



Universidad Nacional De Córdoba
Facultad de Ciencias Médicas
Secretaría de Graduados
Escuela de Enfermería
Especialización en Enfermería en el Cuidado del Paciente Crítico.

Trabajo Final Integrador

***Experiencias, percepciones y necesidades de los pacientes en
AVM en UTI - Revisión Bibliográfica Sistemática de estudios
cualitativos, en los últimos 10 años.***

Alumna: Lic. Enf. Pomar Mariana Haydée

Prof. Dra. Lic. Enf. María Cristina Cometto
Prof. Dra. Lic. Enf. Patricia Fabiana Gómez

Córdoba, 25 de Julio de 2018

Experiencias, percepciones y necesidades de los pacientes en AVM en UTI - Revisión Bibliográfica Sistemática de estudios cualitativos, en los últimos 10 años

Pomar Mariana Haydée

Trabajo final integrador de la Especialización en Enfermería en el Cuidado del Paciente Crítico - 25 de Julio 2018.

Resumen: El objetivo de este trabajo fue analizar los resultados de las publicaciones en bases de datos científicas sobre las experiencias, percepciones y necesidades del paciente en asistencia ventilatoria mecánica en los últimos 10 años. Se realizó una revisión bibliográfica sistemática. Se consideró estudios originales, revisiones críticas, proyectos de investigación, tesis. Que fueran de diseño cualitativo cuyos participantes fueran mayores de edad y que hayan estado intubados o con dispositivos de ventilación mecánica no invasiva. Para el análisis de los datos de la presente investigación se utilizó un conjunto de técnicas de análisis para obtener información que permitan la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción o recepción de estos mensajes. El paciente sufre, se siente morir, se siente vulnerable, no se puede comunicar y eso lo desestabiliza. Los sentimientos sobre la despersonalización y un aumento del tecnocentrismo en los cuidados, los lleva a experimentar con más intensidad la ansiedad, el pánico y la pérdida de control. La deshumanización es percibida por los pacientes, entorpece la identificación de los problemas reales y favorece la presencia de malestar e incomodidad. En este estudio se intentó comprobar que el paciente oye, siente, padece y es vulnerable ante el estado de su salud. Se siente indefenso e inútil en su autocuidado, percibe su incapacidad y la dependencia que experimenta. Pero aunque se lo complejice, se impida la comunicación verbal por el método de tratamiento ventilatorio; el paciente sigue siendo un ser humano requirente de un cuidado humanizado y profesional, esencialmente de enfermería.

Palabras claves: Percepciones, experiencias, necesidades, pacientes con ventilación mecánica, enfermería.

Abstract: "Experiences, perceptions and needs of patients in AVM in UTI" Systematic Bibliographic Review of qualitative studies, in the last 10 years. The objective of this work was to analyze the results of publications in scientific databases on the experiences, perceptions and needs of the patient in mechanical ventilatory assistance in the last 10 years. A systematic bibliographic review was carried out. It was considered original studies, critical reviews, research projects, thesis. That they were of qualitative design whose participants were of legal age and who had been intubated or with non-invasive mechanical ventilation devices. For the analysis of the data of the present investigation, a set of analysis techniques was used to obtain information that allows the inference of knowledge related to the conditions of production or

reception of these messages. The patient suffers, feels dying, feels vulnerable, cannot communicate and that destabilizes him. Feelings about depersonalization and an increase in technocentrism in care leads them to experience anxiety, panic and loss of control more intensely. Dehumanization is perceived by patients, hinders the identification of real problems and favors the presence of discomfort and discomfort. In this study we tried to verify that the patient hears, feels, suffers and is vulnerable to the state of his health. He feels helpless and useless in his self-care, he perceives his incapacity and the dependence he experiences. But even if it is complicated, verbal communication by the ventilatory treatment method is prevented; the patient remains a human being who requires humanized and professional care, essentially nursing.

Key words: Perceptions, experiences, needs, patients with mechanical ventilation, nursing.

Índice

	Páginas
Introducción.....	5
Objetivos.....	6
Materiales y Metodos.....	6
Resultados	12
Análisis y Discusión	12
Consideraciones Finales	18
Conclusión	23
Anexos	26
Trabajos incluidos.....	27, 28, 29 y 30
Bibliografía	31
Referencias consultadas	33

Introducción

Para enfermería el cuidado se entiende como el objeto de estudio de la profesión que tiene como fin mismo el proteger y preservar la salud del individuo sin dejar de lado que este es un ser integro, interactivo y receptivo. El cuidado contempla las interacciones entre personas, donde el profesional ejecuta la empatía del cuidado, considerando sus pensamientos, sentimientos y expresiones¹.

Cuidar en enfermería implica un conocimiento propio de cada enfermo, un darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, intereses, motivaciones y conocimientos, requiere su manifestación como persona única, autentica, capaz de generar confianza, seguridad y apoyo afectivo tanto al paciente como a su entorno².

Si además nos situamos en una unidad de cuidado intensivo se debe contemplar la intensidad de una experiencia que supone el paso por ella por el paciente, quien es desplazado de su entorno, de su hogar, separado de sus seres queridos, sometido a numerosas técnicas invasivas dolorosas y siente muchas veces que la muerte puede estar cercana³.

Los problemas respiratorios constituyen hoy en día una parte importante de trastornos que generan mayor demanda de ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos. La intubación endotraqueal y asistencia ventilación mecánica (AVM), con el objetivo de poner en reposo a los músculos respiratorios y así reducir el consumo de oxígeno, como tratamiento para recuperar al paciente de un evento adverso que ponga en riesgo su salud. Influyen de manera directa o indirecta en la vulnerabilidad del paciente, quien muchas veces experimenta vivencias de diferente consideración y/o perciben variadas sensaciones las cuales tuvieron necesidades relevantes o no, a su recuperación⁴.

Para poder cumplir con el anterior plan de tratamiento, antes mencionado, se suelen utilizar sedantes y analgésicos. La administración de dichos fármacos es fundamental para darle la comodidad necesaria, reducir el estrés y evitar el retraso en la recuperación y en la liberación de la ventilación mecánica. La analgesia es el alivio de la sensación de dolor sin intención de producir sedación. Pero los agentes analgésicos pueden producir, como efecto secundario, alteración del nivel de consciencia⁵.

Aunque estos pacientes muchas veces tienen la capacidad de hablar, el mensaje puede no ser comprensible o creíble. Y es ahí donde enfermería debe actuar; debe ser mediador e intérprete en la comunicación del paciente con el equipo de salud para favorecerlo en todas sus necesidades, no solo físicas sino en todo su ser. Porque el cuidado integral fortalece la recuperación del paciente⁶.

Por ende, como profesionales de la salud, abocados al cuidado del paciente es importante conocer las experiencias, percepciones y necesidades de pacientes que estén hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos y profundizando en las respuestas de estos trabajos, enfocarlo en los pacientes que hubieren requerido de asistencia ventilatoria mecánica⁷.

Por lo anteriormente expuesto este trabajo tiene el objetivo de analizar los resultados de las publicaciones en bases de datos científicas sobre estas temáticas planteadas, bajo un rango de inclusión de los últimos 10 años y con un fin informativo de que el silencio de estos pacientes hable ahora para que enfermería profesionalice y enaltezca sus cuidados.

Objetivo General:

- Analizar los resultados de las publicaciones en bases de datos científicas sobre las experiencias, percepciones y necesidades del paciente en asistencia ventilatoria mecánica en los últimos 10 años.

