



**Universitat de les
Illes Balears**

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Memoria del Trabajo de Fin de Grado

Impacto de las dificultades de comunicación en pacientes con ventilación mecánica invasiva en las Unidades de Cuidados Intensivos

Ana Elorza Lladó

Grado de Enfermería

Año académico 2018-19

DNI del alumno: 43209515J

Trabajo tutelado por Dra. Cristina Moreno Mulet

Departamento de Enfermería y Fisioterapia

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

Palabras clave del trabajo:

Comunicación, Ventilación Mecánica Invasiva, Destete, Unidad de Cuidados Intensivos

RESUMEN

Objetivo: Conocer la importancia que tiene la comunicación durante el proceso de destete en los usuarios con ventilación mecánica invasiva en las unidades de cuidados intensivos, determinar cuáles son estos problemas de comunicación que experimentan y cómo estos influyen en su proceso de destete, además de formular estrategias e identificar recursos que podemos usar los profesionales de la salud para reducir estas dificultades comunicativas.

Método: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, CINAHL, Cuiden, Lilacs, Ibecs, PsycInfo, PsycArticles y en la revista Science Direct. Se seleccionaron los artículos según los criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: Se analizaron 24 publicaciones. Los principales resultados se agruparon en cuatro grandes temas: importancia de la comunicación, problemas de comunicación, impacto sobre el proceso de destete y estrategias útiles para los profesionales de la salud.

Conclusiones: Las unidades de cuidados intensivos deben adaptarse a un entorno más humanista hacia el cuidado del paciente ventilado. La ansiedad producida por los problemas de comunicación modifica el proceso de destete negativamente, por lo que debemos facilitar herramientas comunicativas a los pacientes además de formar a los profesionales de la salud en estrategias de comunicación alternativas.

Palabras Clave: Comunicación, Ventilación Mecánica Invasiva, Destete, Unidad de Cuidados Intensivos

ABSTRACT

Objective: The aim was to know the communication's value during the weaning process of mechanically ventilated patients in intensive care units, defining which communication problems they experience and how these problems influence their weaning process, as well as state strategies and identify resources to use as health professionals in order to reduce these communicative difficulties.

Method: The literature search was conducted using the Pubmed, CINAHL, Cuiden, Lilacs, Ibecs, PsycInfo, PsycArticles and in Science Direct. Articles were selected according to the inclusion and exclusion criteria.

Results: Twenty-four publications were analysed. The main results were classified in four groups: Importance of communication, communication problems, impact in the weaning process and useful strategies.

Conclusions: Intensive care units must adapt to a more humanistic environment for the mechanically ventilated patients. Anxiety caused by communication problems modifies negatively the weaning process, so we must provide communicative tools to the patients in addition to training health professionals into alternative communication strategies.

Keywords: Communication, Invasive Mechanical Ventilation, Weaning, Intensive Care Unit.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| 1. Interés y originalidad | 1 |
| 2. Introducción | 1 |
| 3. Metodología | 3 |
| 4. Resultados | 5 |
| 5. Discusión | |
| 5.1. Importancia de la comunicación durante el proceso de destete | 6 |
| 5.2. Problemas de comunicación | 7 |
| 5.3. Impacto de las dificultades de comunicación en el proceso de destete | 9 |
| 5.4. Estrategias y recursos útiles para los profesionales de la salud | 9 |
| 6. Conclusiones | 13 |
| 7. Reflexión personal | 13 |
| 8. Bibliografía | 14 |
| 9. Anexos | |
| Anexo 1. Estrategia de búsqueda | 17 |
| Anexo 2. Tabla de resultados | 22 |

1. INTERÉS Y ORIGINALIDAD

Durante la realización de mis prácticas clínicas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Son Llátzer me di cuenta de la cantidad de pacientes que sufren tanto física como emocionalmente a consecuencia de su incapacidad para comunicar sus necesidades, preocupaciones y deseos al personal que les atiende y a sus familiares. Esta situación creó en mí un sentimiento de angustia por no saber cómo actuar, y decidí investigar en más profundidad sobre esta cuestión.

A través de este trabajo se pretende conocer el impacto, tanto físico como emocional, que tienen las dificultades de comunicación en pacientes con ventilación mecánica invasiva; además de empoderar al personal sanitario con estrategias para hacer frente a estas dificultades y así aliviar el estrés producido por esta situación en ambos grupos.

2. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, la forma en la que los pacientes son atendidos en las unidades de cuidados intensivos (UCI) ha cambiado. Este cambio se ve reflejado en el sentido en que los pacientes están menos sedados y más conscientes, cuando aún tienen la ventilación mecánica instaurada (VM) (Wallander Karlsen, Heggdal, Finset, & Heyn, 2019).

La VM es aquel procedimiento de respiración artificial que usa un dispositivo para suplir o colaborar con la función respiratoria de una persona, que no puede o no se desea que lo haga por sí misma, de forma que mejore la oxigenación e influya en la mecánica pulmonar. Específicamente, la ventilación mecánica invasiva (VMI) se realiza a través de un tubo endotraqueal o un tubo de traqueostomía (procedimiento médico en el cual se coloca una cánula o sonda en la tráquea para abrir la vía respiratoria con el fin de suministrarle oxígeno a la persona). La traqueostomía facilita la provisión de una ventilación mecánica prolongada y es común entre los pacientes de la unidad de cuidados intensivos. La colocación de un tubo de traqueostomía a menudo permite el manejo de los pacientes con un nivel más bajo de sedación comparado con el tubo endotraqueal (Freeman-Sanderson, Togher, Elkins, & Phipps, 2016). Mediante el uso de un ventilador,

el cual genera una presión positiva que fuerza la entrada de aire a la vía aérea (VA) del paciente, obtenemos una disminución del trabajo respiratorio.

La instauración de la VMI conlleva implícito una etapa posterior de disminución del soporte ventilatorio hasta que el paciente no lo requiera y retirada de este tubo endotraqueal o traqueostomía. A esta etapa la llamamos proceso de destete o *weaning*. “El proceso de desconexión de la VMI, a través del cual el paciente recupera su ventilación espontánea y eficaz, supone un procedimiento complejo y se ve influido por factores fisiológicos y psicológicos en el paciente, siendo estos últimos los menos estudiados” (Merchán-Tahvanainen et al., 2017).

Es sabido que los pacientes críticos en las UCI experimentan dolor, ansiedad, pánico, miedo y otras formas de distrés relacionado con las intervenciones realizadas y la VM (Fink, Makic, Poteet, & Oman, 2015). Además, el uso de la VMI afecta enormemente al habla y al proceso comunicativo. La imposibilidad para comunicarse y hacerse entender puede generar un impacto en la calidad de vida de la persona, en su funcionamiento psicológico y en el proceso de atención (Ortega-Chacón & Martínez Díaz, 2017).

Las enfermeras son responsables del cuidado holístico de los pacientes, no sólo en el manejo de síntomas comunes y las respuestas al soporte ventilatorio, sino también en el proceso de destete. Una confianza mutua, una buena compenetración, un contacto sostenido enfermera-paciente y unas interacciones significativas dirigen hacia un mejor entendimiento de la condición del paciente (Khalafi, Elahi, & Ahmadi, 2016), necesario para asegurar el beneficio del paciente así como para un manejo terapéutico eficaz.

Por todo lo anteriormente expuesto, con el presente trabajo se pretende conocer la importancia que tiene la comunicación durante el proceso de destete en los usuarios con VMI en la UCI, determinando cuales son estos problemas de comunicación que experimentan y cómo estos influyen en su proceso de destete, además de formular estrategias e identificar recursos que podemos usar los profesionales de la salud para reducir estas dificultades comunicativas.

3. METODOLOGÍA

Para llevar a cabo el estudio se utilizaron varias bases de datos internacionales, realizando una revisión bibliográfica. Tras establecer la pregunta de investigación y definir los objetivos (Anexo 1), se seleccionaron las palabras claves para proceder a la búsqueda mediante lenguaje documental.

Los descriptores encontrados mediante DeCS fueron “comunicación / *communication*”, “respiración artificial / *artificial respiration*”, “destete / *weaning*” y “unidad de cuidados intensivos / *intensive care units*”, uniéndolos con el booleano AND.

En algunas bases de datos, los descriptores variaron un poco debido a los criterios propios, por lo que se emplearon sinónimos para refinar la búsqueda. Además, no en todas las búsquedas se usó el descriptor *weaning o destete*, ya que limitaba mucho la búsqueda. Aun así, el destete, como ya se ha descrito anteriormente, lleva implícito un estado consciente del paciente y el objetivo de la retirada de la VMI, por lo que, aunque el descriptor no esté en alguna búsqueda concreta, es intrínseco desde el momento en que hay problemas de comunicación.

| Niveles de búsqueda | Descriptores combinados | | | |
|-----------------------|---|--|--|--|
| Primer Nivel | Comunicación / <i>Communication</i> | | Respiración artificial / <i>Artificial respiration</i> | |
| Segundo Nivel | Comunicación / <i>Communication</i> | Respiración artificial / <i>Artificial respiration</i> | Destete / <i>Weaning</i> | |
| Tercer Nivel | Comunicación / <i>Communication</i> | Respiración artificial / <i>Artificial respiration</i> | Destete / <i>Weaning</i> | Unidad de cuidados intensivos / <i>Intensive care unit</i> |
| Bases de Datos | PUBMED IBECs LILACS CUIDEN CINAHL PSYCINFO PSYCARTICLES | | | |

Tabla 1. Combinación de descriptores de búsqueda

Además de la búsqueda en las Bases de datos, se realizó una búsqueda en *Science Direct* para la búsqueda de artículos relevantes que hubiesen sido descartados en las bases anteriores (Anexo 1).

Los limitadores que se usaron fueron: artículos que se hubieran publicado entre los años 2009 y 2019, y posteriormente artículos que se hubieran publicado entre los años 2014 y 2019. Como este último limitador reducía demasiado el número de artículos encontrados, decidí limitar la búsqueda a 10 años.

