

# Boletín Internacional de la Red de Enfermería en Cuidado Crítico. Julio - 2013

## Temas de actualidad

- ❖ La comunicación en la unidad de cuidados intensivos y los pacientes con ventilación mecánica.
- ❖ La investigación de enfermería en el ámbito del cuidado intensivo

## Noticias

- ✓ Eventos REINECC Colombia.
- ✓ Eventos REINECC Argentina

# La comunicación en la unidad de cuidados intensivos y los pacientes con ventilación mecánica

**Diana Carolina Bernal Ruiz**

**Enfermera especialista en cuidado intensivo. Fundación CardiInfantil Instituto de Cardiología.**

La comunicación es un elemento fundamental, que a través de la historia ha permitido el desarrollo y la subsistencia del hombre. El término hace relación al proceso de interacción que mediante el uso de fonemas, sonidos, símbolos, señales y signos permite la trasmisión de experiencias, conocimiento, opiniones y emociones.

Generalmente, es una acción dinámica y fácil que se encuentra condicionada por aspectos semánticos, fisiológicos, psicológicos y físicos. Como parte del cuidado es una situación fluida, casi imperceptible que solo cuando presenta alteraciones constituye un objeto de atención, tal como ocurre en el caso de los pacientes que en condiciones agudas para compensar o mejorar la efectividad y eficiencia de la función cardiaca, corregir los trastornos de la oxigenación, disminuir el trabajo respiratorio o asegurar la vía aérea, requieren de la utilización de soporte ventilatorio y con este el uso de un tubo endotraqueal o máscara que no permitirá la fonación, el discurso y específicamente la comunicación verbal.

Pero..... ¿Puede ser esto un problema?

Sin duda alguna sí. La tendencia actual en pro de favorecer una recuperación más rápida, evitar desacondicionamiento físico, infecciones, alteraciones de la conciencia, complicaciones hemodinámicas, efectos adversos y sobrecostos está tendiendo a tener a los pacientes despiertos y conscientes. Diversos estudios realizados desde 1982 hasta nuestros días han demostrado que en este contexto los pacientes que reciben ventilación mecánica y experimentan incapacidad para comunicarse son más propensos a experimentar dolor, estrés, sensación de pérdida de control, despersonalización, ansiedad miedo, irritabilidad, angustia y frustración que no solo se limitan al proceso de hospitalización impactando negativamente en la recuperación, si no que trascienden en el tiempo, permaneciendo incluso años y deteriorando la calidad de vida lo que se puede relacionar con:

- La incapacidad para satisfacer las necesidades, expresar deseos, compartir y debatir sobre lo que está sucediendo.
- La imposibilidad para actuar.
- La confusión que sobreviene durante o posterior a los intentos de transmitir mensajes.
- La incompreensión y el no tener efecto con las palabras.
- El cansancio producto del gasto de energía necesario para tratar de hacerse entender, explicar lo que se quiere o lo que se piensa. .
- El deterioro del autoconcepto, pues hablar hace parte de la identidad de las personas y le permite reconocer a otros lo que se es. El conservar las capacidades cognitivas y no poder comunicarse crea la sensación de vivir en un cuerpo extraño que pierde su funcionalidad y no responde a su manera habitual o normal.
- La pérdida de la autonomía, la personalidad y la integridad social pues se debe aceptar el desconocimiento, el no control de la situación y la adopción de un rol pasivo. En la unidad de cuidado intensivo existe subordinación frente al propio cuerpo, las actividades que le inmiscuyen y las necesidades básicas, lo que favorece el establecimiento de la dependencia total hacia el personal de salud que son individuos desconocidos, con un lenguaje técnico y quien de acuerdo a sus conocimientos, creencias de lo adecuado o inadecuado escoge la atención y lo que necesita el paciente.
- La ausencia de elementos, técnicas o habilidades que mejoren la comunicación.
- Las conversaciones por parte del personal asistencial estereotipadas, cortas, con lenguaje técnico y dependientes del diagnóstico o basadas en el cuidado físico, que no reconocen la individualidad de las personas, sus emociones o reacciones. La actitud poco compasiva, apática y de renuncia cuando se cansa y no puede entender.