Objetivos Específicos:

- Determinar una herramienta para la valoración de la calidad metodológica de los estudios encontrados.
- Determinar bases de datos a consultar y aplicar la herramienta de valoración.
- Cotejar datos detallándolos para su análisis.
- Determinar cuáles experiencias percepciones y necesidades son similares y /o coincidentes en los estudios hallados

Materiales Y Métodos:

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática utilizando bases de datos como Pubmed, Lilacs-Bireme, Scielo y Google Académico (Tabla I), en inglés, portugués y español, definiendo como límites de la búsqueda entre los años: 2008-2018. Se utilizaron las palabras claves validadas en los DeCS: Percepciones, experiencias, necesidades, pacientes con ventilación mecánica, enfermería; y sus equivalentes MeSH en inglés. Se consideró estudios originales, revisiones críticas, proyectos de investigación, tesis.

Que fueran de diseño cualitativo cuyos participantes fueran mayores de edad y que hayan estado intubados o con dispositivos de ventilación mecánica no invasiva también.

Tabla I. Estrategia de búsqueda bibliográfica (2008-2018)

Base de Datos	Resultados	Filtros	Resultados
Pubmed	187	MeSH Terms: respiration artificial; patients; health services needs and demand	6
Lilacs-Bireme	206	(tw:(percepciones)) AND (tw:(necesidades)) AND (tw:(experiencias)) AND (tw:(pacientes)) AND (tw:(ventilados))	13
Scielo	498	Necesidades del pacientes en ventilación mecánica	25
Google Académico	308	Experiencias, percepciones y necesidades de pacientes adultos críticos con ventilación mecánica	39

De entre todos los trabajos obtenidos en la búsqueda bibliográfica, se procede a descartar de forma independiente los estudios que se encontraban fuera de los criterios de inclusión. Se buscó entre las referencias bibliográficas de los artículos no descartados otros que pudieran ser incluidos en nuestra revisión (Tabla I). Una vez puestos en común los resultados, la selección definitiva incluyó un total de cuatro estudios.

Obtención de los datos

En la Tabla II se presentan los siguientes datos de los estudios seleccionados, los cuales han sido recogidos en un registro que incluye las siguientes variables: autor principal, fecha de publicación, tipo de diseño, sujetos participantes,

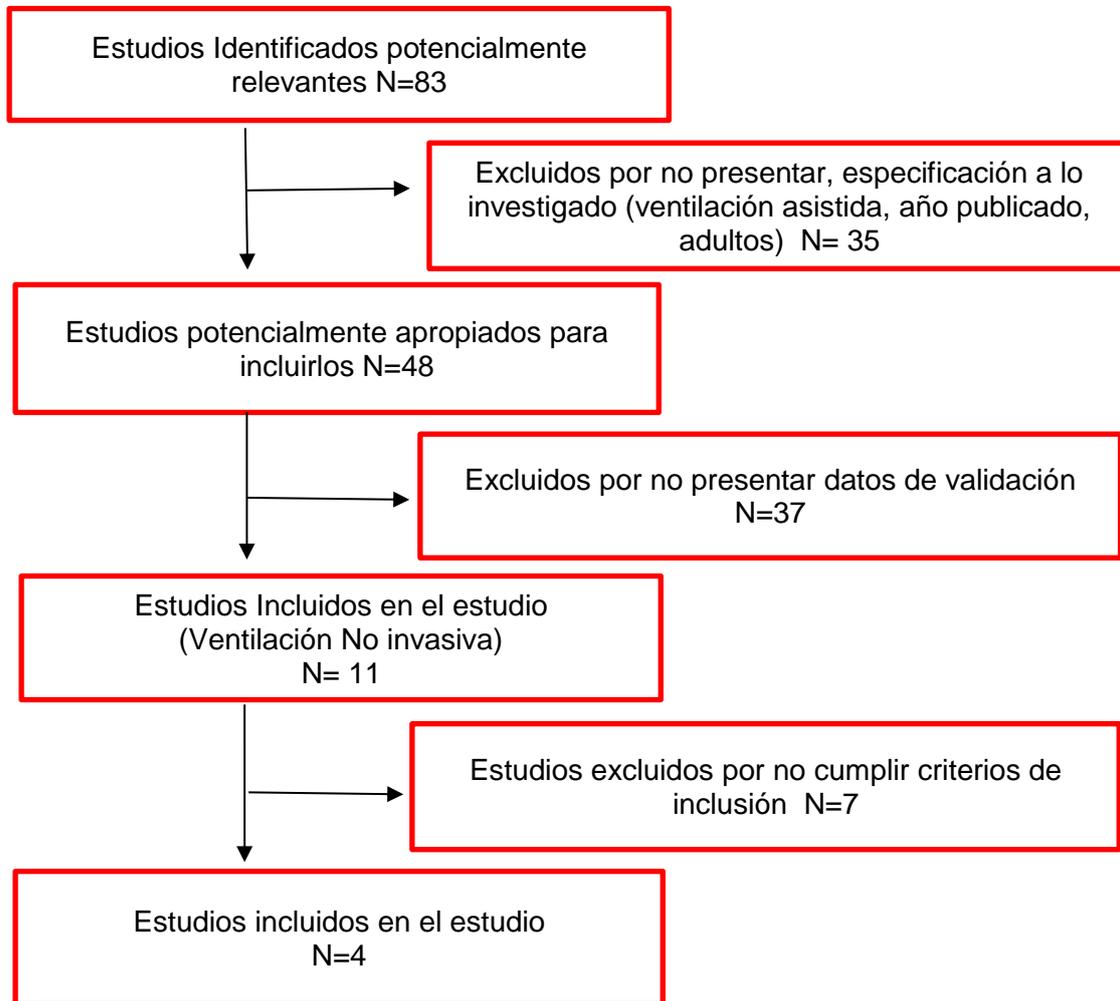
instrumentos de recogida de datos, método de análisis de datos, nivel de evidencia según el tipo de diseño.

Resultado de Búsqueda en base de datos de Multidisciplinas y criterios de Inclusión

Base de Datos	Resultados	Incluidos por criterio
Pubmed	6	0
Lilacs-Bireme	13	1
Scielo	25	1
Google Académico	39	2
Total	83	4

Para llevar a cabo la selección de los trabajos científicos bajo los criterios de inclusión, se realizó la ejecución con la *Escala Newcastle-Otawa (NOS)*⁸, la cual fue desarrollada para evaluar la calidad de estudios no aleatorizados buscando incorporar las evaluaciones de calidad en la interpretación de metaanálisis de los resultados obtenidos. La NOS evalúa la calidad a partir del contenido, diseño y facilidad de uso en la interpretación del metaanálisis. Está compuesta por *ítems*, divididos en tres dimensiones (comparación, selección, tipo de estudio) de investigaciones cuantitativas, cualitativas, de corte, transversales, caso-control entre otros. La validez aparente y de contenido fue establecida con base en una revisión crítica de los *ítems* por especialistas en el área. La fiabilidad no fue relatada, pero ya fue utilizada recientemente en el metaanálisis que observó que la escala demuestra ser confiable y válida⁹.

Diagrama de Flujo del proceso de Identificación y la inclusión de referencia para el metaanálisis.



Utilizando este método de selección, se pudo obtener la validación de pocos trabajos publicados. En consideración; aunque algunos no eran percepciones – experiencias o necesidades de los pacientes sino de los enfermeros u otro miembro del equipo de salud que trabajan en la UTI, se los incluyo en la revisión.

Ante el análisis de los trabajos relacionados, se halló un trabajo dos veces presentado por un mismo autor pero en dos años diferentes, con cambios en el título y en algunas partes esenciales como introducción, subtítulos, el análisis, entre otras cosas. Estas cosas dañan al profesionalismo de un científico, que apuesta en la construcción del conocimiento y enaltecer a nuestra amada profesión.