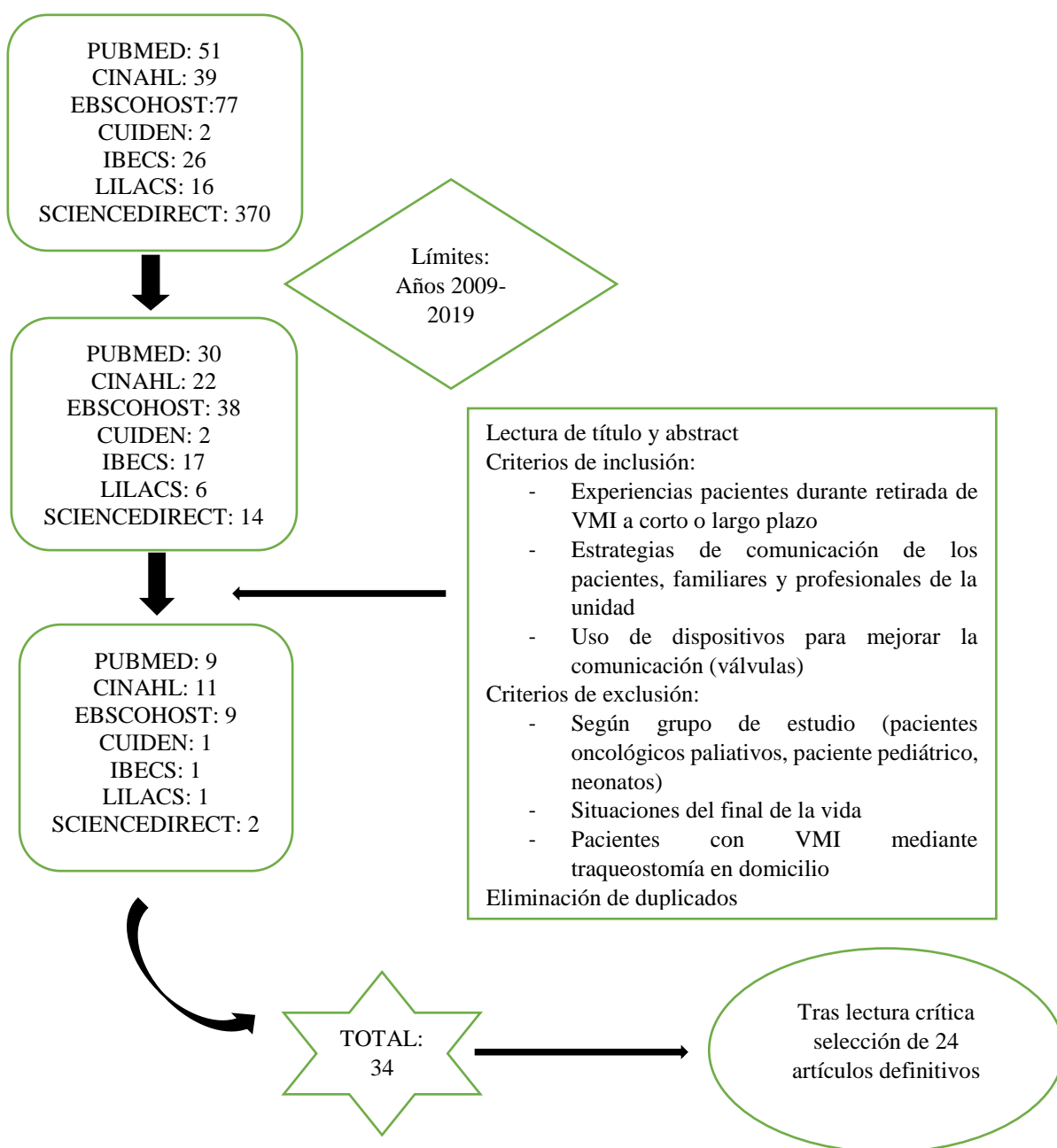


Figura 1. Proceso de selección de artículos

Se incluyeron todos los artículos que hacían referencia a estudios sobre población adulta en proceso de destete, experiencias de los pacientes y familias durante este proceso, experiencias y afrontamiento de los profesionales de la salud, estrategias llevadas a cabo por los usuarios/profesionales para afrontar las dificultades de comunicación, uso de tecnología (válvulas, cánulas) para la mejora de la comunicación.

Se excluyeron esos artículos que hacían referencia a paciente neonatal o pediátrico, paciente adulto en situación de etapa final de la vida o paciente oncológico/paliativo, pacientes recibiendo VMI en casa, paciente sedado. También se excluyeron aquellos artículos que hacían referencia a la VMNI.

El resultado global fueron 34 artículos que, tras la lectura profunda de éstos, se decidió descartar 10 por no aportar información crucial para la búsqueda o desviarse del tema central.

4. RESULTADOS

Se analizaron 24 publicaciones descritas en la Tabla de Resultados (Anexo 2) que responden a los objetivos de esta revisión. Los resultados más importantes fueron clasificados según los cuatro objetivos:

- Importancia de la comunicación durante el proceso de destete en usuarios con ventilación mecánica invasiva
- Problemas de comunicación de los pacientes con ventilación mecánica invasiva
- Impacto de las dificultades de comunicación en el proceso de destete
- Estrategias y recursos útiles para los profesionales de la salud

5. DISCUSIÓN

5.1 Importancia de la comunicación durante el proceso de destete en usuarios con ventilación mecánica invasiva

Los principales resultados de esta revisión muestran que una de las necesidades más importantes a conseguir cubrir en el cuidado de los pacientes con ventilación mecánica invasiva es una comunicación efectiva. No sólo por su impacto físico y emocional a corto y largo plazo, sino también por la facilidad de solución de esta situación tan angustiante.

Un 90% de los pacientes recuerda la experiencia de no poder hablar como extremadamente preocupante. Esta situación desencadena sentimientos de frustración, temor por la seguridad de uno mismo, tristeza y una falta de poder (Kowalski et al., 2017), además de estados de depresión, ansiedad, miedo e ira; generando un distrés psicoemocional desde moderado hasta grave (Khalaila et al., 2011).

Es común que la mayoría de los intentos por comunicarse sean ineficaces por falta de entendimiento por las dos partes. Debido a estos intentos fallidos, la inhabilidad para hablar acaba siendo asociada con una falta de compromiso del paciente con su plan de cuidados, aumentando su tiempo de estancia en la unidad y produciendo secuelas negativas a largo plazo, como puede ser el Síndrome de Estrés Postraumático (Kowalski et al., 2017), además de condicionar un desinterés por establecer instancias de comunicación por parte de los profesionales de la salud.

Por otro lado, los pacientes experimentan sentimientos de alivio al ser capaces de captar la atención de los profesionales estableciendo con ellos estrategias de comunicación a través de la utilización de señales y gestos (Merchán-Tahvanainen et al., 2017). Estos encuentros significativos son esenciales para los pacientes, ya que inspiran su esperanza de recuperación, sus recursos y la motivación (Wallander Karlsen et al., 2019).

La comunicación temprana es beneficiosa para mejorar el cuidado del paciente en la UCI, así como para reportar síntomas clínicos y mejorar el manejo del dolor, delirium y distrés emocional (Freeman-Sanderson et al., 2016).

El conocer a un paciente es necesario para tener control sobre sus aspectos de destete. La forma más importante de llegar a conocer a un paciente es pasar tiempo con

él, por lo que una comunicación constante incluyendo contacto cara a cara puede incrementar el nivel de confianza del paciente y por consiguiente su nivel de control sobre el destete (Khalafi et al., 2016).

Proporcionar información y explicaciones al paciente con VMI es percibido por los pacientes como calmante, siendo capaces de hacer frente al estrés, reduciendo la inseguridad y la ansiedad de no saber lo que está pasando (Dornelles Cristian, Brito Gabriele, 2012).

Mediante la comunicación con el paciente y su familia se pueden descubrir detalles del día a día del paciente que pueden hacer de su estancia en la UCI una experiencia menos dolorosa e incómoda (Tracy & Chlan, 2011).

5.2 Problemas de comunicación de los pacientes con ventilación mecánica invasiva

Los participantes reportan dificultades comunicando sus necesidades y una falta de información recibida. Ambas contribuyen a desarrollar emociones negativas durante su estancia en UCI e impactan en su satisfacción con el cuidado recibido (Guttormson, Bremer, & Jones, 2015).

La incapacidad para mantener una comunicación adecuada produce estrés para el paciente, que no puede ser entendido, y para el profesional, que muchas veces no puede entender lo que el paciente le quiere comunicar (Dornelles Cristian, Brito Gabriele, 2012).

Las barreras comunicativas, que no sólo son fisiológicas (tubo endotraqueal), sino también medicamentosas (barreras perceptivas y comunicativas) (Pattison & Watson, 2009). Limitan la habilidad del paciente para expresar sus pensamientos, sentimientos y deseos de manera efectiva, interfiriendo en su respuesta al proceso de hospitalización además de afectar a familiares y equipo de salud (Rojas et al., 2014).

Las barreras de comunicación que identifican las enfermeras son el tiempo que disponen para cada paciente, la dificultad para leer los labios y la frustración por no ser capaces de entender al paciente (Guttormson et al., 2015).

| Barreras comunicativas (Rojas et al., 2014) | |
|--|---|
| Percibidas por los pacientes | Expresadas por los enfermeros/as |
| <p>Dificultad del personal para leer los labios.</p> <p>Sus familiares no entienden lo que les quieren comunicar.</p> <p>Falta de tiempo por parte del personal sanitario para tratar de entender lentamente lo que los pacientes necesitan.</p> <p>Falta de continuidad del personal a cargo del cuidado.</p> | <p>Exceso de ruido en la unidad.</p> <p>Nivel de discapacidad cognitiva, psicológica o del lenguaje por parte del paciente.</p> <p>Nivel bajo de conciencia.</p> <p>Variaciones en el estado mental.</p> <p>Dificultad por leer los labios.</p> <p>Elevada carga de trabajo.</p> <p>Falta de conciencia del sentido y significado que la relación enfermera-paciente tiene para el propio paciente.</p> <p>Falta de conocimiento y entrenamiento en relación con el uso de herramientas y estrategias de comunicación alternativas.</p> <p>Falta de acceso a estas estrategias.</p> |

Las barreras comunicativas identificadas por los pacientes y las enfermeras evidencian que, en la mayoría de los casos de comunicación ineficaz, el uso de una estrategia o herramienta además de la dedicación de más tiempo por paciente pondría punto final a estas situaciones de desentendimiento.