# La comunicación en la unidad de cuidados intensivos y los pacientes con ventilación mecánica

- La mal interpretación de los deseos o actitudes que acompañan a la comunicación y que con frecuencia dan por resultado la administración de sedantes o la restricción física perpetuado el problema.
- La restricción de la movilidad que como forma de prevenir la interrupción o retiro medios invasivos limita a los pacientes su expresión corporal.

Entonces... ¿Qué se puede hacer? ¿Cómo puede enfermería cambiar o mejorar esta situación?

La función de enfermería es totalmente dependiente de las condiciones del paciente, por lo que ante el panorama planteado anteriormente, es necesario no solo estar preparado científicamente y técnicamente si no también desarrollar habilidades comunicativas, emocionales e interrelacionales que permitan controlar las situaciones, apoyar la adaptación, conocer qué es lo mejor para el paciente<sup>1</sup> y responder a la satisfacción de las necesidades humanas básicas, dentro de las que se pueden destacar el respeto por la dignidad humana, la protección, la subsistencia, la comprensión y el entendimiento<sup>2</sup>.

La inmediatez, el aislamiento, la desinformación, el irrespeto de la autonomía, la sumisión, la frialdad y las acciones fragmentadas, centradas en las máquinas y en la terapéutica de los pacientes pueden llegar a ser acciones comunes en servicios tan complejos como lo son las unidades de cuidado intensivo. En contraposición es imperiosa la construcción de procesos de transformación o reforzamiento que propicien el cambio, la excelencia, una atención más acertada y la conciencia de proporcionar un cuidado humanizado e integral en las unidades de cuidado intensivo.

La ventilación, es una condición no susceptible de supresión pero si de intervención que requiere de creatividad para superar las barreras fisiológicas, físicas y emplear otros medios de comunicación dirigidos a los sentidos no afectados, mediante los cuales se prevenga o mitigue las sensaciones desagradables producto de tener un paciente que no puede hablar. Puntualmente podría prestársele atención o llevar a cabo intervenciones durante toda la atención como:

- Reconocer la importancia que tiene la alteración de la comunicación que experimenta y vive el paciente. Es trascendental tratar las necesidades emocionales de los pacientes de la misma forma y con el mismo valor o vehemencia con el que se reconocen sus necesidades físicas y el complejo estado de salud enfermedad por el cual se encuentran en la UCI. Se necesita ser amable, desinteresado y preocupado por los sentimientos y el estado de ánimo de modo tal que se pueda anticipar exigencias subjetivas.
- Educar e interpretar formas no verbales de comunicación tales como la gesticulación, la movilización de la cabeza, de los ojos, manos y la escritura. Es importante tener en cuenta con relación a esta última opción que por el efecto de medicamentos, la misma patología, el edema y la incoordinación motora el lenguaje escrito debe ser una opción bien evaluada y no ser siempre la primera posibilidad.
- Usar medios alternativos de comunicación tales como tarjetas en las que los pacientes pueden señalar fácilmente letras, palabras o imágenes de acuerdo a sus deseos y a su condición.
- Hablar pausado y concreto. Realizar preguntas sencillas con opciones de respuesta si /no que favorezcan y faciliten la trasmisión de información. En lo posible no se debe usar preguntas abiertas y complejas. Si esto último se hace, previamente se debió establecer y comprobar que hay un método eficaz de contestación.
- Proporcionar información y explicación detallada, clara de procedimientos, condiciones, medio ambiente, estado, terapéutica, plan de cuidados y tiempos.