Tabla descriptiva de los trabajos incluidos.

Autor Principal	Título del trabajo	Fecha De Publicación	Tipo De Diseño	Sujetos Participantes	Instrumentos De Recogida De Datos	Método De Análisis De Datos
Ramón Martín Domínguez	Ventilación Mecánica no Invasiva: la experiencia de los pacientes	2017- Google Académico	Investigación cualitativa fenomenológica hermenéutica	6 pacientes, 2 mujeres y 4 hombres	Entrevista semiestructurada	Fenomenológica interpretativa de van manen y guía de lectura crítica, propuesta por Gálvez
Beltrán Salazar, Óscar	La unidad de cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo	2009- Lilacs Bireme	Método cualitativo con enfoque fenomenológico	Nueve personas maduras de entre 24 y 80	La entrevista en profundidad y la observación no participante	Esquema propuesto por cohen, kahan y Steeves
Quiñones Chapoñán	Comunicación de la enfermera intensivista en el cuidado a la persona inconsciente	2012- Google Académico	Investigación cualitativa, abordada como estudio de caso	10 Enfermeras	Entrevista semiestructurada y observación participante	Las bases teóricas se sustentaron en Stefanelli, Jean Watson y Torralba
Cristian Dornelles; Gabriele Brito de Oliveiral; Camila Rose G.B. Schwonkell; José Richard de Sosa Silva	Las experiencias de pacientes críticos con ventilación mecánica invasiva	2012- Scielo	Investigación cualitativa con enfoque fenomenológico	10 pacientes (Mayoría hombres)	Itinerario semiestructurado de entrevista. Todas las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas de manera digitalizada.	Análisis textual, la cual involucra identificar y aislar enunciados de los materiales a ella sometidos, categorizándolos y produciendo textos descriptivos e interpretativos

Resultados

Para el análisis de los datos cualitativos de la presente investigación se utilizó el análisis de contenido temático. Según Polit¹⁰; el análisis de contenido es un conjunto de técnicas de análisis que busca a través de procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los trabajos, obtener información que permitan la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción o recepción de estos mensajes.

Análisis y Discusión

En el presente trabajo de investigación, posterior a la recolección de datos, se procedió a la sistematización y ordenamiento de la información, en este caso, los datos de experiencias, necesidades o percepciones fueron plasmadas en una lista para su comparación. Y esta información a su vez fue analizada acorde con el marco teórico existente de tal manera que se pudiera proceder a la teorización presentada. No hubo coincidencias textuales en los cuatro trabajos, pero sí muy similares y relacionadas al cuidado humano, donde quedó evidenciado que el paciente siente y muchas veces padece a cada instante lo que sucede a su alrededor y consigo mismo.

- *Experiencias, necesidades y percepciones del paciente en una UTI con ventilación asistida por trabajo científico analizado*
 - El *miedo* a lo desconocido. La experiencia del *pánico*, la *ansiedad*.
 - *Dependencia* de otras personas y dependencia de una máquina. La experiencia de la pérdida del control. Estos se ven limitados sus movimientos y su actividad habitual, primero por un deterioro en su estado de salud, y segundo por encontrarse unidos a un respirador.
 - La experiencia de la *falta o trastorno del sueño*. La principal causa referida como causante de la falta o trastorno del sueño es el ruido del respirador y las alarmas. La dificultad de cambiar de posición y el no poder colocarse en una postura cómoda pueden agravar la alteración en el patrón del sueño.

- Experiencias de *desorientación o agitación*.
- Sensación de *malestar* por el dispositivo de AVM.
- *Agotamiento* del paciente. La rendición por sensación de abandono.

Ramón Martín Domínguez- 2017

- *La soledad y el silencio*: La sensación de soledad se debió al alejamiento del contacto físico, de las palabras y demostraciones de afecto también al aislamiento de los seres queridos, son más relevantes que el ruido del ambiente, que está lleno con sonidos que no son los que se desean escuchar en un lugar como la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) que se caracteriza por el ruido permanente de las alarmas, los monitores y las personas que hablan.
- Sentir *frío*. Un frío que perciben los pacientes de la UTI contribuyen varios factores; por un lado, la temperatura es baja por la acción de los acondicionadores de aire y por la falta de abrigo. Por otro lado, la falla circulatoria en relación a la patología que padezca.
- Sentir *olores*. La UTI también fue descrita por los participantes como un lugar que tiene olores característicos que permanecen en la memoria.
- Sensación de *Despersonificación - mutismo*: Múltiples procedimientos tuvieron efecto, fueron administrados medicamentos, situaciones de urgencia fueron resueltas, pero no hubo explicación alguna o palabras dirigidas a los pacientes. La palabra ausente (la ausencia de comunicación verbal y de diálogo, al predominio del silencio; la palabra ausente no favorece la expresión de las necesidades del paciente; además, no acompaña en la soledad, ni ayuda en la angustia: no le hablo porque no me escucha), la palabra no entendida (para los pacientes cuando consistía en un lenguaje incomprensible al expresarse en un idioma diferente o en términos técnicos y científicos que no estaban a su alcance: el paciente no entiende terminología), las palabras de siempre (son palabras estereotipadas que obedecen a un formalismo, pero que no consultan o responden a las necesidades reales de los pacientes), la palabra que “no debe oírse” (es la palabra inconveniente o no deseada, porque los pacientes no sienten agrado al escucharla y por lo tanto debería evitarse; este tipo de palabras es frecuente y los pacientes pueden percibir las con efectos, en ocasiones, adversos) y la palabra que

“no se puede expresar” (se da cuando los pacientes no estaban en capacidad de utilizar el lenguaje verbal por elementos terapéuticos o efectos de la enfermedad y obligó a recurrir a variaciones en la comunicación como mensajes no verbales mediante la expresión facial, movimientos, olores, silencios y por la apariencia, el comportamiento, la postura y el llanto, que corresponden también a una forma de expresión de las necesidades, deseos y sentimientos de los pacientes).

- *Sentir ser invisible*. En el contacto con la tecnología, en la UTI, el paciente puede pasar a un papel secundario, a ser un ciudadano de segunda clase, invisible frente a la hegemonía de los aparatos y la alta tecnología.
- *Sentir ser un buen paciente o no*. En el contexto de las instituciones de salud está vigente un aspecto que ejerce una influencia importante en la forma como se recibe el cuidado de enfermería y que se relaciona con ser “buen paciente”, Ser buen paciente plantea exigencias a las personas en el sentido de tener comportamientos aceptables para el equipo de salud y para los pacientes mismos (no llamar, no sacarse las cosas, no quejarse de dolor, no molestar). Ser “buen paciente” exige adaptarse a las necesidades de los enfermeros, ser simpático y agradable, hacer caso a lo que dicen los miembros del equipo de salud y ser obediente, tranquilo y colaborador. Además, el buen paciente presta su ayuda a las enfermeras cuando están ocupadas.

Beltrán Salazar, Óscar- 2009

- *Importancia de la comunicación NO verbal*. Albert Mehrabian¹¹ halló que el impacto total de un mensaje es verbal en un 7% (palabras solamente), el 38 % vocal (el tono de la voz, los matices y otros sonidos) y 55% no verbal. Explicó también que el componente verbal de una conversación cara a cara es menor al 35% y que más del 65% de la comunicación es de tipo no verbal.
- *Necesidad de contacto físico*. El tacto, puesto que sería mejor percibida por el paciente inconsciente. Esto es fundamentado por Oliveira¹² al expresar: “el tacto representa nuestra forma de comunicación más rápida y directa. La superficie de nuestra piel es rica en receptores sensoriales que tienen como finalidad captar estímulos a través de medio millón de

fibras sensitivas de la piel penetrando en la médula espinal, llegando al cerebro con el fin de procesar la información obtenida”.