Los pacientes ventilados mecánicamente describen el “no ser entendidos” como extremadamente estresante, además de invertir una significativa cantidad de energía en esfuerzos insatisfactorios por comunicarse (Wenham & Pittard, 2009).

5.3 Impacto de las dificultades de comunicación en el proceso de destete

Los efectos perjudiciales que surgen de la falta de comprensión ante pacientes con falta de voz se detectan a través de las señales fisiológicas: presión arterial elevada, frecuencia cardíaca elevada, asincronía con el ventilador mecánico (Rojas et al., 2014). Estas reacciones fisiológicas causan un empeoramiento de la calidad de la ventilación (Pattison & Watson, 2009). Si se prolonga en el tiempo puede llegar a alterar los parámetros respiratorios y los valores de la gasometría. En este caso, existe un conflicto en su manejo, ya que una gran parte de los especialistas optan por aumentar la sedación, mientras que otros especialistas consideran que esta actuación sólo retrasa la extubación y causa una repetición del proceso de despertar (Tate, Devito Dabbs, Hoffman, Happ, & Milbrandt, 2011).

El destete, al no ser un proceso lineal, presenta exacerbaciones y requiere la participación activa tanto del paciente como del personal sanitario (Pattison & Watson, 2009). Las emociones negativas que viven los pacientes predisponen a la dificultad para el destete y/o el fracaso (Merchán-Tahvanainen et al., 2017). En cambio, el hecho de poder comunicarse aumenta el optimismo y sensación de bienestar en los pacientes. (Pattison & Watson, 2009).

Por ello, una buena comunicación es esencial para un destete exitoso, además de la sensación de seguridad y confianza experimentada entorno a los profesionales sanitarios.

5.4 Estrategias y recursos útiles para los profesionales de la salud

En el artículo de Wallander Karlsen et al., encontramos recursos para la comunicación como tablas alfabéticas, tablas de emociones o blocs de notas para escribir. Si los pacientes no pueden mantener contacto visual con el profesional de la salud, usan signos auditivos (sonidos con la lengua, patadas al colchón, percutir con las manos en las barreras de la cama) o activando alarmas intencionadamente (como sería quitarse el pulsioxímetro).

Los métodos de comunicación alternativa testados en el estudio de Guttmorson et al. en 2015 fueron: pizarras alfabéticas, escritura, gestos, señalar, símbolos con las manos

y el uso de familiares. Recalaron la necesidad de crear un Sistema de comunicación alternativo.

Las herramientas comunicativas que se utilizan con mayor frecuencia son aquellas que requieren partes del cuerpo como manos, rostro, pies, e incluyen actividades como pestañeo, gestos y expresiones faciales. También se incluye el uso de dispositivos (imágenes de frío, dolor, calor); alfabetos y pizarras magnéticas. El método más utilizado es el lápiz y papel, aunque requiere que el paciente se encuentre en un estado de conciencia alerta y que le permita sostener un lápiz (Rojas et al., 2014).

Cabe destacar que, en el caso de las traqueostomías, a medida que el soporte ventilatorio va reduciéndose gradualmente, es posible deshinchar el manguito de la traqueostomía y añadir una válvula fonadora en el circuito ventilatorio. La recuperación de la fonación con las válvulas se ha asociado a una mejora significativa de la calidad de vida en la UCI reportada por los pacientes (Freeman-Sanderson et al., 2016). Esta medida habilita al paciente para comunicarse en una etapa temprana del destete, aunque en ocasiones produce picos de ansiedad al considerarse más vulnerables ante esta técnica. Adicionalmente, la intervención de un patólogo del lenguaje conlleva una mejora significativa de la restauración eficaz del habla (Freeman-Sanderson et al., 2016).

Tal como mencionan Ortega-Chacón & Martínez Díaz en su revisión de la literatura, los dispositivos de alta tecnología son escasamente usados debido a su complejidad y a su alto coste. Algunas unidades reportan tener un acceso limitado a alguna de estas herramientas (Fraser et al., 2014), además de la poca o nula formación que reciben los profesionales de enfermería en evaluación y estrategias de comunicación (Ortega-Chacón & Martínez Díaz, 2017). No obstante, el coste y el nivel de formación no debería ser un impedimento para el uso de determinadas herramientas y estrategias, ya que por suerte contamos con un extenso abanico de posibilidades que incluye opciones mucho más económicas y factibles de implementar en una unidad de hospital. Si queremos éxito en este procedimiento, deberíamos empezar por los recursos más básicos e ir progresando a los más complejos a medida que la situación tanto del paciente como del personal que los usa esté más estable.

Si bien se analizan diversos mecanismos de comunicación alternativa, resulta de importancia destacar la necesidad de disponer de un dispositivo de llamada específico para estos pacientes, como pueden ser botones o dispositivos ruidosos, ya que al

encontrarse en boxes o habitaciones individuales y carecer de la capacidad de llamada, son más vulnerables a no ser atendidos en sus momentos de necesidad (Wallander Karlsen et al., 2019).

Algunos métodos pueden resultar poco fiables debido al potencial de generar interpretaciones erróneas. Por ello, se necesita realizar una valoración individualizada del paciente, sus necesidades, su cultura, sus potenciales, preferencias o valores, con el objetivo de identificar la estrategia más adecuada para su situación (Ortega-Chacón & Martínez Díaz, 2017).

En base a ello, es interesante la necesidad que surge de estandarizar la práctica enfermera en el proceso de atención durante la retirada de la ventilación mecánica, para que su implantación sea más exitosa, realizando la valoración individualizada descrita anteriormente y siendo flexibles en la adaptación de cada uno de ellos. Debemos contemplar en todo momento la dimensión psicológica y emocional del paciente a lo largo de todo el proceso de destete.

Teniendo en cuenta todo lo mencionado, se propone incluir dos aspectos fundamentales en el cuidado de los pacientes: la información y la relajación. La comunicación y la información que damos deben orientarse hacia la participación activa en la toma de decisiones, como refiere Merchán-Tahvanainen en su revisión, permitiendo su colaboración y autonomía. Además, la comunicación debería ser, no solo sobre las cuestiones del ventilador, sino sobre el manejo del dolor, las rutinas de la unidad y el proceso de destete (Fink et al., 2015) .

A menudo las enfermeras no somos capaces de establecer una comunicación eficaz. Es necesario que el personal de enfermería tenga conocimientos de las estrategias de comunicación verbal y no verbal, y las habilidades para a que el uso de las herramientas de comunicación alternativa sea lo más eficiente posible, ya que es nuestro punto de conexión más importante con el paciente (Guttormson et al., 2015). Preguntar al paciente sobre su confort respiratorio o comunicativo es nuestra responsabilidad y, conocer la presencia y el impacto de la pérdida de capacidad de respirar por uno mismo es en sí, una actividad terapéutica (Haugdahl, Dahlberg, Klepstad, & Storli, 2017).

En pacientes con alteraciones sensoriales, los dispositivos de ayuda como audífonos o gafas deberían ponerse, además de consultar a la familia si ha tenido problemas con la comunicación en el pasado. Cuando sea posible, se debería dar toda la información para que el paciente pueda participar en su propio tratamiento clínico, toma de decisiones, etc. (Wenham & Pittard, 2009).

Debemos tener en cuenta que los pacientes no sólo valoran la comunicación oral, sino también el contacto ocular y físico, y la comunicación no verbal. La actitud cuidadora y de salvaguarda comunicada por el personal sanitario ayuda a los pacientes a lidiar con su situación (Flinterud & Andershed, 2015).

La sola disponibilidad de las herramientas comunicativas no siempre asegura el éxito, ya que existen condiciones determinantes como el estado de alerta, la energía, las funciones cognitivas y la motivación por las dos partes. El mirar a los ojos, tocar con delicadeza y mantener una actitud de escucha activa y un lenguaje corporal acogedor es tan importante como el poder comunicarse (Rojas et al., 2014).

Varios autores señalan el valor que tiene la presencia activa de la familia. Ayuda al personal sanitario a reconocer los sentimientos de ansiedad, tristeza, desesperación (Merchán-Tahvanainen et al., 2017), además de gestos y expresiones faciales que puedan ser relevantes para la comprensión de sus necesidades (Fink et al., 2015). “La presencia activa de los familiares podría facilitar al equipo sanitario a reconocer en los pacientes sentimientos de rabia, desesperación, ansiedad y tristeza y, de este modo, lograr una solución conjunta” (Merchán-Tahvanainen et al., 2017).

6. CONCLUSIONES

La revisión bibliográfica evidencia que las unidades de cuidados intensivos deben adaptarse para crear un entorno más humanista y terapéutico del cuidado hacia el paciente ventilado, en todos sus sentidos. El impacto que produce la ansiedad derivada de los problemas de comunicación sobre el destete es un factor clave a tener en cuenta, ya que determina y modifica su proceso de destete, aumentando su tiempo de estancia en la unidad de críticos.

Por tanto, la facilitación de herramientas comunicativas y la formación del personal sanitario en estrategias de comunicación alternativas es fundamental para el buen desarrollo de la práctica profesional con pacientes ventilados mecánicamente, además de reducir las experiencias negativas vividas durante su estancia.

