comunicación durante la VM en la UCI era el aspecto más desafiante de la experiencia de los pacientes. La incapacidad para comunicar sus necesidades estaba asociada con una mayor frecuencia de sentimientos de impotencia.</p> <p>2. Desafíos e intercambios comunicativos: los participantes expresaron su frustración por los intentos fallidos de comunicación durante la VM y por la falta de información sobre su condición recibida por los sanitarios.</p> <p>3. Comunicación fallida: cuando los intentos de comunicarse fallan, los participantes lo perciben como una falta de respuesta por parte del personal o que son ignorados. Mucha de la ansiedad viene de decir la misma pregunta continuamente y que nadie la entienda.</p> <p>4. Recepción de la información: los participantes llegan a un consenso general de que más información sobre su estado sería beneficiosa.</p> <p>5. Métodos comunicativos: los participantes sugirieron alternativas comunicativas como tablas con el alfabeto, tablas de dibujos, escritura (aunque algunos expresan dificultad al escribir), lenguaje de signos o la ayuda de los familiares.</p>		
<p>(19) Nurses’ perceptions of unpleasant symptoms and signs in ventilated and sedated patients. Randen I, Lerdal A, Bjørk IT. <i>Noruega (2013)</i></p>			
Nivel evidencia	IV	Grado recomendación	C
Diseño	Estudio cualitativo transversal.		
Objetivo	Describir las percepciones y evaluaciones de las enfermeras de cuidados intensivos sobre signos y síntomas desagradables en pacientes adultos con VM y sedados en UCI.		
Muestra	Ciento ochenta y tres enfermeras de cuidados intensivos con experiencia en el cuidado de pacientes con VM y un mínimo de seis meses de experiencia en una UCI.		

Recogida de datos	Cada enfermera tubo que rellenar un cuestionario aprobado por una enfermera de investigación cualificada para un doctorado y con extensa experiencia clínica en UCI.		
Resultados	La mayoría de los encuestados perciben que la enfermedad crítica polineuromiopática ocurre frecuentemente (74,7%), mientras que menos de la mitad cree que el dolor (43,9%) y el delirium (42,2%) ocurren frecuentemente. Ansiedad/miedo (32,1%) y fatiga/cansancio (26,8%) eran los síntomas que percibían ocurrir con menor frecuencia, algunas enfermeras no sabían de la aparición de depresión. Las enfermeras consideraban el despertar (53,7%) y la respuesta al contacto (44,6%) y signos relacionados con la ventilación como los más importantes. Casi un tercio de los encuestados considera el paciente calmado (34,1%), hacer muecas (32,5%) y agitación (30,1%) como signos cruciales, mientras que los signos psicológicos son difíciles de identificar. Los signos de infra sedación más importantes considerados por los encuestados fueron agitación, gestos faciales/muecas, intolerancia al tubo, asincronía con el ventilador y despertar. Los signos más importantes de sobre sedación fueron respuesta al contacto, reflejo de toser y despertar.		
(20) An investigation of the psychological experiences of patients under mechanical ventilation following open heart surgery. Aslani Y, Niknejad R, Moghimian M, Maghaddasi J, Akbari M. <i>Irán (2017)</i>			
Nivel evidencia	IV	Grado recomendación	C
Diseño	Estudio cualitativo fenomenológico.		
Objetivo	Explorar las experiencias psicológicas de los pacientes bajo ventilación mecánica.		
Muestra	Quince pacientes de cirugía de cardiaca entrevistados tras la recuperación y la extubación.		
Recogida de datos	Entrevista semiestructurada de veinticinco a cuarenta minutos con grabación.		
Resultados	Los resultados se dividieron en dos temas; Terror: una experiencia horrible (ansiedad y fobia, desesperación y dependencia) y Esperanza: una experiencia inspiradora (conexión espiritual como el único esfuerzo posible, la presencia del equipo como la fuente de confort, familiares atentos y superando la enfermedad). Los participantes reportaron ansiedad y miedo en la transición de estar inconsciente a consciente. La falta de dar explicaciones necesarias a los pacientes en los que la situación es difícil de entender para ellos lleva a un estado horrible de ambigüedad. Los pacientes que se perciben a sí mismos como totalmente dependientes de los sanitarios encuentran la calma tras recibir cuidado físico. La familia en estar presente ante el paciente y prestarle atención contribuye a restaurar la esperanza.		

* Los niveles de evidencia están definidos por *US Agency for Healthcare Research and Quality*, y el grado de recomendación por *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)*.