- *Sentir ser vulnerable.* Cuando el sujeto se halla inmerso en la vulnerabilidad, esto es cuando sufre o enferma. Necesita de forma patente un cuidado que integre afectividad y sobre todo ternura y la expresión máxima de la ternura, es la caricia. Las enfermeras intensivistas comprenden que el acto silencioso de acariciar forma parte importante del proceso de curación. Gestos simples como alisar el pelo o un apretón de manos, pueden calmar y tranquilizar a un paciente ansioso. Con ello se expresa preocupación sincera en un ambiente que puede resultar aterrador como lo es la UTI.
- *Sentir ser complejizado y ser una maquina más.* Los conocimientos científicos, los descubrimientos y avances tecnológicos son importantes pero la intervención de enfermería no puede estar centrada únicamente en el cuidado de sondas, equipos catéteres. La intervención debe estar centrada en el paciente como persona. No limitar el cuidado que brinda la enfermera al uso apropiado de la tecnología, sino cuidar al paciente con dignidad, valorar en todo momento su condición de persona y esto incluye hacer uso de la comunicación.
- *No poder ser atendido.* Un factor que dificulta el acercamiento de los profesionales a los enfermos, es la limitación del recurso humano y la falta de tiempo, porque en la mayoría de las instituciones hay poco personal, al que además se le asigna un gran número de pacientes y funciones. La sobrecarga laboral como limitante en el vínculo comunicacional con el paciente inconsciente.

Quiñones Chapoñán- 2012

Especificaciones por Ventilación mecánica. Presencia de la vía aérea artificial

- *Sensación de sofocación; náuseas; lesiones* derivadas del uso del tubo endotraqueal; la *acumulación de secreción* en ese tubo y en la cavidad oral y finalmente la afonía “*Miedo a no poder hablar jamás*”. Las náuseas relatadas por los pacientes críticos, como una dificultad vivida durante el período que estuvieron en ventilación mecánica, se refiere a la presencia de una vía aérea artificial. Lesiones en la comisura labial. El miedo, el

pánico y la inseguridad al intentar la comunicación y encontrarse con la incapacidad de hablar.

- *Sensación de Sed.* La sed, resultado de la restricción hídrica ocasionada por la imposibilidad del acceso a recursos líquidos, o resultantes de la prohibición de ingestión de cualquier fuente de agua, fue la fuente de incomodidad más citada por los pacientes. Es consecuencia de la entubación orotraqueal, que hace imposible para el paciente cerrar la boca y tragar, desde la baja humedad del ambiente, de restricciones hídricas, el uso de oxígeno y de medicamentos, como los opioides, por ejemplo, que pueden causar disminución de la saliva y secreción como efectos colaterales.
- Cambios en la rutina, pérdida en la independencia en sus decisiones.

Cristian Dornelles; Gabriele Brito de Oliveirall- 2012

- *Similitudes y/o coincidencias*

- * *Oían o soñaban.* En doce de los relatos, de los cuatro trabajos analizados hubo coincidencias que escuchaban o podían recordar situaciones acontecidas en el tiempo de su hospitalización, tanto textual como descrita en sueños o escuchadas por radio o tv.
- * *Imposibilidad de comunicación.* Comunicación con el paciente inconsciente un desafío para la enfermera intensivista. Estableciendo estrategias para una comunicación efectiva con el paciente inconsciente. En seis entrevistas se coincidió esta descripción.
- * *Necesidad de Comunicación.* No poder hablar, no conseguir hablar, querer comunicarse y no poder, el uso de la gesticulación, golpear la cama, escribir para interactuar con el profesional enfermero. En ocho relatos de casos, coincidieron en esta necesidad.

- *Acciones de Enfermería que favorecen al paciente*

El cuidado de Enfermería se caracteriza como un encuentro repetido durante espacios de tiempo, entre seres humanos dentro de una unidad de salud o de un ambiente hospitalario, donde se enfrentan, interactúa, se comunican y se influyen mutuamente. El rol de enfermería en terapia intensiva se ha ido desarrollando en la medida que se ha incrementado la necesidad de un cuidado

más especializado. Y es que el profesional de enfermería proporciona cuidados a pacientes con situación clínica crítica que presentan un desequilibrio severo de uno o más sistemas fisiológicos principales, con compromiso vital real o potencial, utilizando una metodología basada en los avances producidos en el área de los cuidados de la salud, la ética y la evidencia científica.

En el paciente Ventilado, en una unidad de cuidado intensivo, se requiere de cuidados específicos siendo estos esenciales para la recuperación y/o confort del paciente durante la permanencia ya que suele experimentar complicaciones, las cuales están ligadas directamente con el tiempo de intubación endotraqueal, la acumulación de secreciones en el tubo endotraqueal y en la cavidad oral, entre otras.

La adecuada sedación de los pacientes críticos, durante la preparación para el procedimiento de intubación endotraqueal y, también, durante el uso de la ventilación mecánica, puede minimizar las respuestas fisiopatológicas de tales situaciones. En particular, durante el procedimiento de intubación, la inhibición de la respuesta al estrés producida por el procedimiento, a través de drogas sedantes, reduce los niveles de catecolaminas y neuropeptidos circulantes, produciendo efectos beneficiosos en pacientes críticos.

La aspiración, tanto de la cavidad oral y del tubo endotraqueal, consiste en un cuidado de enfermería necesario y su frecuencia puede ser prescrita por el enfermero, según la necesidad del paciente, observándose siempre la permeabilidad de las vías aéreas, las alarmas del respirador, además de los niveles de saturación de oxígeno y de los hallazgos clínicos. En concreto las secreciones traqueales deben ser aspiradas solamente cuando sea necesario, pues la aspiración expone al paciente a riesgos como hipoxia, lesiones en la mucosa traqueal, atelectasia e infección.

Cuando los pacientes no pueden responder verbalmente, la comunicación se limita a gestos y signos con la cabeza, que son los principales medios de comunicación utilizados por los pacientes críticos. El gesto es la forma de comunicación más común, usada como medio de comunicación en pacientes en uso de ventilación mecánica, sirve para validar y construir un repertorio mutuamente comprendido entre paciente y enfermero. La necesidad de comunicarse es inherente al ser humano y contempla su posibilidad de

socialización y adaptación a un ambiente que difiere en mucho de aquel en que habitualmente habita y con el que establece sus relaciones.

Las intervenciones de enfermería están orientadas a la atención integral del paciente, incluyendo aspectos biopsicosociales, y la inclusión participativa del grupo familiar. La práctica asistencial incluye la valoración, diagnóstico y el tratamiento de la respuesta humana a los problemas percibidos, reales o potenciales, físicos, psicosociales y espirituales del usuario.

Actualmente los lineamientos para la educación de profesionales de salud, describen que el desarrollo de competencias encaminado a la obtención de la integralidad en la atención del proceso salud-enfermedad, favorece la formación de un profesional de enfermería, con aptitudes para la toma de decisiones, liderazgo, comunicación y educación permanente.

El tratamiento de la enfermedad y la humanización deben darse simultáneamente en la atención de enfermería, estableciendo la necesidad de un determinado perfil del profesional. Se promueve la reflexión de la humanización de los cuidados en unidades de críticos, considerando las relaciones que se pueden establecer entre todos los participantes en la atención -paciente, familia y el equipo asistencial-.

Consideraciones Finales

La vida humana solo puede ser llamada así porque hay una razón especial para ello. La persona siente, piensa, actúa y reflexiona sobre sus experiencias. Existe algo en los seres humanos que les faculta compartir con sus semejantes la vivencia de esos procesos y este algo es la comunicación. Es este fenómeno que nos permite afirmar que los seres humanos existen como tales.