7. REFLEXIÓN PERSONAL

Como estudiantes, vivimos situaciones en las que vemos algún trato hacia pacientes con el que no estamos de acuerdo. Pensamos, erróneamente, que nuestra opinión es menos válida que la de aquellos enfermeros que nos tutorizan las prácticas, por lo que raramente expresamos nuestra opinión contraria.

Con el paso de las semanas de prácticas, me he dado cuenta de que, como estudiantes, deberíamos ser conscientes que nuestro trabajo es el futuro, y nuestras actuaciones como enfermeros (que ya empiezan en nuestra etapa de prácticas) va a marcar cómo queremos ser y actuar durante nuestro recorrido profesional.

Es por esta razón que, a día de hoy, pienso que si volviese a vivir una situación en la que un paciente no es atendido porque el personal no es capaz de entender lo que quiere comunicar, juntamente con los conocimientos que me ha aportado esta revisión bibliográfica, intentaría buscar alternativas para hacer sentir a ese paciente que nos importa su estado y queremos aliviar al máximo su sensación de malestar.

Finalmente, considero que es posible una mejora en el trato hacia los pacientes con ventilación mecánica invasiva, mediante la concienciación de la importancia de esta cuestión y la formación del personal sanitario en estrategias alternativas, pero que se necesita de una voluntad de aprendizaje y de aumento de las capacidades comunicativas por parte de los profesionales.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Chlan, L., Tracy, M. F., Grossbach, I., & Care, P. (2011). Achieving Quality Patient-Ventilator Management: Advancing Evidence-Based Nursing Care. *American Association of Critical-Care Nurses*, 31(6), 46-50. <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2011852>
- Dornelles Cristian, Brito Gabriele, R. C. (2012). Experiências de doentes críticos com a ventilação mecânica invasiva. *Pesquisa*, 16(4), 796–801.
- Engström, Å., Nyström, N., Sundelin, G., & Rattray, J. (2013). People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(2), 88–95. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.07.003>
- Fink, R. M., Makic, M. B. F., Poteet, A. W., & Oman, K. S. (2015). The Ventilated Patient's Experience. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 34(5), 301–308. <https://doi.org/10.1097/DCC.000000000000128>
- Flinterud, S. I., & Andershed, B. (2015). Transitions in the communication experiences of tracheostomised patients in intensive care: A qualitative descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 24(15–16), 2295–2304. <https://doi.org/10.1111/jocn.12826>
- Fraser, I., Mawdsley, C., Leasa, D., Pedersen, C., Fowler, R. A., Rubenfeld, G., ... Rose, L. (2014). Prolonged mechanical ventilation in Canadian intensive care units: A national survey. *Journal of Critical Care*, 30(1), 25–31. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.07.023>
- Freeman-Sanderson, A. L., Togher, L., Elkins, M. R., & Phipps, P. R. (2016). Return of voice for ventilated tracheostomy patients in ICU: A randomized controlled trial of early-targeted intervention. *Critical Care Medicine*, 44(6), 1075–1081. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001610>
- Guttormson, J. L., Bremer, K. L., & Jones, R. M. (2015). “Not being able to talk was horrid”: A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(3), 179–186. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.10.007>
- Haugdahl, H. S., Dahlberg, H., Klepstad, P., & Storli, S. L. (2017). The breath of life. Patients' experiences of breathing during and after mechanical ventilation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 40, 85–93. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.01.007>

- Karlsson, V., Bergbom, I., & Forsberg, A. (2012). The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: A phenomenological-hermeneutic study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(1), 6–15. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.11.002>
- Karlsson, V., Lindahl, B., & Bergbom, I. (2012). Patients' statements and experiences concerning receiving mechanical ventilation: A Prospective Video-Recorded Study. *Nursing Inquiry*, 19(3), 247–258. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2011.00576.x>
- Khalafi, A., Elahi, N., & Ahmadi, F. (2016). Continuous care and patients' basic needs during weaning from mechanical ventilation: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 37, 37–45. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.05.005>
- Khalaila, B. R., Zbidat, W., Anwar, K., Bayya, A., Linton, D. M., & Sviri, S. (2011). Communication difficulties and psychoemotional distress in patients receiving mechanical ventilation. *American Journal of Critical Care*. 20(6), 470–479.
- Kowalski, S., El-Gabalawy, R., Macaulay, K., Thorkelsson, R., Robertson, A., Bshouty, Z., & Girling, L. (2017). Weaning from mechanical ventilation using tracheostomy cuff deflation and a one-way speaking valve: a historical-cohort series. *Canadian Journal of Anesthesia*, 64(12), 1286–1288. <https://doi.org/10.1007/s12630-017-0964-3>
- Merchán-Tahvanainen, M. E., Romero-Belmonte, C., Cundín-Laguna, M., Basterra-Brun, P., San Miguel-Aguirre, A., & Regaira-Martínez, E. (2017). Experiencias del paciente durante la retirada de la ventilación mecánica invasiva: una revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva*, 28(2), 64–79. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2016.11.003>
- Ortega-Chacón, V., & Martínez Díaz, D. (2017). Estrategias e instrumentos de comunicación con pacientes en ventilación mecánica invasiva. Revisión de la literatura. *Revista Española De Comunicación En Salud*, 8(1), 92. <https://doi.org/10.20318/recs.2017.3608>
- Pattison, N., & Watson, J. (2009). Ventilatory weaning: a case study of protracted weaning. *Nursing in Critical Care*, 14(2), 75–85. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2008.00322.x>
- Radtke, J. V., Baumann, B. M., Garrett, K. L., & Happ, M. B. (2011). Listening to the Voiceless Patient: Case Reports in Assisted Communication in the Intensive Care Unit. *Journal of Palliative Medicine*, 14(6), 791–795. <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0313>

- Rojas Silva, N., Galletta, M., Portoghese, I., Carta, M. G., D'Aloja, E., Campagna, M., , ... Triana, S. (2014). Implementación De Una Guía De Comunicación Para Los Pacientes Con Ventilación Invasiva Conscientes En La Unidad De Cuidado Intensivo. *Research in Nursing & Health*, 29(2), 115–119. <https://doi.org/10.1002/nur.21733>
- Sutt, A. L., Cornwell, P., Mullany, D., Kinneally, T., & Fraser, J. F. (2015). The use of tracheostomy speaking valves in mechanically ventilated patients results in improved communication and does not prolong ventilation time in cardiothoracic intensive care unit patients. *Journal of Critical Care*, 30(3), 491–494. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.12.017>
- Tate, J. A., Devito Dabbs, A., Hoffman, L. A., Happ, M. B., & Milbrandt, E. (2011). Anxiety and Agitation in Mechanically Ventilated Patients. *Qualitative Health Research*, 22(2), 157–173. <https://doi.org/10.1177/1049732311421616>
- Tracy, M. F., & Chlan, L. (2011). Nonpharmacological interventions to manage common symptoms in patients receiving mechanical ventilation. *Critical Care Nurse*, 31(3), 19–28. <https://doi.org/10.4037/ccn2011653>
- Wallander Karlsen, M. M., Heggdal, K., Finset, A., & Heyn, L. G. (2019). Attention-seeking actions by patients on mechanical ventilation in intensive care units: A phenomenological-hermeneutical study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(1–2), 66–79. <https://doi.org/10.1111/jocn.14633>
- Wenham, T., & Pittard, A. (2009). Intensive care unit environment. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care and Pain*, 9(6), 178–183. <https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkp036>

9. ANEXOS

ANEXO 1. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

| Estrategia de búsqueda bibliográfica | | | |
|--------------------------------------|---|--|--|
| Pregunta de Investigación | ¿Qué impacto tienen los problemas de comunicación durante el proceso de destete sobre los usuarios con ventilación mecánica invasiva ingresados en UCI? | | |
| Objetivos | <ul style="list-style-type: none"> • General: Conocer la importancia que tiene la comunicación durante el proceso de destete en usuarios con VMI en la UCI. • Específico 1: Determinar los problemas de comunicación que sufren los pacientes con VMI. • Específico 2: Analizar en qué medida estas dificultades influyen en su proceso de destete. • Específico 3: Formular estrategias e identificar recursos que podemos usar los profesionales de la salud para reducir estas dificultades de comunicación. | | |
| Palabras clave | Comunicación, Ventilación mecánica invasiva, destete, unidad de cuidados intensivos | | |
| Descriptores | | Castellano | Inglés |
| | Principal | Comunicación Respiración artificial | Communication Artificial respiration |
| | Secundario/s | Destete Unidad de cuidados intensivos | Weaning or ventilator weaning Intensive care unit |

| | | | |
|-----------------------------|---|---|---|
| Operadores booleanos | Especificar los tres niveles de combinación con booleanos | | |
| | 1er nivel (principal) | Comunicación AND respiración artificial Communication AND artificial respiration | |
| | 2do nivel (principal, secundario) | Comunicación AND respiración artificial AND destete Communication AND artificial respiration AND weaning | |
| | 3er nivel (principal, secundario/s) | Comunicación AND respiración artificial AND destete AND unidad de cuidados intensivos Communication AND artificial respiration AND weaning AND intensive care unit | |
| Áreas de conocimiento | Ciencias de la salud, Comunicación, Enfermería | | |
| Selección de bases de datos | Metabuscadores BVS EBSCOhost X Otras (especificar) <input type="checkbox"/> | Bases de datos específicas PubMed X Embase <input type="checkbox"/> IBECS X LILACS X CINHAL X Cuiden X Science Direct X | Bases de datos revisiones Cochrane <input type="checkbox"/> Otras (especificar) <input type="checkbox"/> |
| Límites | Años de publicación | 2009-2019 | |
| | Idiomas | Inglés, Español | |
| | Tipos de publicación | | |
| | Otros límites | 1. 2. | |