# La comunicación en la unidad de cuidados intensivos y los pacientes con ventilación mecánica

- Hacer pausas dentro de la rutina de trabajo, sortear la carga laboral, el ambiente lleno de ruido, movimiento, tecnología y dedicar más o mejor calidad de tiempo al paciente para de esta forma establecer momentos de conexión funcional, que llenos de actitudes y lenguaje corporal (porque la comunicación no sólo es el intercambio verbal, sino también aquellos recursos que se utilizan para poder enviar un mensaje) que permitan hablar, explicar, tocar y tranquilizar al paciente como sujeto de cuidado y no como objeto de este.
- Permitir las expresiones de espiritualidad y religiosidad, pues el aferrarse a la fe constituye una estrategia que permite a los pacientes sentir que no se encuentran solos en el proceso de enfermedad que afrontan, tener esperanza, fijar expectativas en algo superior y solucionar el problema de una forma convincente de acuerdo a sus creencias.
- Facilitar la presencia de la familia y seres queridos quienes no solo proporcionan apoyo sino que también constituyen un ambiente conocido, estimulante que aborda y anula la soledad. Por años se consideró necesario aislar al paciente de su familia cuando este requería de una unidad de cuidado intensivo pues se tenía ideas erróneas de mayor número de complicaciones, agotamiento emocional, infecciones, aumento de costos por uso de insumos, alteraciones de las constantes fisiológicas e interferencia u obstaculización en la realización de actividades. Sin embargo, es desde finales de la década de 1970 que las necesidades de los familiares del paciente y su inclusión como parte de la atención son objeto de interés y de múltiples debates, pues se ha llegado a considerar que “la restricción de la visita familiar no es cuidado, no demuestra compasión, no es necesaria” y “las instituciones de salud y los profesionales son los visitantes de la vida de los pacientes y no a la inversa”
- Usar el tacto, el movimiento corporal, las facies y el contacto visual como acciones terapéuticas que permitan crear un ambiente de intimidad que transmita calidez, tranquilidad y disminuya las tensiones.
- Interpretar constantes vitales y reportes de laboratorio que pueden ayudar a captar la situación del paciente, sus necesidades, la presencia de dolor, estrés ansiedad, incomodidad.
- Poner en práctica dentro de la labor asistencial los planteamientos relacionados con la escuela de la interacción en la que el cuidado es entendido como una “relación interpersonal que abarca sentimientos, comportamientos compartidos que establecen la posibilidad de dar o recibir ayuda”<sup>3</sup> y/o “un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra que es capaz de ofrecer esta ayuda”<sup>4</sup> pues tal como al respecto enuncia Salazar y Martínez de Acosta (2008)<sup>5</sup>: *La complejidad estructural del cuidado de enfermería radica en su naturaleza humana, social, en el dialogo y la interacción recíproca entre la enfermera y el paciente, en la cual se desarrolla un intercambio de procesos de vida.... En esta interacción con el paciente, la comunicación en su forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva se constituye en una escenario para el encuentro con el otro y en un eje para desarrollarse y ser con otros, es decir, es un elemento fundamental del cuidado.*

En este sentido podríamos entonces actuar recíprocamente con los pacientes privados de su comunicación, de forma tal que podríamos ayudarles a percibir, entender, sentir, adaptarse y encontrar significado a esa experiencia, pues como lo propone Hildegarden Peplau, enfermeras y pacientes son seres humanos con campos diferentes de experticia, percepciones, sentimientos, pensamientos, deseos, presuposiciones y expectativas que interrelacionados pueden enfrentarse a un problema o buscar formas de adaptación a una situación.

# La comunicación en la unidad de cuidados intensivos y los pacientes con ventilación mecánica

En planteamientos de Joyce Travelbee y su teoría de las relaciones humanas es nuestro deber asistir, influir y contribuir para que a través del establecimiento de una relación real, activa y bidireccional se pueda alcanzar “el bienestar, prevenir la enfermedad, la inhabilidad, el sufrimiento, mantener la salud o conseguir una muerte con tranquilidad y dignidad”<sup>6</sup>. Tarea que puede ser llevada en cuatro fases interrelacionadas que para los pacientes con medios invasivos que trasgreden su comunicación se podrían ser:

1. El encuentro inicial que permite el reconocimiento de las necesidades de expresión de las personas, las herramientas terapéuticas para hacerle frente y la organización o planteamiento del cuidado,
2. la fase de identidades emergentes por la que se da un enlace, una conexión con el otro,
3. la fase de empatía que se manifiesta por la comprensión de uno mismo, del otro, de las actitudes, de las habilidades, de las dinámicas de comportamiento, y
4. por último la fase de simpatía que se caracteriza por el deseo de ayudar o de dejarse ayudar lo que confluye y culmina con el rapport, que es la “verdadera relación enfermera-paciente”, en la que “se logra confianza y conocimiento mutuo, se comparten pensamientos, sentimientos y actitudes” y con estos la comprensión e interpretación de gestos, movimientos, sonidos que son utilizados para informar.