El paciente sufre, se siente morir, se siente vulnerable, no se puede comunicar y eso lo desestabiliza. La Pérdida de control, el Pánico y la Ansiedad, no es un mero hecho de percepciones aisladas sino una correlación de situaciones, sensaciones o complicaciones que llevan a generar estas experiencias.

La experiencia principal sobre la pérdida de autonomía. Los sentimientos sobre la despersonalización y un aumento del tecnocentrismo en los cuidados, los lleva a experimentar con más intensidad la ansiedad, el pánico y la pérdida de control a los pacientes internados en una unidad de terapia intensiva.

La deshumanización es percibida por los pacientes y hace perder de vista otras situaciones que son importantes para ellos, entorpece la identificación de los problemas reales, favorece la presencia de malestar e incomodidad. La tecnología puede monitorear el funcionamiento del cuerpo, pero no el funcionamiento de la persona, ni sus respuestas, ni su espíritu. La atención de los miembros del equipo de salud puede ser captada por los aparatos y demás elementos de la tecnología que se utiliza en la UTI. Es por tanto indispensable que los enfermeros y todos los miembros del equipo de salud tomen las precauciones necesarias para no caer en el error de considerar estos elementos como un fin que desplaza a los pacientes del papel primario que deben tener en la realización del cuidado.

Los catéteres, sondas y equipos utilizados en la UTI para ser instalados en el cuerpo de los pacientes, son elementos extraños que deben ser aceptados, integrarse al cuerpo y hay que aprender a tolerar las molestias que causan; sin embargo, a pesar de que se utilizan para ayudar al individuo, no siempre es posible reprimir la queja como expresión de que se ha llegado al límite de la tolerancia. El manejo de los elementos tecnológicos es complicado y dispendioso y acapara la atención del equipo de salud. En estas condiciones, el paciente se pierde entre la tecnología, cede su papel protagónico en la práctica del cuidado de enfermería a los aparatos y deja de ser un fin para convertirse en el medio que solo hace funcionar los elementos tecnológicos. Este camino conduce a la deshumanización del cuidado y convertirlo en un cuidado mecánico.

El dolor y la incomodidad por los dispositivos usados en AVM, deben ser conocidos y contemplados por el profesional enfermero para dar soluciones y/o anticiparse a los problemas que el paciente pueda presentar.

Los participantes describen la UTI como un lugar de soledad, tristeza, frío, y olores propios, en donde se recibe un cuidado especial; un lugar en donde la palabra y el diálogo tienen fuerza sanadora, que motivan, emocionan y ubican en la realidad, pero también molestan y causan angustia, y en donde se debe ser buen paciente para recibir el cuidado de enfermería y merecer el elogio de los miembros del equipo de salud.

Una contribución al ambiente de soledad que es percibida por los pacientes en una UTI, es el hecho de que la compañía familiar estaba sometida a un esquema restrictivo y a algunas medidas de control al ingreso de personas

impuestas por la administración hospitalaria o por el equipo de salud de la UTI. Estas medidas de control de la visita, permite la entrada a la familia por cortos periodos de tiempo, una o dos veces por día, y se restringe el número de visitantes que pueden ingresar a la unidad de los pacientes. Y esta es una problemática a seguir estudiando y evaluando, porque lo que sí está confirmado es que los familiares exhiben estrategias de afrontamiento enfocadas principalmente en la comunicación, el soporte espiritual y religioso y la toma de decisiones, que confortan a su familiar; la mayoría de las veces.

Otra problemática que las enfermeras intensivistas atribuyen como un factor que limita su comunicación con el paciente inconsciente es el exceso de trabajo, dado sobre todo por la falta de recurso humano en la UTI teniendo en muchas ocasiones que cuidar a más de tres pacientes críticos en su turno, siendo que bajo resolución del Ministerio de Salud en su anexo de Directrices de organización y funcionamiento de Unidades de Cuidados Intensivos¹³; establece: Un enfermero cada dos camas o fracción, por turno, con conocimiento y experiencia en el funcionamiento de la Unidad. Donde la relación enfermero/paciente se incrementará de acuerdo a la carga de atención de enfermería hasta un valor de 1:1. Porque es recomendable calcular la carga de enfermería en base a un score o puntaje validado: TISS 28 o similar que favorezca para medir calidad de cuidados¹⁴ necesarios para evitar y disminuir eventos adversos hacia el paciente.

Rol de Enfermería

En este aspecto es donde enfermería debe, como indican Agreda y Yanguas,¹⁵ "Utilizar la experiencia y el conocimiento previo sobre el paciente, a fin de establecer objetivos concretos, progresivos y asumibles que marquen la pauta a seguir con el paciente, tanto desde el aspecto de control clínico, como del nuevo marco comunicacional que se establezca".

Por lo tanto aquí entraríamos en una fase de negociación, de hacerlo partícipe de la responsabilidad en su tratamiento y de pacto para evitar el abandono precoz. Cuando no ha sido capaz de solucionarse las experiencias negativas el paciente llega a un estado de agotamiento físico y psíquico. Este agotamiento le lleva a tomar decisiones que pueden ser muy poco acertadas, como el abandono de la lucha, llegando incluso a provocar el fallecimiento del paciente. Para evitar este desenlace tenemos que dar soluciones a todas las sensaciones o

experiencias negativas, si conseguimos minimizar esto, provocaremos evitar la aparición de nuevos problemas.

Debido a la sensación de desamparo y soledad que acompaña la enfermedad, la comunicación se convierte para los pacientes en un factor importante de motivación y de contacto con la realidad. La comunicación entre enfermeros y pacientes es un componente esencial de las interacciones propias del cuidado porque permite ubicar los pacientes en la realidad, conocer sus necesidades y sentimientos y transmitir el afecto y el cariño que deben acompañar el cuidado enfermero; a este respecto hay planteamientos disciplinares que orientan hacia la realización de interacciones de calidad con los pacientes, para que den los mejores resultados.

Relacionarse con los pacientes mediante el uso de un lenguaje adecuado tiene, por un lado, fuerza curativa que genera tranquilidad y contribuye a fortalecer aspectos sanos de la personalidad del enfermo y a poner en marcha los mecanismos de afrontamiento.

Aunque el paciente sea un ser inconsciente no puede dejarse en el olvido, porque allí se encuentra un ser humano valioso que necesita un cuidado de calidad, para lograr su bienestar biopsicosocial, con la comunicación que se establezca. No deben convertirse en simples receptores del cuidado, el enfermero deberá mantener con ellos el contacto físico y la comunicación para favorecer la ubicación en la realidad y evitar la sensación de soledad y desamparo.

En el caso del paciente inconsciente, el solo hecho de estar postrado en una cama, conectado a múltiples sondas y equipos, está transmitiendo el mensaje de que es un ser frágil y que más que nadie necesita de ese calor humano que brinda la comunicación. La enfermera intensivista no solo deberá guiarse por lo que pueda o no expresar el paciente, sino deberá hacer uso de la sensibilidad y de la intuición para descubrir y comprender lo que el paciente inconsciente siente y requiere para proporcionarle el cuidado.

Desde el punto de vista emocional la enfermedad es una situación negativa para el sujeto enfermo y así el estado de inconsciencia haga pensar lo contrario, es tranquilizante el contacto personal amable, las explicaciones con voz cálida y firme, así parezca que el paciente no escucha, contribuye a generarle tranquilidad, la enfermera intensivista emplea la comunicación verbal con su

paciente inconsciente para saludarlo, informarle sobre los procedimientos a realizar, sobre su familia, para darles palabras de aliento.