| Resultados de la búsqueda | | | | |
|--|--|---|---|---|
| Base de Datos específica 1 | Pubmed | | | |
| Límites introducidos | Solo incluir aquellos límites específicos de la BD, no los especificados anteriormente | | | |
| Resultados por niveles de combinación booleana | 1er nivel | Nº 215 | Resultado final | |
| | 2do nivel | Nº 30 | 9 | |
| | 3er nivel | Nº | Criterios de exclusión | |
| | | | Sin interés para mi tema de investigación | X |
| | | | Déficit de calidad del estudio | |
| | | | Dificultades para la obtención de fuentes primarias | |
| Base de Datos específica 2 | Cinahl | | | |
| Límites introducidos | Solo incluir aquellos límites específicos de la BD, no los especificados anteriormente | | | |
| Resultados por niveles de combinación booleana | 1er nivel | Nº 229 | Resultado final | |
| | 2do nivel | Nº 19 | 11 | |
| | 3er nivel | Nº | | |
| | Otros (en castellano) | Nº 3 | Criterios de exclusión | |
| | | | Sin interés para mi tema de investigación | X |
| | | | Déficit de calidad del estudio | |
| | | Dificultades para la obtención de fuentes primarias | | |
| Base de Datos específica 3 | Cuiden | | | |
| Límites introducidos | Solo incluir aquellos límites específicos de la BD, no los especificados anteriormente | | | |
| Resultados por niveles de | 1er nivel | Nº 2 | Resultado final | |
| | 2do nivel | Nº | 1 | |

| | | | | |
|--|--|------|---|---|
| combinación booleana | Otros | Nº | Criterios de exclusión | |
| | | | Sin interés para mi tema de investigación | X |
| | | | Déficit de calidad del estudio | |
| | | | Dificultades para la obtención de fuentes primarias | |
| Base de Datos específica 4 | Lilacs | | | |
| Límites introducidos | Solo incluir aquellos límites específicos de la BD, no los especificados anteriormente | | | |
| Resultados por niveles de combinación booleana | 1er nivel | Nº 6 | Resultado final | |
| | 2do nivel | | 1 | |
| | Otros | | Criterios de exclusión | |
| | | | Sin interés para mi tema de investigación | X |
| | | | Déficit de calidad del estudio | |
| | | | Dificultades para la obtención de fuentes primarias | |

| | | | | |
|--|--|-------|---|---|
| Base de Datos específica 5 | Ibecs | | | |
| Límites introducidos | Solo incluir aquellos límites específicos de la BD, no los especificados anteriormente | | | |
| Resultados por niveles de combinación booleana | 1er nivel | Nº 17 | Resultado final | |
| | 2do nivel | Nº | 1 | |
| | Otros | Nº | Criterios de exclusión | |
| | | | Sin interés para mi tema de investigación | X |
| | | | Déficit de calidad del estudio | |
| | | | Dificultades para la obtención de fuentes primarias | |

| | | | | |
|--|---------------------------------|-------|---|---|
| Revista Científica | Science Direct | | | |
| Límites introducidos | Marcar límite Research Articles | | | |
| Resultados por niveles de combinación booleana | 1er nivel | Nº | Resultado final | |
| | 2do nivel | Nº | 2 | |
| | 3er nivel | Nº 14 | Criterios de exclusión | |
| | | | Sin interés para mi tema de investigación | X |
| | | | Déficit de calidad del estudio | |
| | | | Dificultades para la obtención de fuentes primarias | |

| | | | | |
|--|--|-------|---|---|
| Metabuscador | Ebscohost (PsycInfo + PsycArticles) | | | |
| Límites introducidos | Solo incluir aquellos límites específicos de la BD, no los especificados anteriormente | | | |
| Resultados por niveles de combinación booleana | 1er nivel | Nº 38 | Resultado final | |
| | 2do nivel | Nº | 9 | |
| | Otros | Nº | Criterios de exclusión | |
| | | | Sin interés para mi tema de investigación | X |
| | | | Déficit de calidad del estudio | |
| | | | Dificultades para la obtención de fuentes primarias | |

ANEXO 2. TABLA DE RESULTADOS

| Autor, año, país | Metodología | Nivel de evidencia | Objetivo | Muestra | Método de recogida de datos | Resultados |
|------------------------------------|--|---------------------------|--|--|--|---|
| Wallander MM, et al., 2018, Norway | Estudio observacional con enfoque fenomenológico | IV | Explorar la interacción entre los pacientes con VM y el personal sanitario en UCI, con especial énfasis en la iniciativa por comunicarse de los pacientes. | 10 pacientes conscientes y alerta de dos UCIs Noruegas, 2 familiares y 60 profesionales de la salud. | Mediante grabación de vídeo y sonido en la habitación de los pacientes, notas escritas por personal sanitario. | <p>Recursos para la comunicación usados: tablas alfabéticas, tablas de emociones o blocs de notas para escribir.</p> <p>Si los pacientes no pueden mantener contacto visual con el profesional de la salud, usan signos auditivos (sonidos con la lengua, patadas al colchón, percutir con las manos en las barreras de la cama) o activando alarmas intencionadamente (como sería quitarse el pulsioxímetro). Es recomendable tener un dispositivo de llamada específico para estos pacientes, como pueden ser botones.</p> <p>Intentos de comunicación ineficaces por no entendimiento entre las dos partes, lo que lleva a la frustración, ira, miedo o problemas existenciales por parte del paciente.</p> <p>La comunicación y encuentros significativos son esenciales para los pacientes, inspirando su esperanza, recursos y motivación.</p> <p>El cuidado centrado en el paciente requiere habilidades comunicativas y conocimiento en como los pacientes afrontan la experiencia de estar conscientes y alerta durante la VM.</p> |

| | | | | | | |
|------------------------------------|---------------------|-----|---|--|---|--|
| | | | | | | Las UCIs deben adaptarse para crear un entorno más humanista y terapéutico del cuidado hacia el paciente ventilado. |
| Kowalsky S, et al., 2017, Canada | Estudio de casos | III | Aportar luz a la utilidad de las válvulas fonadoras (SVT) para facilitar más investigación en esta importante intervención. | 34 pacientes de UCI | Revisión del perfil de los pacientes | <p>Uso satisfactorio de la SVT en un diverso grupo de pacientes.</p> <p>Reportan un beneficio psicológico, ya que un 90% de los pacientes recuerda la experiencia de no poder hablar como extremadamente preocupante (frustración, temor por la seguridad, tristeza, ansiedad y falta de poder).</p> <p>Inhabilidad para hablar asociada con una falta de compromiso del paciente con su plan de cuidado y aumento de su tiempo de estancia en la unidad, así como secuelas negativas a largo plazo.</p> |
| Haugdahl HS, et al., 2017, Noruega | Estudio cualitativo | IV | Comparar puntuaciones de dificultad respiratoria autoinformadas obtenidas durante la VMI, con experiencias de dificultad respiratoria | 100 pacientes con MV y 11 participantes entrevistados meses después de su salida de UCI. | Entrevistas cualitativas + metodología fenomenológica | <p>Las UCI están evolucionando hacia una terapéutica con los pacientes menos sedados, por lo que supondrá un reto interaccionar con los pacientes con VMI.</p> <p>Preguntar al paciente sobre su confort respiratorio/comunicativo es nuestra responsabilidad, ya que la presencia de disnea y dolor, y las experiencias estresantes en la UCI son pilares para un trastorno de estrés postraumático.</p> |

| | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------|-----|--|--------------|---|---|
| | | | recordadas y explorar la experiencia vivida. | | | Conocer la presencia y el impacto de la pérdida de capacidad de respirar por uno mismo, es en sí una actividad terapéutica. |
| Ortega-Chacón V, et al., 2017, España | Revisión de la literatura | III | Identificar métodos o estrategias efectivas de comunicación con individuos conscientes sometidos a VMI | 11 artículos | Búsqueda en bases MEDLINE, CINAHL, LILACS, CUIDEN PLUS. | <p>Los profesionales de enfermería apuntan que reciben poca formación en evaluación y métodos de comunicación.</p> <p>Las estrategias e instrumentos se centran en el uso de gestos, expresión facial, lenguaje corporal, movimientos de cabeza, apretar las manos, el tacto, uso de lápiz y papel, las letras del alfabeto y la tabla de palabras e imágenes. Estos métodos pueden ser poco fiables por su potencial de generar interpretaciones inadecuadas.</p> <p>El uso de material visual ilustrado aumenta la efectividad de la comunicación, aunque no la resuelve completamente.</p> <p>El uso de estrategias más sofisticadas, como el método VOCA o teclados virtuales, uso del ratón con el iris u otros dispositivos de acceso tecnológico son escasamente utilizados, por su alta complejidad y la necesidad de capacitación por parte de los implicados.</p> <p>Se necesita una valoración individualizada del paciente, sus potenciales, necesidades, cultura, preferencias o valores, para identificar una estrategia que sea la más adecuada para su situación.</p> |

| | | | | | | |
|---|-------------------------------|----|--|---|--------------------------------|---|
| Freeman-Sanderson AL, et al., 2016, Australia | Estudio prospectivo aleatorio | II | Comparar una intervención de comunicación temprana con una terapia estándar en pacientes con traqueostomía y VMI | 30 pacientes de UCI adultos de un hospital urbano de tercer nivel. 15 de ellos fueron grupo de control y 15 grupo de estudio. | Escala VASES y EQ-5D. | <p>La recuperación de la fonación con las válvulas se ha asociado a una mejora significativa de la calidad de vida en la UCI reportada por los pacientes.</p> <p>La intervención de un patólogo del lenguaje conlleva una mejora significativa de la restauración eficaz del habla.</p> <p>La comunicación temprana es beneficiosa para mejorar el cuidado del paciente en la UCI, así como para reportar síntomas clínicos y mejorar el manejo del dolor, delirium y distrés emocional.</p> |
| Khalafi A, et al., 2016, Iran | Estudio cualitativo | IV | Describir el proceso de cuidado continuo durante el destete, así como analizar los obstáculos y facilitadores del proceso de destete desde el inicio hasta el final desde la perspectiva del personal sanitario, especialmente las enfermeras. | 22 enfermeros y fisioterapeutas de la UCI y 3 pacientes hospitalizados en la UCI | Entrevistas semi-estructuradas | <p>La forma más importante de llegar a conocer a un paciente es pasar tiempo con él. El conocer a un paciente es necesario para tener control sobre sus aspectos de destete.</p> <p>Una comunicación constante incluyendo contacto cara a cara puede incrementar el nivel de confianza del paciente y por consiguiente su nivel de control sobre el destete.</p> <p>Una comunicación continua facilita el destete, mientras que una mala comunicación con el paciente causa ansiedad y enlentece su recuperación.</p> <p>Las intervenciones para reducir el nivel de ansiedad del paciente pueden ser: dar información de su estado de salud, proveer soporte emocional.</p> <p>Es importante entender las percepciones del paciente, dado su inhabilidad de articular sus necesidades.</p> |