Comunicar es esencial para el ser humano, cuando las personas están en una unidad de cuidado intensivo y se encuentran ventilados la situación sobrepasa su capacidad de afrontamiento. Un sin número de sensaciones negativas e incómodas confluyen pues de repente se está enfrentado a un lugar que por sí mismo supone una amenaza vital. Ninguna persona está preparada para enfrentarse a este entorno complejo lo que hace que la experiencia se considere hostil, abrupta, atemorizante, estresante, caótica, aburrida, solitaria y desesperanzadora.

Quando se presta atención a pacientes con alteración de la comunicación verbal y ventilación mecánica, es necesario no simplemente recurrir a expresiones como “no se preocupe”, “todo estará bien” o “tranquilícese”, pues ese tipo de locuciones restan importancia a lo que el paciente expresa, siente y representan una manera de evadir la comunicación. El reto de enfermería es prepararse, establecer herramientas eficaces y prestar una atención de ayuda, apoyo y asesoramiento que redunde en un cuidado humanizado que minimice y alivie el sufrimiento.

Comunicar puede ser encuentro o desencuentro, un factor mediador, facilitador o un inconveniente por lo que es necesario concientizarnos y hacerlo un arma terapéutica de la atención integral y del cuidado. El creciente empleo de técnicas de asistencia respiratoria, es hoy una realidad común que debemos enfrentar, de ahí que a partir de todo lo anteriormente expuesto podamos concluir que la comunicación en esa condición es un proceso dinámico de relación con el otro que no siempre es fluido, sencillo y que por ende exige el desarrollo y puesta en práctica de habilidades para entablar contacto, interactuar y de este modo cumplir junto con los pacientes metas en torno al establecimiento de la salud desde su perspectiva holística.

## BIBLIOGRAFIA

- Zabalegui A. El rol del profesional de enfermería. Aquichan 2003; 3 (3):16-20.
- Sánchez G y Orem D. Aproximación a su teoría. Revista ROL Enferm. 1999; 22 (4):309 -311. Citado por: Henao Castano. Á. Hacerse entender: la experiencia de pacientes sometidos a ventilación mecánica sin efectos de sedación. Investigación y Educación en Enfermería 2008; Julio- Diciembre 26(2): 236 – 242
- Stockdale M, Warelou PJ. Is the complexity of care a paradox?. Journal of Advanced Nursing 2000 Mayo; 31(5):1260
- Kerouac S. El pensamiento enfermero. España: Mason; 2005, p. 31-32
- Salazar A, Martínez de Acosta C. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. Enfermería. 2008 jun.-dic; 26(2):107-115.
- Beltrán O. La práctica de enfermería en cuidado intensivo. Aquichan 2008; 8 (8): 50-63.

# La investigación de enfermería en el ámbito del cuidado intensivo.

**Ximena Ramos Garzón**

**Magister en enfermería para el cuidado de la salud cardiovascular, especialista en cuidado intensivo, docente ocasional universidad nacional de Colombia. Enfermera UCI pediátrica. ximenaramosgarzon@gmail.com**

Enfermería es una joven disciplina con un cuerpo creciente de conocimientos, sin embargo es evidente el vacío en el ámbito del cuidado intensivo, pues muy poco del componente disciplinar es aplicable a la realidad asistencial del cuidado del paciente crítico. Por tal razón, en el ámbito de la enfermería clínica asistencial es difícil encontrar argumentación teórica para los problemas cotidianos de la práctica, más aún cuando se trata de pacientes críticos; en las unidades de cuidado intensivo, las enfermeras tienden a hacer más uso del conocimiento prestado de otras disciplinas y les resulta muy complejo tomar elementos teóricos propios, ya que en general lo consideran confuso y poco aplicable en la práctica clínica. (1)

Los y las enfermeras asistenciales y especialmente las de cuidado intensivo, poseen la habilidad para identificar de manera objetiva las necesidades de conocimiento científico, basándose en su propia experiencia y como respuesta a los fenómenos de la práctica cuyo abordaje les genera mayor dificultad. El desarrollo profesional está muy relacionado con el conocimiento, la profesión se desarrolla en la ciencia llevando a cabo investigaciones y conociendo las nuevas políticas, patrones y conceptos de salud que incluyen a la enfermedad.(2) En general, las teorías se validan a través de la práctica pero así mismo la práctica, es decir las acciones de enfermería y el cuidado mismo, debe validarse y sustentarse en constructos de la disciplina y es la investigación el eslabón fundamental en este proceso.