En relación al silencio que el paciente ofrece ante la relación enfermera-paciente, dada su situación de salud, se considera que así como el oído es el primer sentido que desarrolla un feto en el vientre de su madre y es por eso que se le pide que se le estimule al niño hablándole para que reconozca la voz de su madre al nacer, cuando muere una persona, el oído es el último sentido en perderse, el primero suele ser la vista, seguido del gusto, el olfato y el tacto. Realmente los científicos han comprobado que el último nervio que se desconecta, al morir, es el auditivo¹⁶.

El adecuado uso de la “palabra” por parte de los enfermeros en los contactos comunicativos con los pacientes es necesario para permitir el logro de resultados positivos en las prácticas de cuidado. No es solo importante lo que se le dice sino la forma como se lo dice, el cuidador debe hablarle al paciente, pero lo importante no son las palabras sino el tono, porque la diferencia de tono en una misma palabra puede hacer que su significado varíe completamente.

La enfermera deberá esforzarse en comprender al paciente cuando este no posea la voluntad, la conciencia o la fortaleza necesaria, la enfermera debe ponerse en su lugar es decir por algunos momentos adoptar el papel del enfermo, e intentar vivir de cerca esa situación de incertidumbre y hospitalización. Esto es lo que llamamos empatía, uno de los componentes básicos de la comunicación y esencial en un cuidado humanizado como primacía en el rol profesional de todo cuidador.

Conclusión

Las experiencias, necesidades o percepciones de estar internalizado en una Unidad de Cuidado Intensivo y con ventilación asistida, son únicas e intransferibles de la persona que lo vive. Enfermería al ejecutar sus acciones de cuidado no debe olvidar los principios científicos de sus actos profesionales pero *cuidando personas* no debe olvidar jamás *los derechos del paciente*.

El paciente es un ser humano, una unidad de cuerpo y alma espiritual. Esta visión integral del paciente no constituye un acto de generosidad sino de justicia. Esta alma espiritual que confiere vida al cuerpo del paciente es, así mismo única, lo que requiere del enfermero un trato diferencial. No basta considerar al paciente como ser humano -condición compartida con el resto de la especie-, hace falta verlo como persona, condición ésta que determina la característica de único e irrepetible de nuestro ser personal.

En este estudio se intentó comprobar que el paciente oye, siente, padece y es vulnerable ante el estado de su salud. Se siente indefenso e inútil en su autocuidado, percibe su incapacidad y la dependencia que experimenta. Requiere de los demás. Se da cuenta de que está *Enfermo*. Y aunque se lo complejice, se impida la comunicación verbal por el método de tratamiento ventilatorio; El paciente sigue siendo un ser humano requirente de un cuidado humanizado y profesional de cualquier miembro del equipo de salud tratante, esencialmente de enfermería.

La enfermera intensivista no solo deberá guiarse por lo que pueda o no expresar el paciente, sino deberá hacer uso de la sensibilidad y de la intuición para descubrir y comprender lo que el paciente inconsciente siente y requiere para proporcionarle el cuidado. La comunicación no verbal afirma que el cuidado es una modalidad comunicativa, donde el lenguaje no verbal, ocupa un papel central. El cuidar comprende el desarrollo óptimo del lenguaje no verbal, pues la persona enferma es extraordinariamente sensible al lenguaje de los gestos. A través del tacto, las enfermeras intensivistas generan sentimientos de confianza, solidaridad, seguridad y tranquilidad en el paciente inconsciente, teniendo repercusión favorable en la salud del mismo.

El contacto físico - el toque- es reconocido como una forma muy personal de comunicación, una forma auténtica, en la cual se transmiten mensajes como

afecto, ternura, apoyo emocional, estímulo y atención personal. La interacción evita el trato a los pacientes como si fueran objetos, como la personificación de tareas por cumplir o de tratamientos para llevar a cabo, como una enfermedad o como un número de cama.

Establecer una comunicación plenamente humana entre enfermera y paciente requiere de tiempo, más aún cuando el paciente críticamente enfermo está inconsciente. Si bien es cierto la sobrecarga laboral que es un problema que afecta a las enfermeras que trabajan en esta área crítica, limitando su comunicación con el paciente inconsciente, también podemos afirmar que muchas de ellas teniendo suficiente tiempo no lo hacen y eso es algo que hay que corregir. Se sugiere realizar estudios con miras a conocer mejor esta situación y proponer soluciones ante la sobrecarga laboral que lleva al personal de enfermería a convertirse en autómatas de acciones perdiendo así el contacto afectivo-comunicativo con el paciente a su cuidado.

Otra gran problemática y que también requiere de más investigaciones y proyectos de cambio, es de adaptar “terapias puertas abiertas”, porque la soledad que viven los pacientes hospitalizados, los lleva a la tristeza y a otras emociones que pueden contribuir, junto con los efectos de la enfermedad, al sufrimiento psicológico. La compañía familiar es imprescindible para favorecer su ubicación en la realidad, motivar el diálogo, codificar la comunicación y evitar el sentimiento de abandono y la falta de apoyo que el paciente experimenta.

Los resultados de este estudio dejan abierta la posibilidad de seguir investigando la manera como se puede construir un puente que permita la integración entre lo que conceptualizamos acerca de la comunicación entre la enfermera - paciente y el cuidado humanizado enfatizado en una unidad de cuidados intensivos, más aun en pacientes imposibilitados de comunicarse verbalmente. Cuidar se construye a través de factores, implicaciones, contribuciones, aplicaciones, creencias y actitudes que realiza con la persona, por lo que se hace necesario que enfermería comprenda que cuidar envuelve y comparte la experiencia humana a través de una relación transpersonal y de respeto. Estos conocimientos servirán a la enfermería para mejorar los procesos de cuidado en cualquier situación de salud que se enfrente.

Por esto entendemos que las enfermeras constituyen sujetos de cultura y afecto, educados para desempeñar su misión profesional de cuidado en carácter

de actores sociales que participan, a través de sus relaciones de poder, en la construcción de la historia nacional y mundial, en la estructuración y dinámica de los campos de la salud y de la ciencia y en la edificación del futuro como instancia constituyente de la identidad subjetiva y social. Enfermería, a nivel profesional y tecnológico tiene retos de mejoramiento continuo y buenas prácticas en el cuidado, generando cambios, garantizando calidad y no cantidad de atención, luchando continuamente por adquirir más conocimientos y comprometiéndose con un cuidado humanizado que deje en el paciente marcas imborrables de su paso en la salud-enfermedad con el mejor recuerdo.

ANEXOS

ANEXOS

Trabajos Incluidos:

1-

Ventilación Mecánica no Invasiva: la experiencia de los pacientes

Autores: Ramón Martín Domínguez (1), María Flor Becerra Maldonado (2). Dirección de contacto: ramardom@gmail.com. Fecha recepción: 13/10/2016 Aceptado para su publicación: 07/12/2016. Fecha de la versión definitiva: 21/02/2017

Resumen

Introducción: El aumento de las indicaciones de la ventilación mecánica no invasiva, y uso fuera de las unidades de cuidados intensivos hace necesario que los profesionales estén preparados para resolver y prevenir complicaciones que provoquen el abandono precoz del tratamiento. Objetivo: Conocer la experiencia personal de los pacientes sometidos a ventilación mecánica no invasiva. Método: Se entrevistaron a seis pacientes, para su selección se usó un muestreo por conveniencia y para la recogida de datos se utilizó una entrevista semiestructurada. Para el posterior análisis de datos el método elegido fue el cualitativo fenomenológico hermenéutico de Van Manen. Resultados: Se obtuvieron los siguientes enunciados de sensaciones y experiencias negativas: Pérdida de control, ansiedad, pánico, alteración del sueño, incomodidad, desorientación, experiencias negativas anteriores, de necesidad condicionada y al final la rendición. Conclusión: La ventilación mecánica no invasiva es un tratamiento eficaz, pero agresivo e incómodo, no exento de complicaciones. Las complicaciones no son independientes, están interrelacionadas y la solución o la aparición de una complicación influyen en otra de forma positiva o negativa en las demás.