| | | | | | | |
|---|----------------------------------|------------|--|--|---|--|
| <p>Merchán-Tahvanainen ME, et al., 2016, España</p> | <p>Revisión de la literatura</p> | <p>III</p> | <p>Identificar en la literatura las experiencias de los pacientes durante la retirada de la VMI y cómo intervienen en dicho proceso.</p> | <p>15 publicaciones extraídas de las bases de datos señaladas.</p> | <p>Búsqueda bibliográfica en Pubmed, CINAHL y PsycINFO con los términos (<i>patient, experience, ventilator weaning</i>) y los límites de edad (>19 años) y el idioma (inglés, español y finlandés).</p> | <p>El estado mental y emocional de los pacientes afecta a su estado funcional (fatiga, disnea, ansiedad).</p> <p>El hecho de no ser capaces de hacerse entender les lleva a experimentar pánico y frustración. Por otro lado, sienten sentimientos de alivio al ser capaces de atraer la atención de los profesionales estableciendo con ellos estrategias de comunicación a través de la utilización de señales y gestos.</p> <p>Las emociones negativas que viven les predispone a la dificultad para el destete y/o el fracaso.</p> <p>Muchos pacientes anhelan la interacción con el equipo de salud.</p> <p>Un aspecto predominante valorado como la peor experiencia, junto al dolor, es la incapacidad de comunicarse. Los pacientes consideran adecuado el uso de estrategias que les ayudan y reconocen la habilidad de las enfermeras para llevarlas a cabo. Un factor clave para el destete exitoso es la seguridad y confianza experimentada por los pacientes entorno a los profesionales sanitarios.</p> <p>La evaluación de los síntomas objetivos, junto con la exploración del área emocional del paciente, es imprescindible para comenzar un destete exitoso.</p> <p>La presencia activa de los familiares podría facilitar al equipo sanitario a reconocer en los pacientes sentimientos</p> |
|---|----------------------------------|------------|--|--|---|--|

| | | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------|-----|---|---|-----------------------------------|---|
| | | | | | | <p>de rabia, desesperación, ansiedad y tristeza y, de este modo, lograr una solución conjunta.</p> <p>Es ineludible la necesidad de estandarizar la practica enfermera en el proceso de atención al paciente durante el destete de la ventilación mecánica teniendo en cuenta las experiencias enunciadas, las necesidades personales de cada paciente y siendo flexible en lo relativo a la adaptación a cada uno de ellos. De ahí a que todos los protocolos de destete contemplen la dimensión psicológica y emocional del paciente a lo largo del proceso. En este sentido, se propone incluir en ellos dos aspectos fundamentales: la información y la relajación.</p> <p>La información y la comunicación deben orientarse hacia la participación activa en la toma de decisiones, permitiendo su colaboración y autonomía. Es necesario establecer un sistema de comunicación efectivo con el paciente. Para ello se pueden utilizar desde métodos tradicionales (pizarras, tarjetas SI/NO, gestos con las manos) hasta nuevas alternativas digitales (Tablet o PDA, board maker, plaphoons, Sicla 2.0).</p> |
| Sutt AL, et al., 2015, Australia | Estudio retrospectivo | III | Evaluar el efecto de la introducción de las válvulas de | Pacientes traqueotomizados con VM de la UCI | Recogida de información clínica e | La inhabilidad de hablar disminuye la adherencia a las recomendaciones, lleva a una baja satisfacción, depresión, |

| | | | | | | |
|----------------------------------|--|----|--|---|---|--|
| | preobservacional- postobservacional | | traqueotomía “in- line” sobre la duración de la ventilación mecánica y el tiempo de comunicación verbal. | cardiorácica desde Enero del 2011 hasta Diciembre del 2012 | informes médicos de la UCI | desconexión social y una reducida motivación por participar en el propio cuidado. Las Speaking Valves (SV) no tienen un impacto negativo sobre la duración de la VMI ni aumentan el tiempo de decanulación. La habilidad de comunicarse verbalmente mientras los pacientes están mecánicamente ventilados puede tener un efecto positivo sobre el Síndrome post-UCI. La habilidad de comunicación del paciente mejora sustancialmente. |
| Fink RM, et al., 2015, USA | Estudio descriptivo | IV | Describir la experiencia de los pacientes con VM: explorar los recuerdos de los pacientes y la familia entorno a la VM, determinar si hay correlación entre el nivel de dolor registrado por las enfermeras y el recordado por los | 84 pacientes y 77 miembros de la familia. | Recogida de información médica, incluido los datos demográficos de los pacientes, la administración de medicación y la evaluación del nivel de dolor y sedación | La inhabilidad para comunicarse con el personal sanitario contribuye a un estado de estrés del paciente. Una comunicación clara, compasiva y repetida es necesaria para el paciente y su familia. La comunicación debería ser, no solo sobre el ventilador, sino sobre qué información damos al paciente, el manejo de su dolor, las rutinas de la unidad y el proceso de destete. Es importante el uso de herramientas de comunicación como pizarras, establecer un plan de comunicación con el paciente, usar escalas visuales para evaluar el discomfort, gestos, vocalizar con los labios, realizar preguntas de si/no. A menudo las enfermeras no son capaces de establecer una comunicación eficaz debido al nivel de sedación, poca |

| | | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|----|--|---|--------------------------------|---|
| | | | pacientes, y determinar el nivel de satisfacción del paciente y familia durante su cuidado. | | por parte de las enfermeras. | <p>eficacia de leer los labios o por déficits cognitivos del paciente. Esto causa una situación de frustración del paciente y aumenta su malestar.</p> <p>Es importante incluir a la familia en el plan de cuidados, para reducir su ansiedad, a la vez que la del paciente; además de ayudar al personal sanitario en el reconocimiento de gestos o expresiones faciales que puedan identificar del paciente.</p> |
| Flinterud SI, et al., 2015, Noruega | Estudio descriptivo cualitativo | IV | Describir como los pacientes traqueostomizados en UCI experimentar los actos de comunicación y entender mejor sus experiencias en un contexto de teoría de transición. | 11 pacientes previamente traqueostomizados en una UCI | Entrevistas semi-estructuradas | <p>La importancia que dan los pacientes a los cuidados y entendimiento por parte de los profesionales de la salud, a pesar de las incómodas experiencias.</p> <p>Los pacientes expresaron un amplio espectro de emociones negativas asociadas a su inhabilidad para hablar: frustración, pánico, ira, falta de poder, pérdida de control, etc.</p> <p>Los participantes dieron importancia a la comunicación no verbal, como contacto ocular y físico, lo que aportaba sensación de seguridad.</p> <p>La actitud cuidadora y de salvaguarda comunicada por el personal sanitario ayudó a los participantes a lidiar con su situación.</p> |

| | | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----|--|--|--|--|
| Rose L, et al., 2014, Canadá | Encuesta transversal exploratoria | III | Describir la prevalencia y las prácticas de cuidado en pacientes con ventilación mecánica prolongada | 450 unidades de UCI o de destete | Cuestionario online via Web link durante 6 meses haciendo recordatorios via teléfono o email | <p>La mayoría de las unidades usan herramientas de comunicación tradicionales como pizarras alfabéticas o de escribir y tienen acceso a profesionales del lenguaje.</p> <p>El uso de tubos de traqueostomía y válvulas fonadoras es muy común.</p> <p>El uso de escalas del delirium, sedación y evaluación del dolor es una herramienta importante a tener en cuenta.</p> <p>Algunas unidades reportaron tener un acceso limitado a alguna de estas herramientas.</p> |
| Guttormson JL, et al., 2014, USA | Estudio descriptivo | III | Describir la experiencia de comunicación del paciente durante la VM | Entrevistas y Cuestionario de Experiencia de Cuidado Intensivo | 31 participantes seleccionados de la UCI en el medio oeste de USA. | <p>Los participantes reportaron dificultades comunicando sus necesidades y una falta de información recibida. Ambas contribuyeron a desarrollar emociones negativas durante su estancia en UCI e impactaron en su satisfacción con el cuidado recibido.</p> <p>La inhabilidad para comunicarse fue asociada con el sentimiento de ser desatendido, miedo y ansiedad.</p> <p>Los beneficios de recibir más información fueron un sentimiento de seguridad, reafirmación y de aliviar la ansiedad y “asentar la mente”.</p> <p>Los métodos de comunicación alternativa testados fueron: pizarras alfabéticas, escritura, gestos, señalar, símbolos con las manos y el uso de familiares. Recalaron la necesidad de crear un Sistema de comunicación alternativo.</p> |

