



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

# **IMPLEMENTACIÓN DE UNA GUÍA DE COMUNICACIÓN PARA LOS PACIENTES CON VENTILACIÓN INVASIVA CONSCIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO**

**Laura Alarcon Rincon  
Silvia Arabelly Serrato Triana**

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2014



# **IMPLEMENTACIÓN DE UNA GUÍA DE COMUNICACIÓN PARA LOS PACIENTES CON VENTILACIÓN INVASIVA CONSCIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO**

**Laura Alarcon Rincon  
Silvia Arabelly Serrato Triana**

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título  
de:

**Especialista En Enfermería Cardiorrespiratoria**

Director (a):

Doctora Luz Patricia Díaz H

Línea de Investigación:

Autocuidado para la salud cardiovascular y respiratoria

Grupo de Investigación:

Grupo de investigación para la salud cardiorrespiratoria

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2014



*A Dios por poner a nuestro lado una linda y grandiosa familia que fue de gran apoyo para alcanzar este nuevo escalón en nuestras vidas*



## **Agradecimientos**

A Richard Granados, Enfermero Especialista en Enfermería Cardiorespiratoria por permitirnos hacer uso de su herramienta de comunicación y dar continuidad a su trabajo de especialización.

A la profesora Dra Luz Patricia Diaz H, vicedecana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional quien nos asesoró y orientó en el desarrollo de este trabajo.



## Resumen

El trabajo parte de la necesidad de establecer una estrategia de comunicación efectiva entre el personal de enfermería y los pacientes a su cuidado, es una propuesta cuyo objetivo es la implantación y evaluación de una guía de comunicación que incluye una herramienta comunicativa desarrollada por Granados 2012, para los pacientes con ventilación invasiva conscientes. Se parte de planteamientos teóricos realizados por la teorista de enfermería Hildelgard Peplau sobre las relaciones interpersonales y se retoman conceptos generales que apoyan la importancia de una comunicación efectiva y bidireccional entre el paciente con ventilación invasiva y la enfermera en la unidad de cuidados intensivos. Con la implementación de la guía, se busca aportar a la disciplina de enfermería una propuesta sencilla y de fácil aplicación que mejore la comunicación con el paciente que se encuentra ventilado.

### **Palabras clave:**

Técnicas de comunicación terapéutica, ventilación mecánica, ventilación mecánica invasiva, paciente con ventilación mecánica, relación terapéutica, tablero de comunicación y herramienta de comunicación.

## Abstract

The work needed to establish a strategy for effective communication between nurses and patients in their care is a proposal whose aim is to implement and evaluate a communication guide that includes a communication tool developed by Granados 2012 for conscious patients with invasive ventilation. These said theoretical approaches made by the nursing theorist Hildelgard Peplau on interpersonal relations and general concepts are taken up that support the importance of effective two-way communication between the patient with invasive ventilation and nurse in the intensive care unit. With the implementation of the guide, it seeks to contribute to the discipline of nursing, a simple and easily applicable approach to improve communication with the ventilated patient.

**Keywords:**

Therapeutic communication techniques, mechanical ventilation, mechanical invasive ventilation, mechanically ventilated patient, therapeutic relationship, communication board and communication tool.