Palabras clave

Ventilación no Invasiva; Narrativas Personales; Negativa del Paciente al Tratamiento; Complicaciones; Investigación Cualitativa

Categoría profesional y lugar de trabajo

- (1) Enfermero de la Unidad de Gestión Clínica de Neumología General del Hospital Médico Quirúrgico de Jaén;
 - (2) Enfermera de la unidad de Gestión Clínica de Cirugía General del Hospital Médico Quirúrgico de Jaén (Jaén, España).
-

2-

La unidad de cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo(a).

Autor: Óscar Alberto Beltrán Salazar (b) OA. La unidad de cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo. Invest Educ Enferm. 2009; 27(1):34-45.

Resumen

Objetivo: describir el significado que tiene la experiencia de estar hospitalizado en una Unidad de Cuidado Intensivo. Metodología: estudio con enfoque fenomenológico, realizado en Medellín, Colombia, entre los meses de abril y octubre de 2006. Incluyó 9 personas adultas entre 24 y 80 años de edad que estuvieron críticamente enfermas y hospitalizadas. La entrevista en profundidad y la observación no participante fueron las técnicas de recolección de la información. Los datos se analizaron según el esquema propuesto por Cohen, Kahan y Steeves. Resultados y discusión: la Unidad de Cuidados Intensivos es un lugar de soledad, frialdad, olores especiales y silencio, donde las palabras eran "ausentes", "no entendidos", "no deben oírse", "no pronunciadas" y "agradables". La comunicación no siempre era adecuada y la compañía la brindaban otras personas enfermas; además, los pacientes tenían un papel secundario frente a la tecnología y era necesario ser "buen paciente". Conclusión: la hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos significa estar solo, aislado de la familia y rodeado de otros pacientes y del equipo de salud, cuya compañía, a veces, no es suficiente y en ocasiones contribuye al sufrimiento.

Palabras clave:

Unidad de Cuidados Intensivos, instituciones de salud, soledad, negativa al tratamiento, fenomenología.

Categoría profesional y lugar de trabajo

a- Artículo derivado de la investigación sobre el Significado de la experiencia de estar críticamente enfermo y hospitalizado en la unidad de Cuidado Intensivo. Estudio autofinanciado, realizado en Medellín, Colombia, entre abril y octubre de 2006.

b- Enfermero, Especialista en Enfermería Cardiorrespiratoria, Magister en Enfermería, profesor de la Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. Miembro del grupo de investigación en Emergencias y Desastres. Correo electrónico: oscar4242@tone.udea.edu.co

3-

Comunicación de la enfermera intensivista en el cuidado a la persona inconsciente

Autora: LIC. SONIA JUDITH QUIÑONES CHAPOÑÁN - Tesis para optar el grado académico de magíster en enfermería Chiclayo, Perú 2012

Resumen

La presente investigación titulada "Comunicación de la enfermera intensivista en el cuidado a la persona inconsciente" de naturaleza cualitativa, abordada como estudio de caso, tuvo como objetivo identificar, describir y analizar la comunicación de la enfermera intensivista durante el cuidado a la persona inconsciente. El escenario donde se desarrolló el estudio fue la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. (HNAA) Chiclayo –Perú. Las bases teóricas se sustentaron en Stefanelli, Jean Watson y Torralba. Los sujetos de investigación lo conformaron 10 enfermeras, obtenidas por saturación. Para la recolección de los datos, previa firma del consentimiento informado, se empleó la entrevista semiestructurada y observación participante. El análisis de los datos se realizó mediante el análisis de contenido temático, obteniéndose las siguientes categorías: comunicación con el paciente inconsciente: un desafío para la enfermera intensivista, estableciendo estrategias para una comunicación efectiva entre la enfermera y el paciente inconsciente, la sobrecarga laboral como limitante en el vínculo comunicacional con el paciente inconsciente. Durante el despliegue de la investigación se consideraron los principios éticos de la Ética Personalista de Elio Sgreccia y el rigor científico de Guba y Lincoln.

Palabras claves:

Comunicación, paciente crítico, enfermera intensivista.

Categoría profesional y lugar de trabajo

Lic. Sonia Quiñones Chapoñán.- Tesis presentada a la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Título de: Magíster En Enfermería Aprobado Por: Mgtr. Ana María Carrillo Yamamoto. Presidente de Jurado; Mgtr. Mercedes López Díaz; Secretaria de Jurado Mgtr. Mary Susán Carrasco Navarrete; Vocal/Asesor de Jurado. Chiclayo, Perú 2012

4-

Las experiencias de pacientes críticos con ventilación mecánica invasiva

Cristian Dornelles^I; Gabriele Brito de Oliveira^{II}; Camila Rose G.B. Schwonke^{III}; José Richard de Sosa Silva^{IV}

Resumen

El objetivo de este estudio fue conocer las experiencias de los pacientes que hicieron uso de la ventilación mecánica invasiva en Unidades de Cuidados Intensivos de dos hospitales en el extremo sur de Brasil. La presente investigación fue conducida en la perspectiva cualitativa, siendo compuesta por 10 entrevistados, que destacaron sus principales dificultades y necesidades durante el periodo en que hicieron uso de ventilación mecánica invasiva. Los resultados apuntan que las dificultades relacionadas se relacionaron especialmente a la presencia de la vía aérea artificial, siendo ellas: sensación de sofocarse, náuseas, lesiones decurrentes del tubo endotraqueal, acumulo de secreciones en el tubo endotraqueal, cavidad oral y afonía. También los pacientes refirieron necesidades comunicacionales, sede y alteraciones de la rutina personal. Los hallazgos de este estudio elucidaron la vivencia del paciente crítico mediante este recurso invasivo, trayendo puntos importantes a considerarse para el cuidado de enfermería.

Palabras clave:

Respiración Artificial. Cuidados Intensivos. Enfermería.

Categoría profesional y lugar de trabajo

I- Enfermero. Del Comité de Control de Infecciones del Hospital de la Caridad Sociedad Portuguesa de Pelotas / RS. Graduado por la Facultad Anhanguera Educacional de Pelotas-RS. Brasil. Pelotas-RS. Brasil. E-mail: dornelles.cristian@gmail.com. II- Enfermera. Licenciada por la Facultad Anhanguera Educacional de Pelotas / RS. Brasil. Pelotas. Brasil. E-mail: gabii_brito@hotmail.com. III - Maestría en Enfermería y Doctoranda del Programa de Post Graduación en Enfermería FURG. Enfermera de la Unidad de Terapia intensiva Adulto del Hospital Escuela de la UFPEL. Pelotas. Brasil. E-mail: kmila.enf@rig.com.br. IV - Enfermero, Maestro en Enfermería y Doctorado del Programa de Post-Graduación en Enfermería FURG, Coordinador de la Facultad de Enfermería Anhanguera de Pelotas / RS. Pelotas. Brasil E-mail: jrichard.sosa@gmail.com