| | | | | | | |
|----------------------------|---------------------|----|--|---|---|--|
| | | | | | | <p>El personal de enfermería necesita tener los conocimientos y las habilidades para aprovechar el uso de las estrategias de comunicación alternativa, ya que son el punto de conexión con el paciente.</p> <p>Las enfermeras identificaron las barreras de comunicación incluyendo el tiempo que disponen para cada paciente, la dificultad para leer los labios y la frustración por no ser capaces de entender al paciente.</p> <p>El entrenamiento de las enfermeras en las estrategias de comunicación alternativa mejora la comunicación enfermero-paciente, descendiendo el nivel de ansiedad del paciente, mejorando las habilidades enfermeras y la confianza de ambos.</p> |
| Tate JA, et al., 2012, USA | Estudio Cualitativo | IV | Describir las características de la ansiedad y agitación experimentado por los pacientes con VM, explorar cómo el personal de salud reconoce e interpreta la | Recogida de información existente de un estudio etnográfico de 30 pacientes críticos que estaban siendo destetados de una VM prolongada, incluyendo | 30 pacientes críticos, familiares y personal sanitario que estuvo a su cargo. | <p>La respuesta a las actividades de cuidado de los pacientes con poca capacidad de comunicación era inmediata, acompañada de reacciones fisiológicas como la taquicardia, la taquipnea y la hipertensión.</p> <p>En los pacientes con más capacidad de comunicación, reaccionaban con más calma a los estímulos verbales y táctiles, y eran más cooperativos en sus cuidados de salud.</p> <p>Además de las respuestas fisiológicas al estrés que causa la VM, también tenemos respuestas psico-conductuales: morder el tubo endotraqueal, movimientos musculares</p> |

| | | | | | | |
|-----------------------------------|---------------------|----|---|---|---|--|
| | | | ansiedad y agitación, describir estrategias intervenciones usadas para el manejo de la ansiedad y agitación con este tipo de pacientes. | información y médica, observacional y entrevistas. | | <p>como la tensión facial, hacer muecas, resistir-se a los cuidados, inquietud, muestra de emociones como el miedo, frustración, ira, llanto, depresión, etc.</p> <p>A veces la expresión e interpretación de estas muestras de ansiedad no ayudan a la identificación de síntomas fisiológicos como delirium o dolor.</p> <p>El manejo de esta ansiedad puede llevarse a cabo con una simple conversación sobre tópicos externos al entorno del paciente, o mediante coaching, estrategias verbales de reafirmación y ánimo. Más de la mitad de las familias usaron música para minimizar la ansiedad del paciente.</p> <p>Existe un conflicto en el manejo de la ansiedad del paciente, ya que hay varios clínicos que optan por la sedación de éstos, retrasando su extubación y causando una repetición del proceso de despertar. Incluso en los protocolos de sedación, el juicio enfermero permanece como un componente significativo de la aplicación de estas guías según su criterio.</p> |
| Dornelles C, et al., 2012, Brasil | Estudio cualitativo | IV | Comprender las experiencias de los pacientes que recibieron VMI en UCI | Entrevista semiestructurada: 7 preguntas para caracterizar los informantes (edad, | 10 pacientes mayores de 19 años con uso de VMI mayor a 48h. | La necesidad de comunicación es inherente al ser humano, e incluye su capacidad para socializar y adaptarse a un entorno desconocido. |

| | | | | | | |
|----------------------------------|---------------------|----|---|---|-------------------------------|--|
| | | | | estado civil, profesión, estancia en UCI, duración VMI, enfermedad responsable del uso de VM) y 5 preguntas abiertas sobre el uso de la VM, las dificultades encontradas, la percepción de la calidad de los cuidados, etc. | | <p>Los pacientes que reciben VMI experimentan miedo, pánico e inseguridad de comunicarse al ser incapaces de hablar (debido al tubo endotraqueal y los fármacos sedantes).</p> <p>La incapacidad para mantener una comunicación adecuada puede producir estrés, tanto para el paciente, que no puede ser entendido, como para el profesional, que muchas veces no puede entender el contenido del mensaje del paciente.</p> <p>Entender las necesidades que experimentan estos pacientes es fundamental para el personal de enfermería, para buscar estrategias características que minimicen su estado de desconfort.</p> <p>La comunicación enfermera-paciente (mediante gestos y signos con la cabeza) se considera esencial para el desarrollo de una terapia exitosa.</p> <p>Proporcionar información y explicaciones al paciente con VMI fue percibido por los pacientes como calmante.</p> <p>Explicar los procedimientos a realizar previamente reduce el desconfort, dejando consciencia de lo que va a suceder, siendo capaces de hacer frente al estrés, reducción de la inseguridad y la ansiedad de no saber lo que está pasando.</p> |
| Engström A, et al., 2012, Suecia | Estudio cualitativo | IV | Describir las experiencias de los pacientes bajo VM | Entrevistas personales cualitativas | 8 personas que pasaron por VM | La alteración del habla y las dificultades de comunicación conducen a una sensación de vulnerabilidad y falta de |

| | | | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|----|--|-------------------------------|-----------------------------|--|
| | | | en las unidades de cuidados intensivos. | | en UCIs del norte de Suecia | <p>control, reducción de la sensibilidad, problemas para dormir y sentimiento de soledad.</p> <p>Los pacientes intentaron sin éxito expresarse mediante mímica y mensajes escritos o apuntando a una pizarra, debido a la falta de control de sus brazos o que sus manos temblaban por la pérdida de fuerza.</p> <p>Sus familiares y amigos podían entender e interpretar sus gestos mejor. Tras un tiempo, el personal sanitario aprendió a identificar lo que los pacientes querían decir y encontraron sus propios métodos de llamar la atención (por ejemplo, hacer ruido chocando el pulsioxímetro con la barrera).</p> <p>Los participantes se sintieron aliviados cuando pudieron usar una válvula fonadora o escribir un mensaje, y así expresar sus pensamientos.</p> |
| Karlsson V, et al., 2011, Suecia | Estudio fenomenológico-hermenéutico | IV | Iluminar la experiencia vivida de los pacientes que estuvieron conscientes durante su VM en la UCI | Entrevistas grabadas en video | 12 pacientes | <p>Ser incapaz de pronunciar una sola palabra o decir su propio nombre es considerado particularmente difícil, conllevando a los pacientes a sentir como si hubiesen perdido su personalidad e identidad.</p> <p>Cuando los pacientes intentan comunicarse, aprenden a encontrar palabras que son más fáciles de identificar por las enfermeras cuando les leen los labios. Las enfermeras más mayores o con más experiencia entienden más fácilmente lo</p> |

| | | | | | | |
|----------------------------------|---------------------|-----|--|--|------------------------|---|
| | | | | | | <p>que el paciente quiere comunicar que las que tienen menos experiencia.</p> <p>Aunque los pacientes quieran comunicarse con sus seres queridos en privado, el constante ir y venir del personal sanitario lo dificulta. Los pacientes refieren preferir no comunicar el mensaje privado que hacerlo delante del personal.</p> <p>La participación y comunicación con el personal sanitario lleva a los pacientes a sentirse como individuales importantes, sentirse a salvo y cuidados.</p> <p>La proximidad de las enfermeras, voluntad de facilitar la comunicación y conocer al paciente reduce el sentimiento de dependencia. La comunicación permite la formación de relaciones de confianza entre enfermero-paciente. Es vital que las enfermeras de la UCI se formen en técnicas de comunicación para centrarse en los pacientes conscientes durante la VMI.</p> |
| Karlsson V, et al., 2011, Suecia | Estudio prospectivo | III | Describir las declaraciones, proceso de comunicación y expresiones | Grabación de video de una entrevista realizada a los pacientes mientras estaban con VMI. | 4 mujeres y 10 hombres | El no ser capaces de hablar y no tener voz era molesto, incomodo y extraño para algunos, mientras que otros se sentían seguros creyendo que eran entendidos por los profesionales. Escribir sobre papel o pizarras para hacerse entender ante los profesionales o familiares se llevaba toda su energía, fue más fácil comunicarse una vez implantada la |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | <p>faciales de los pacientes con VMI</p> | | <p>traqueostomía y el balón deshinchado para conectar la válvula fonadora.</p> <p>Los pacientes desarrollaron estilos individuales de comunicación, aunque había características comunes. La mayoría de los pacientes usaron ayudas como el bolígrafo y papel, aunque algunos fueron incapaces de escribir debido a sus lesiones o porque estaban demasiado débiles o temblorosos para hacerlo.</p> <p>Los pacientes describieron sentimientos de pánico, ansiedad e incomodidad relacionado con el no poder hablar. Lo más descrito fue un sentimiento de vulnerabilidad.</p> <p>Las técnicas de comunicación más usadas son asentimientos, la escritura y la lectura de labios, así como el guiño (un guiño para “sí” y dos guiños para “no”).</p> <p>Puede ser difícil para el personal sanitario entender a los pacientes cuando nunca han trabajado en unidades con pacientes con VMI. Esto puede resultar en frustración y miedo al fracaso, influenciando su comunicación con los pacientes.</p> <p>Es de suma importancia para los profesionales y pacientes el construir y establecer una buena comunicación para la continuidad de cuidados.</p> |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|------------------------------|---------------------|-----|--|----------------------------|---|---|
| Chan L, et al., 2011, USA | Estudio Cualitativo | IV | Presentar sugerencias a las enfermeras para mejorar sus habilidades, competencias y confort en el cuidado de pacientes con VM, con un enfoque específico en las estrategias de comunicación. | Experiencia de los autores | | <p>La frustración experimentada en los intentos de comunicación con el personal y la familia es comentada frecuentemente.</p> <p>Para que las estrategias alternativas de comunicación sean más significativas y centradas en el cuidado del paciente, se recomienda resaltar especialmente en los países en el cambio de parte y en las evaluaciones conjuntas.</p> <p>Una de las necesidades más importantes que conseguir cubrir en el cuidado de este tipo de pacientes es la de promover una comunicación efectiva, ya que están expuestos a la toma de decisiones muy importante referente a su tratamiento y línea terapéutica a seguir.</p> |
| Radtke JV, et al., 2011, USA | Estudio de casos | III | Ilustrar el uso de un patólogo del lenguaje y las estrategias alternativas de comunicación entorno a un grupo de pacientes agudos en la UCI. | 3 casos clínicos | Los casos fueron sacados de dos fuentes: el estudio de la efectividad enfermera-paciente con las estrategias de comunicación asistida | <p>Las intervenciones alternativas de comunicación aportadas por el patólogo del lenguaje fueron bien recibidas por el paciente, personal y miembros de la familia. Estos potenciaron la autonomía del paciente, normalizaron la comunicación lo mejor posible y permitieron la transmisión de información precisa, sobre todo acerca de necesidades inmediatas.</p> <p>Como consecuencia, se produjo un impacto positivo sobre la eficiencia de la comunicación, el destete, la afectación del</p> |