# Contenido

	Pág.
<b>Resumen .....</b>	<b>IX</b>
<b>Lista de tablas .....</b>	<b>XIII</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>1. MARCO DE REFERENCIA .....</b>	<b>3</b>
1.1 Relevancia Social.....	3
1.1.1 Resolución 5261 de 1994.....	3
1.1.2 Resolución N° 1043 del 3 de abril de 2006 .....	5
1.1.3 Aspectos epidemiológicos en Colombia.....	6
1.2 Relevancia Disciplinar.....	6
1.3 Relevancia Teórica .....	7
1.4 Situación Problema .....	8
1.5 Objetivos .....	9
1.5.1 Objetivo General .....	9
1.5.2 Objetivos Específicos .....	10
1.6 Marco Conceptual .....	10
1.6.1 Técnicas de comunicación terapéutica .....	10
1.6.2 Ventilación Mecánica .....	10
1.6.3 Ventilación Mecánica Invasiva .....	11
1.6.4 Paciente con Ventilación Mecánica.....	11
1.6.5 Relación Terapéutica .....	11
1.6.6 Tablero de Comunicación .....	12
1.6.7 Herramienta de Comunicación.....	12
<b>2. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>13</b>
2.1 Hildelgard Peplau, modelo relaciones interpersonales .....	13
2.2 Comunicación .....	15
2.2.1 Comunicación Alternativa.....	15
2.2.2 Comunicación Aumentativa.....	16
2.3 Puentes y Barreras en la Relación Terapéutica.....	16
<b>3. METODOLOGÍA.....</b>	<b>19</b>
3.1 Diseño de la Guía .....	19

3.1.1	Validación de Expertos .....	20
3.1.2	Guía de Comunicación.....	21
3.2	Implementación.....	45
3.3	Evaluación de la Guía y de la Herramienta .....	46
3.4	Aspectos Éticos .....	47
<b>4.</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>49</b>
<b>5.</b>	<b>Conclusiones y recomendaciones.....</b>	<b>53</b>
5.1	Conclusiones .....	53
5.2	Recomendaciones .....	54
	<b>Bibliografía .....</b>	<b>55</b>

## Lista de tablas

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 3-1:</b> Niveles de evidencia.....	43
<b>Tabla 3-2:</b> Grados de recomendación. ....	44



# Introducción

El cuidado, objeto de estudio de enfermería, se basa en la relación que se establece desde el comienzo entre el profesional de enfermería y la persona a su cuidado. Esta relación terapéutica debe contemplarse como una de las habilidades sociales para establecer una buena interacción. Si no se tiene una idea clara de estos conceptos se puede caer en la monotonía al brindar cuidado al paciente afectando su proceso de recuperación. Esto es importante, pues permite que todo el tiempo se trate la persona como un ser íntegro, y no por su diagnóstico.

En los pacientes ventilados conscientes la comunicación verbal se encuentra limitada lo que hace que el personal que brinda cuidado genere estrategias de comunicación. El profesional debe basarse en lo que puede estar sintiendo, pensando o deseando el paciente para elaborar los planes de atención. En el caso de los familiares, los estudios evidencian la impotencia que se genera en ellos al no poder comunicarse con el ser querido, y no tener una estrategia clara para interactuar con ellos.

Por esto se resalta la importancia de establecer una estrategia de comunicación efectiva entre el personal de enfermería y los pacientes a su cuidado, y que pueda llegar a extenderse a los familiares.

La familia es la principal red de apoyo de todas las personas y su participación aporta positivamente a la recuperación del paciente. Un paciente con ventilación mecánica invasiva en la unidad de cuidados intensivos se ve expuesto a muchas situaciones como limitación de su movilidad, limitación para la ingesta de alimentos, no poder descansar o dormir bien, entre muchas otras situaciones que le generan menor confortabilidad en su proceso de recuperación, y en las cuales la familia puede convertirse en un gran apoyo para su afrontamiento.

El grupo de enfermería debe aprender a manejar la situación en la que se encuentra el paciente y en la práctica diaria facilitarle al mismo que exprese sus necesidades, proporcionándole un cuidado más individualizado y humano, que aporte a su recuperación.

La dificultad en la comunicación en estos pacientes hace que surja la necesidad de implementar una guía de comunicación en la unidad de cuidados intensivos de una institución de tercer nivel de atención en Bogotá, para lograr una comunicación efectiva bidireccional que involucre en el proceso de cuidado al paciente y su entorno.

Con el trabajo final se busca aportar a la disciplina de enfermería una guía sencilla y de fácil aplicación que mejore la comunicación con el paciente que se encuentra ventilado. El profesional de enfermería es responsable de brindar un cuidado de calidad, considerando al paciente como el ser humano íntegro, que se relaciona y convive en un entorno.