Bibliografía

- ¹ Beltrán-Salazar Óscar. Atención al detalle, un requisito para el cuidado humanizado. Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. -En línea-2015 (fecha de acceso 26 de mayo de 2018); *Índex Enferm* vol.24 no.1-2 Granada ene. /jun.2015. Disponible en : <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100011>
- ² Bustamante ES. Concepto, sujeto, objeto y método de enfermería. *Revista Peruana Enfermería Investigación y Desarrollo*. Enero-Diciembre 2002. En línea 2002- (fecha de acceso 15 de Abril de 2018); Vol. 4(1-2); 2-8. Disponible en: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/126/409
- ³ Amezcua M. Enfermedad y padecimiento: significados del enfermar para la práctica de los cuidados. *Cultura de los Cuidados*, 2000; IV (7-8):60-7
- ⁴ Ramos Gómez Luis A. Vales Salvador Benito. *Fundamentos de la ventilación mecánica*. 1era.Edición. Barcelona. España. Marge Medica Books -Junio de 2012.
- ⁵ Rioko Kimiko Sakata, TSA. Analgesia y sedación en unidad de cuidados intensivos. *Rev. Bras. Anesthesiol.* vol.60 no.6 Campinas Nov. /Dic. 2010. En línea-2010(fecha de acceso 8 de Junio de 2018); Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942010000600012&script=sci_arttext&tlng=es
- ⁶ Naranjo Bermúdez. La comunicación con los pacientes. *Investigación Educ. Enferm.* 2006- En línea-2006(fecha de acceso 14 de mayo de 2018); 24(1): 94-98 Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n1/v24n1a10.pdf
- ⁷ Beltrán-Salazar, Óscar Alberto La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo Aquichan, En línea-2009(fecha de acceso 7 de mayo de 2018); vol. 9, núm. 1, abril, 2009, pp. 23-37 Universidad de La Sabana Cundinamarca, Colombia. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74111465004>
- ⁸ MSc. Franciele Cascaes da Silva, Téc. Beatriz Angélica Valdivia Arancibia, MSc. Rodrigo da Rosa Iop, Dr. Paulo José Barbosa Gutiérrez Filho, Dr. Rudney da Silva. Escalas y listas de evaluación de la calidad de estudios científicos. *Rev. cuba. inf. cienc. Salud*. En línea-2013(fecha de acceso 12 de mayo de 2018); vol.24 no.3 La Habana jul.-set. 2013 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-21132013000300007
- ⁹ Wells G, Shea B, O'Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M, et al. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in metaanalyses. 2000. En línea-2000- (fecha de acceso 6 de Junio de 2018)- Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-21132013000300007
- ¹⁰ Polit y Hungler. *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. Nueva editorial americana. México. 1995.
- ¹¹ Ágreda J, Yanguas E. El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 2001; vol. 24 (suplemento 2), 65–72.
- ¹² Oliveira, R. M. Fenili, M^a. F. Zampieri, C. R. Martins. Un ensayo sobre la comunicación en los cuidados de enfermería utilizando los sentidos. *Enfermería Global*-2006 En línea-(fecha de acceso 25 de Marzo de 2018). Vol. 5, Núm. 1(16)- Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/450>
- ¹³ Ministerio De Salud- Resolución N^o 748/2014 Bs. As., 22/5/2014. En Línea 2014. (fecha de acceso 10 de Junio de 2018) Disponible en: http://www.sati.org.ar/files/MINISTERIO%20DE%20SALUD-Resolucion748_14UTI.pdf
- ¹⁴ Ferrada S, Urso A, Riffo C- Relación entre carga laboral e incidentes en una unidad de cuidados intensivos polivalente- *Revista Chilena De Medicina Intensiva*. 2005; En línea. 2005 (fecha de acceso 2 de Julio de 2018) VOL 20(2): 87-90- Disponible en: [http://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/2005/20-2-2005/full\(6\).pdf](http://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/2005/20-2-2005/full(6).pdf)

¹⁵ Jorcano, Pilar. La comunicación no verbal: un reto en los cuidados enfermeros de calidad. Biblioteca Las casas- Revista en internet. 2005 (fecha de acceso 22 de Abril de 2018); 1. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0017.php>

¹⁶ Oliveira, M^a, Fenili, R, Zampieri, F, Martins, C. Un ensayo sobre la comunicación en los cuidados de enfermería utilizando los sentidos. *Enfermería Global* (Revista en internet) 2006 mayo (acceso 7 de Julio 2018); 5 (8). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/450/0>

¹⁷ Torralba, F. Antropología del Cuidar. Mapre, 1998.

Referencias consultadas

- Beltrán SOA. La unidad de cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo. Invest Edu Enferm.-En línea-2009(fecha de acceso 26 de marzo de 2018);27(1):34-45.Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/1052/105213198003.pdf>
- Beltrán-Salazar, Óscar Alberto La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo Aquichan, -En línea-2010(fecha de acceso 15 de Abril de 2018); vol. 9, núm. 1, abril, 2009, pp. 23-37 Universidad de La Sabana Cundinamarca, Colombia. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74111465004>
- Bustamante E. Concepto, sujeto, objeto y método de enfermería. Revista Peruana Enfermería Investigación y Desarrollo. -En línea-2002(fecha de acceso 12 de Abril de 2018); Enero-Diciembre 2002. Vol. 4(1-2); 2-8. Disponible en:
http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/126/409
- Del Rio Sánchez, María Belén. Manual. Cuidados enfermeros en la unidad de cuidados intensivos (UCI) Editorial Cep. S.L. Humanes de Madrid. Julio 2017_ pág. 55-60
- Domínguez R, Becerra Maldonado M.F. Ventilación Mecánica no Invasiva: la experiencia de los pacientes. Revista Científica de enfermería, -En línea-2017(fecha de acceso 03 de Mayo de 2018); ISSN-e 1697-218X, Vol. 14, Nº. 88, 2017. Jaén, España. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6278120>
- Dornellesl, C; Brito de Oliveirall, G; SchwonkelIII, C. Las experiencias de pacientes críticos con ventilación mecánica invasiva. Investigación Educ. Enferm. -En línea-2012 (fecha de acceso 22 de mayo de 2018); 24(1): 94-98. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400022&lang=pt
- Erdmann AL. Nascimento K. Comprender las dimensiones de los cuidados intensivos: la teoría del cuidado transpersonal y complejo. Rev. Latino-am Enfermagem; -En línea-2009(fecha de acceso 18 de marzo de 2018); 2009

marzo-abril; 17(2). Disponible en:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/es_12.pdf

<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100011>

- Jorcano, Pilar. La comunicación no verbal: un reto en los cuidados enfermeros de calidad. Biblioteca Las casas. Revista en Línea. 2005. (fecha de acceso 6 de Julio de 2018) 25(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0017.php>
- MSc. Franciele Cascaes da Silva, Téc. Beatriz Angélica Valdivia Arancibia, MSc. Rodrigo da Rosa Iop, Dr. Paulo Jose Barbosa Gutierrez Filho, Dr. Rudney da Silva. Escalas y listas de evaluación de la calidad de estudios científicos. Rev. cuba. inf. cienc. Salud -En línea-2013 (fecha de acceso 17 de marzo de 2018); vol.24 no.3 La Habana jul.-set. 2013 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-21132013000300007
- Naranjo Bermúdez. La comunicación con los pacientes. Investigación Educ. Enferm. -En línea-2006 (fecha de acceso 02 de mayo de 2018);2006; 24(1): 94-98 Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n1/v24n1a10.pdf
- Ramos Gómez Luis A. Vales Salvador Benito. Fundamentos de la ventilación mecánica. 1era.Edicion. Barcelona. España. Marge Medica Books -Junio de 2012.
- Vanegas, C, Vega, S, Barbosa, M. Experiencias de profesionales de enfermería en el cuidado psicoemocional a pacientes en la unidad de cuidados intensivos. Revista Colombiana de Enfermería. En línea. 2008 (fecha de acceso 2 de Julio de 2018) 3(3). Disponible en: www.uelbosque.edu.co/...enfermeria/.../experiencias_profesionales