| | | | | | | |
|----------------------------------|---------------------|-----|--|----------------------------------|--|--|
| | | | | | (SPEACS) y la consulta del cuidado agudo del lenguaje de un autor (BMB). | paciente, la precisión de la evaluación y tratamiento de la sintomatología. Con las intervenciones alternativas de comunicación, los pacientes pudieron participar activamente en las discusiones de preferencia de tratamiento, tomar decisiones sobre sus opciones y comunicar sus mensajes finales. Las estrategias como la escritura, las pizarras de dibujo pueden ser altamente efectivas, y los materiales pueden ser impresos y adquiridos fácilmente por el personal de la unidad. |
| Tracy MF, et al., 2011, USA | Estudio cualitativo | IV | Describir intervenciones no farmacológicas para el manejo de los síntomas más comunes de los pacientes con ventilación mecánica. | Experiencia de los autores | | Una frecuente reorientación de los pacientes y descripciones del entorno puede proveer un contexto para los pacientes que tienen dificultades de comunicación. Mediante la comunicación con el paciente y su familia se pueden descubrir detalles del día a día del paciente que pueden hacer de su estancia en la UCI una experiencia menos dolorosa e incómoda. Por ejemplo: un paciente con dolor de espalda crónico puede manifestar que en una posición determinada en la cama sufre menos dolor, y así sobrellevar su tiempo encamado de forma más confortable. |
| Khalaila R, et al., 2011, Israel | Estudio transversal | III | Examinar la asociación entre las características de la | 65 pacientes críticos, extubados | Entrevista estructurada. | Los pacientes tratados con VMI experimentan un distrés psicoemocional desde moderado hasta alto al ser incapaces |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---------------------------|--|---|
| | | | comunicación y el distrés emocional en los pacientes con VM en una UCI e identificar factores que pueden ser predictivos de resultados psicológicos. | entre las siguientes 72h. | | <p>de comunicarse, además de un cúmulo de emociones negativas como la depresión, la ansiedad, el miedo y la ira. Las intervenciones para prevenir el distrés psicoemocional deberían centrarse en estos pacientes con dificultades comunicativas.</p> <p>Facilitar métodos de comunicación efectivos y apropiados podría proteger a los pacientes de estas emociones negativas.</p> <p>Se ha asociado el uso de métodos de comunicación física (sacudir las manos, asentir con la cabeza, leer los labios, expresiones faciales) con un bajo nivel de distrés entre los pacientes.</p> <p>Grandes dificultades en comunicarse con los miembros de la familia están correlacionadas con grandes sentimientos de ira por parte de los pacientes. Los familiares de los pacientes están menos equipados o son menos hábiles en comunicarse con personas incapaces de hablar, o son menos capaces de entender los mensajes que quieren transmitir.</p> <p>Los métodos de comunicación usados fueron más efectivos en reducir el miedo y la ira que en reducir la depresión y la ansiedad.</p> |
|--|--|--|--|---------------------------|--|---|

| | | | | | | |
|------------------------------|---------------------|-----|--|-------------------|--|--|
| Wenham T, et al., 2009, UK | Estudio Cualitativo | IV | Conocer los factores estresantes del ambiente en la UCI y aportar sugerencias para minimizar estos efectos adversos. | | | <p>Los pacientes ventilados mecánicamente describen el “no ser entendidos” como extremadamente estresante. También invierten una significativa cantidad de energía en esfuerzos insatisfactorios por comunicarse.</p> <p>La comunicación y el entendimiento pueden mejorarse con el uso de papel y material de escritura, pizarras de letras y “<i>computer voice recorders</i>”. Los audífonos deberían ponerse, al igual que las gafas, además de consultar a la familia si ha tenido problemas con la comunicación en el pasado.</p> <p>Cuando sea posible, se debería dar toda la información para que el paciente pueda participar en su propio tratamiento clínico, toma de decisiones, etc.</p> |
| Pattison N, et al., 2009, UK | Estudio de casos | III | Examinar y reflexionar sobre por qué un paciente tardó tanto tiempo en retirarse del ventilador. | Un caso a estudio | Enfoque estructurado y diagnósticos enfermeros | <p>La ansiedad causada por la situación clínica y la incapacidad de hablar lleva a una hiperventilación y un empeoramiento de la calidad de la ventilación.</p> <p>Las barreras para comunicarse no son sólo físicas (tubo endotraqueal), sino también medicamentosas (barreras perceptivas y cognitivas).</p> <p>Cuando los pacientes no son capaces de responder a la comunicación verbal, las enfermeras pueden infravalorar la importancia que tiene el hablar con ellos. Una comunicación</p> |

| | | | | | | |
|------------------------------|---------------------------|-----|--|--|---|--|
| | | | | | | <p>pobre y limitada solo añade la posibilidad de desarrollar delirium y una ansiedad creciente.</p> <p>A medida que el soporte ventilatorio va reduciéndose gradualmente, es posible deshinchar el globo de la traqueostomía y añadir una válvula fonadora en el circuito ventilatorio. Esta medida habilita al paciente para comunicarse en una etapa temprana del destete.</p> <p>El hecho de poder comunicarse aumenta el optimismo y sensación de bienestar en los pacientes.</p> <p>El destete no es un proceso lineal, tiene sus exacerbaciones y requiere la participación activa tanto del paciente como del personal sanitario.</p> |
| Rojas N, et al., 2014, Chile | Revisión de la literatura | III | Conocer cómo se establece la comunicación entre el personal de enfermería en la UCI de adultos y los pacientes con VMI | | Búsqueda en revistas científicas entre los años 2000 y 2009 | <p>Un alto porcentaje de las alteraciones comunicativas ocurren por la presencia de barreras fisiológicas, psicosociales o técnicas, que limitan la habilidad del paciente para expresar sus pensamientos, sentimientos y deseos de manera efectiva, lo que no solo interfiere en su respuesta al proceso de hospitalización, sino que también afecta profundamente a familiares y equipo de salud.</p> <p>Las enfermeras de UCI tienden a confiar en los familiares como la voz del paciente, para poder interpretar necesidades y deseos y, a su vez, a través de la descripción del paciente al personal, la familia confiere personalidad y una historia</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>de vida de la persona enferma, describiendo patrones de vida y actividades placenteras.</p> <p>Las barreras percibidas por los pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificultad de las enfermeras para leer los labios - Los familiares no entienden lo que se les intenta decir - La falta de tiempo en las enfermeras por tratar de entender lo que los pacientes necesitan lentamente - Falta de continuidad de las enfermeras a cargo del cuidado y la interacción y entrega de cuidados centrados en el aspecto procedimental. <p>Las barreras expresadas por los enfermeros:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exceso de ruido en la unidad - Nivel de discapacidad cognitiva, psicológica o del lenguaje por parte del paciente - Nivel de conciencia y sedación - Variaciones del estado mental - Dificultad por leer los labios - Elevada carga de trabajo - Falta de conciencia del sentido y significado que la relación enfermera-paciente tiene para el propio paciente - Falta de conocimiento y entrenamiento en relación al uso de herramientas y estrategias de comunicación alternativas y falta de acceso |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>Los pacientes describen su experiencia con la VMI como un estado de aislamiento. Señalan que el no poder comunicarse fue “frustrante, difícil, terrible, depresivo, estresante, impactante, horrible, generador de ansiedad, irritante, como un infierno”.</p> <p>El no poder comprender lo que le sucede al paciente y el reducido conocimiento de estrategias que faciliten la comunicación genera frustración, insatisfacción y condiciona el desinterés de las enfermeras por establecer instancias de comunicación con el paciente ventilado. Para que la comunicación entre enfermeras y pacientes sea efectiva, se necesita considerar no sólo las habilidades personales de los profesionales, sino también los conocimientos respecto a estrategias de comunicación verbal y no verbal.</p> <p>Es importante saber el conocimiento que tienen las enfermeras sobre el impacto que tiene la falta de comunicación sobre el estado de salud de los pacientes.</p> <p>Las herramientas de comunicación que se utilizan con mayor frecuencia son aquellas que utilizan partes del cuerpo como manos, rostro, pies, e incluyen actividades como gestos, pestañeo y expresiones faciales. También se incluye</p> |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>el uso de dispositivos (imágenes de frío, calor, dolor; alfabetos y pizarras magnéticas).</p> <p>El método más utilizado es el lápiz y papel, aunque requiere que el paciente se encuentre en un estado de conciencia alerta y que le permita sostener un lápiz.</p> <p>La sola disponibilidad de las distintas herramientas no asegura su éxito, ya que existen condiciones que lo determinan, como es el estado de alerta, las funciones cognitivas, la energía y la motivación.</p> <p>Las enfermeras deben presentar ciertas actitudes que faciliten el proceso de comunicación, como son un lenguaje corporal acogedor, expresión facial amigable y establecer contacto visual.</p> <p>Los efectos perjudiciales que surgen de la falta de comprensión ante pacientes con falta de voz se detectan a través de las señales fisiológicas: presión arterial elevada, frecuencia cardíaca elevada, asincronía con el ventilador mecánico).</p> <p>Otros elementos favorecedores de la comunicación: la capacitación de las enfermeras en estrategias de comunicación efectivas, experiencia laboral previa con personas con dificultades de comunicación e interés por comunicarse.</p> |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | <p>Surge una necesidad de entrenamiento de las enfermeras con relación al desarrollo de habilidades relacionales y competencias comunicacionales.</p> <p>Las enfermeras deben dar un mayor énfasis a escuchar a los pacientes, responder a sus señales, permitirles guiar la conversación, tomarse el tiempo para hablar con ellos y reconocer la importancia de la comunicación en la recuperación.</p> |
|--|--|--|--|--|--|--|