La causa en gran medida del escaso desarrollo teórico en el cuidado del paciente crítico es la falta de investigación, publicación y difusión del nuevo conocimiento, por lo que iniciativas como la creación de la Red Internacional de Enfermería en Cuidados Críticos REINECC resulta de suma importancia y en extremo beneficiosa para las y los enfermeros asistenciales. Es imperativo estimular la investigación y desmentir ciertas ideas preconcebidas alrededor del hecho de investigar en las unidades de cuidado intensivo para empezar a cerrar la brecha existente entre la teoría y la práctica en Enfermería.

Principalmente resulta complejo para enfermería, abordar un problema de investigación cuyo origen es clínico o fisiológico porque desde la academia es casi un tabú el simple roce con el conocimiento y los dominios de la medicina como ciencia y solo es seguro la respuesta a interrogantes amparados por las teorías de enfermería ampliamente conocidas, por lo que las esferas; social, psicológica y espiritual son las más exploradas en nuestros pacientes. Dejando de lado la esfera biológica propiamente dicha en la cual residen la gran mayoría de necesidades de conocimiento para el cuidado de enfermería del paciente crítico.

Para citar un ejemplo; en el paciente crítico la respuesta fisiológica sistémica a las intervenciones cotidianas de enfermería es casi desconocida, ignorando potenciales riesgos y/o posibles efectos adversos relacionados. Dejando en claro que esta clase de investigación atañe por completo a la disciplina dado que constituye una respuesta directa a una intervención de cuidado planeada y ejecutada por enfermería, es importante destacar que si bien la investigación experimental tiene grandes limitantes de tipo legal y por supuesto éticas, otras alternativas en cuanto a metodología están disponibles.

# La investigación de enfermería en el ámbito del cuidado intensivo.

Los estudios descriptivos seguirán siendo claves para la investigación en ciencias de la salud, precisamente porque muchos de los problemas que resulta interesante abordar, no son susceptibles de ser analizados mediante procedimientos experimentales. (2) De esta manera, es posible obtener información valiosa de los pacientes más críticos como aquellos con terapias invasivas, soporte inotrópico, etc., comúnmente excluidos en las investigaciones de enfermería en las unidades de cuidado intensivo. No se debe subestimar el valor y la necesidad de la investigación descriptiva, que con un análisis estadístico apropiado y exhaustivo puede aportar información confiable que en manos de un investigador diligente será la base para la validación del conocimiento existente y la construcción de nuevos paradigmas en el cuidado intensivo.

## BIBLIOGRAFÍA

GALLEGO, Miladys; LEAL, Milena y RAMOS, Ximena. Elementos teóricos del cuidado de enfermería en UCI. En: Revista repertorio de medicina y cirugía. 2009, vol. 18 no. 2, p. 79.

ABAUNZA, Miryam. ¿El proceso de Enfermería hace parte de la calidad del cuidado? En: Revista Avances de enfermería. 2007, vol. 25 no. 2, p. 143.

POLIT, Denise y HUNGLER, Bernadette. Diseños de investigación para estudios cuantitativos. En: Investigación científica en ciencias de la salud. Capítulo 8. 6a. ed. Mexico: Mc Graw Hill. 2000, p. 193-194



# Noticias

## Reinecc Colombia

Estimados miembros reciban un saludo, REINECC Colombia quiere informarles que lastimosamente hace unas semanas nos hackearon la página, por tal motivo tendremos que empezar de cero a construirla, tan pronto este lista, les informaremos, ya que es un recurso valioso de comunicación en los diferentes espacios académicos y reflexivos.

Por otro lado, les informo las actividades que se desarrollaran en este segundo semestre y los invito a participar:

Respondiendo al objetivo orientado al cuidado de la familia del paciente crítico, iniciaremos con un curso taller **“Fortalecimiento de Habilidades comunicativas del profesional de enfermería con el paciente crítico y familia”** que nos proporcionara herramientas para fortalecer el autoconocimiento para manejar las competencias comunicativas y aplicar estrategias de comunicación en personas y grupos vulnerables. El primer curso se realizara el 9 de Agosto y 23 de agosto de 9 a 12:00, en la Universidad Javeriana.