El problema de comunicación está en todas las áreas e instituciones donde hay presencia de pacientes con ventilación mecánica invasiva y que en algún momento pueden llegar a estar conscientes, por consiguiente el estudio ampliará el conocimiento existente respecto al área y aportará para mejorar los cuidados que en cualquier lugar se pueden brindar a este tipo de población.

La enfermera debe conocer qué es lo mejor para el paciente, responder a sus necesidades, ser técnicamente competente, científicamente conocedora y emocionalmente capaz de afrontar las situaciones de crisis en el cuidado de la salud; además debe desarrollar habilidades comunicativas, emocionales e interrelacionales. De ahí la importancia de tomar como referencia los conceptos del modelo de Hildelgard Peplau que se basa en las relaciones interpersonales permitiendo a la enfermera alejarse de la orientación hacia la enfermedad y centrarse en el significado psicológico del paciente, es decir, pensar en lo que como persona puede estar sintiendo, pensando y deseando frente a su cuidado.

# 1.MARCO DE REFERENCIA

Se empezará por definir y revisar la relevancia del objeto de estudio de este trabajo desde un ámbito social, disciplinar y teórico.

## 1.1 Relevancia Social

Para hacer referencia a los pacientes que son tratados en las unidades de cuidado intensivo es necesario hacer una revisión de la reglamentación existente en Colombia acerca de éstas áreas.

A fin de reconocer la importancia que reviste el manejo de pacientes en las UCI, se hizo necesario revisar los aspectos normativos y regulaciones actuales en el país:

### 1.1.1 Resolución 5261 de 1994

En Colombia el plan obligatorio de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene reglamentadas sus actividades, intervenciones y procedimientos a través de la resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Salud. <sup>1</sup>

Los artículos 28 - 29 y 30 definen algunos aspectos generales de las unidades de cuidado intensivo (UCI), a continuación se presentan de manera parcial:

*Artículo 28.* Definición Unidad de cuidados intensivos

Es un servicio para la atención de pacientes, adultos o niños, críticamente enfermos, recuperables, con disponibilidad permanente de personal médico especializado en

---

<sup>1</sup> COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. Resolución 5261 (5, agosto, 1994). Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

cuidados intensivos, medicina interna y cardiología; personal paramédico con adiestramiento en cuidados intensivos; equipos de ayuda diagnóstica y de complementación terapéutica: electrocardiografía, monitoría cardioscópica y de presión arterial, respiradores de presión y de volumen, gasometría, oximetría, estimulación eléctrica intracardiaca (marcapasos temporales y definitivos) y equipos de desfibrilación, nebulizadores y otros.

*Artículo 29.* Pacientes que se admitirán en la unidad de cuidados intensivos.

- **Orden Cardiovascular**

Pacientes con infarto agudo de miocardio complicado, cor-pulmonar agudo, re-infarto complicado, cuadro clínico de angina inestable, bloqueo A.V. completo, bloqueo A.V. II grado tipo Mobitz II, extrasistolia ventricular multifocal, enfermedad del nódulo sinusal, "síndrome de taqui-bradiarritmia", cardioversión y/o desfibrilación, franca inestabilidad hemodinámica, cardiomiopatías congestivas de difícil manejo, bajo gasto cardíaco y/o falla de bomba, shock séptico, cardiogénico, hipovolémico y/o neurogénico, que presenten posibilidad de recuperación según valoración conjunta con el médico tratante y/o grupo de especialistas., falla ventricular izquierda aguda, post-cirugía cardiovascular, post-reanimación cardiopulmonar hemodinámicamente inestables, sometidos a dichas maniobras en áreas distintas a cuidado intensivo.

- **Orden Neurológico**

Pacientes con enfermedades neurológicas del tipo polirradículo, neuromielopatías agudas de cualquier etiología, cuando exista compromiso, de la función respiratoria, pacientes con porfiria aguda (P.I.A) con compromiso hemodinámico con cuadro de edema cerebral post-trauma con signos de riesgo, tales como inconsciencia, deterioro de su cuadro neurológico en forma progresiva o empeoramiento de sus signos vitales y que no presenten signos de muerte cerebral.

Pacientes con status convulsivo, al cual se considere necesario asistencia ventilatoria. Accidentes cerebro vasculares hemorrágicos y oclusivos con signos de hipertensión endocraneana, edema cerebral y que a juicio del médico de la U.C.I., en relación con la

historia clínica, edad, estado cardiovascular, complicaciones y patologías concomitantes del paciente, ofrezca posibilidades para su recuperación.

- **Orden Infeccioso**

Pacientes con cuadro clínico de tétanos, shock séptico de cualquier etiología.

- **Hipertermia Maligna.**
- **Leucemias agudas que requieran asistencia ventilatoria.**
- **Orden Neumológico**

Pacientes con síndrome de dificultad respiratoria aguda severa de cualquier etiología que requieran asistencia ventilatoria.

- **Tóxicos:** Pacientes intoxicados que requieran asistencia ventilatoria.
- **Metabólicos:** Pacientes con trastornos metabólicos severos que requieran asistencia ventilatoria. Los pacientes en cetoacidosis diabética y/o estados hiperosmolares, deberán ser manejados en principio en el servicio de medicina interna según normas convencionales.

*Artículo 30.* Casos que no serán admitidos en la unidad de cuidados intensivos.

- Pacientes en estado terminal de cualquier etiología.
- Pacientes poli traumatizados mientras no se haya definido la conducta quirúrgica o neuroquirúrgica.
- Pacientes con signos de muerte cerebral.

### **1.1.2 Resolución N° 1043 del 3 de abril de 2006**

Las UCI deben estar habilitadas de acuerdo a lo contemplado el manual único de procedimientos de habilitación de la resolución N° 1043 del 3 de abril de 2006 por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

Para continuar la construcción de la relevancia social se revisaran algunos aspectos epidemiológicos relacionados con el cuidado intensivo:

### **1.1.3 Aspectos epidemiológicos en Colombia**

Un estudio realizado por Dennis y colaboradores en 20 unidades de cuidado intensivo en las principales ciudades de Colombia, permitió identificar las causas de ingreso de los pacientes a la uci, datos de morbilidad y otros aspectos como se enuncia a continuación:

- El Infarto agudo de miocardio es la principal causa de ingreso a la UCI.
- Además de la gravedad de la enfermedad, la ventilación mecánica invasiva se considera otra variable causal de mortalidad en estos pacientes.
- la gravedad de la enfermedad, la edad, el tipo de lesión y los antecedentes del paciente, son factores determinantes y de marcan mortalidad en la uci
- La edad promedio fue de 53 años, siendo en su mayoría varones (56.8%). Lo cual es similar a datos en países en vía de industrialización.
- Mortalidad global de 31%
- Uso de ventilación mecánica en un 34%

Aproximadamente el 40% de los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) necesitan ventilación mecánica. Una gran parte de ellos son extubados entre los 2 y 4 días de su instauración, pero hasta un 25% permanecen ventilados mecánicamente más de 7 días

## **1.2 Relevancia Disciplinar**

En los profesionales de enfermería se ha identificado un interés por estudiar cómo se puede mejorar la comunicación con los pacientes que se encuentran en las unidades de cuidado intensivo, especialmente en aquellos que tienen soporte ventilatorio. Siendo principalmente el personal de estas unidades el que en su mayoría ha desarrollado investigaciones en el tema.

Enfermeros como Vivian Álvarez y colegas han aportado inicios frente al diseño de una estrategia de comunicación con imágenes, buscando fortalecer la comunicación diaria del personal asistencial de la UCI con el paciente ventilado. En su artículo "Comunicación

por Imágenes, un reto para la enfermera” muestran como a través de una serie de imágenes es posible establecer una mejor comunicación con los pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento donde experimentaran la ventilación mecánica.