El nodo de la Red en Barranquilla realizara el 16 de Agosto el **I simposio de Enfermería en cuidado Crítico en la Universidad del Norte. Barranquilla.**

El segundo curso será sobre **“Herramientas para la elaboración de guías basadas en la evidencia”** su modalidad es virtual por nuestra aula y se realizara el 6 de septiembre, 13 de septiembre, 27 de Septiembre, 4 de Octubre y 11 de Octubre de 10 a 12 am.

El 1 de noviembre de 8 a 4 pm realizaremos un simposio sobre **“Soporte nutricional en el paciente crítico”**. Próximamente enviaremos información.

Para el curso taller de habilidades de comunicación tenemos en este momento disponible **10 cupos**, dado las características del taller, las personas que estén interesadas en realizarlo por favor inscribirse por este medio. En Noviembre realizaremos otro y asignaremos cupos.

Para el curso de elaboración de guías basadas en la evidencia se asignaran **3 cupos**, para esto se realizara un concurso, que consiste en enviar una propuesta de diseño de la portada del próximo boletín. El envío lo pueden hacer por este medio hasta el 12 de Agosto, posterior se seleccionara las 3 mejores portadas. Es importante señalar que las personas ganadoras, deben realizar el curso en su totalidad y asumir el compromiso de hacer parte del grupo de trabajo de elaboración de guías de la red.

*Esperamos cada semestre realizar estos cursos para garantizar que un buen número de miembros de la Red participen.*  
Cordialmente.

**Diana Achury Saldaña**  
Coordinadora REINECC Colombia

## Reinecc Argentina

### "LA GRATITUD ES LA MEMORIA DEL CORAZON" (Jean Baptiste Massieu).



**REINECC saluda y agradece** a la Dra. Silvina Malvárez (Argentina) quien desde el 2002 hasta marzo 2013 se desempeñó como Asesora Regional del Desarrollo de Enfermería y Técnicos en Salud de la Organización: Panamericana de la Salud y Mundial de la Salud (OPS/OMS), con sede en Washington. Entre sus múltiples tareas y misiones se le atribuye la iniciativa en la Coordinación de las **Redes de Enfermería de las Américas** y la Coordinación Técnica Regional del Programa Ampliado de Libros de Textos y Materiales de Instrucción – PALTEX/OPS .

Sus cualidades de humildad, amor, espíritu de servicio. Integridad, disposición, entre otros, fortalecieron la unidad de enfermería de Latinoamérica, España y Portugal, en proyectos de participación interpaíses y en áreas especializadas, quedando por delante un largo camino por recorrer.

**Nuestro reconocimiento a su destacado desempeño, y un sincero agradecimiento a la DRA. MALVAREZ por sus VALIOSOS APORTES EN ESTOS DOCE AÑOS DE TRABAJO.**

*Lic. Ana. C. Ulloa*

*Prof. Diana M Achury Saldana*

*Lic. Edhit Cavallo*

**Coordinadores de REINECC**



**Red de Enfermería  
de las Américas**



**Red Internacional de  
Enfermería en Cuidados Críticos**

**INVITA a Enfermería de Área Crítica, Docentes e  
interesados en REINECC a los ATENEOS de Enfermería  
(2º semestre 2013) para el día**

**LUNES 23 de setiembre-2013  
de 15,15 hs a 17 hs**

**AULA de :  
SOCIEDAD ARGENTINA PEDIATRIA Filial Córdoba  
Corrientes 634 ( entrada antiguo ex- Hospital Niños. Detrás  
terminal ómnibus)**

**Temario:**

- **Protocolo de Atención de Enfermería en RN sometido a COOL CAP**  
Enf. Gallardo Veronica y Enf. Jaime Gabriel (H. Misericordia))
- **Neonato operado de Hernia Diafragmática.**

**Cuidados de Enfermería**

Lic. Paola Chirino y Esp. Liliana Martinez (M.Nacional)

**Sin costo - más información [reinecc2013@gmail.com](mailto:reinecc2013@gmail.com)  
Próximos encuentros: lunes 21/10, 18/11 igual horario.  
Se certificará 80% asistencia de los 3 encuentros**