Otros profesionales han partido de la experiencia y vivencia de pacientes que estuvieron sometidos a un proceso de ventilación sin efectos de sedación continua. Concluyen la importancia que tiene para los pacientes ser tratados como sujetos activos, permitiendo que indirectamente se desarrollen multiplicidad de herramientas no verbales.

En la experiencia de nuestra práctica diaria hemos podido observar la dificultad de establecer una comunicación recíproca con los pacientes que se encuentran con soporte ventilatorio. Estos pacientes a causa del tubo otro traqueal no pueden comunicarse verbalmente, como lo hacen en su diario vivir, experimentando situaciones nuevas de estrés, ansiedad, preocupación y miedo que pueden interferir en la satisfacción que sientan frente al cuidado que están recibiendo. Por otro lado el personal de enfermería que brinda el cuidado no ha sido capacitado previamente acerca de otros tipos de comunicación, diferentes del verbal.

### **1.3 Relevancia Teórica**

La comunicación es el medio por el cual se lleva a cabo el propósito de la enfermería, que consiste en asistir a un individuo o familia a prevenir y enfrentar la enfermedad y el sufrimiento, y a encontrar los significados de esa experiencia. La comunicación está presente en la relación enfermero-paciente, que no siempre está dada por palabras, logrando ser verbal y no verbal. Mediante el lenguaje simbólico, la apariencia, el comportamiento, la postura, las facies y los gestos también se transmiten ideas, pensamientos y sentimientos, y se otorgan significados, al igual que sucede en el lenguaje hablado.

El profesional de enfermería debe hacer de la comunicación una herramienta que favorezca la relación enfermera-paciente y le permita diseñar planes de cuidado apropiados y especificaos a la necesidad de cada paciente, tiendo en cuenta que la persona se debe considerar un ser íntegro y único más allá de la enfermedad que presente.

### *La comunicación con el paciente en la UCI*

Los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos, no pueden emplear el lenguaje para la comunicación con el entorno, entre otras razones por estados de inconciencia, sedación obligatoria o intubación endotraqueal. En un proceso de hospitalización, en la unidad de cuidados intensivos, el paciente llega experimentar amenaza de muerte, pérdida de la autonomía, separación de la familia y del entorno, lo que se hace más difícil al no contar con un lenguaje apropiado para interactuar con el personal a su cargo.

Por todo lo anterior, este tipo de población hace que el personal que está a su cargo busque recursivamente la forma de interactuar con él, generando diversas estrategias de comunicación que aún están siendo estudiadas, y de las cuales se cuenta con pocos soportes.

En las UCI de Columbia (Estados Unidos) fue realizado un estudio que buscaba evaluar la comunicación entre el paciente con soporte ventilatorio y su familia, los investigadores encontraron que 44% de las familias desarrollaron medios alternativos para interactuar con el paciente.

La familia es un soporte fundamental en el proceso de recuperación de un paciente, su presencia brinda un apoyo importante, y además el vínculo que se presenta lleva a que este grupo sea recursivo y genere estrategias para establecer una comunicación con su ser querido, por eso es importante brindar a las familias herramientas que favorezcan aún más este proceso.

## **1.4 Situación Problema**

Los pacientes con ventilación mecánica que se encuentran conscientes, experimentan situaciones dolorosas e irritantes al sentir que algo les está haciendo respirar en contra de su voluntad, alterando su comunicación verbal., lo que en estas personas genera

estrés y repercute en el estado emocional”<sup>2</sup>. “Puede desencadenar estados de agitación, ansiedad, apatía, depresión, miedo y delirium”<sup>3</sup>.

Para el personal de enfermería que brinda cuidado al paciente ventilado es difícil establecer una comunicación adecuada, teniendo en cuenta que diariamente lo hace de forma verbal. Estos profesionales a lo largo de su formación no han sido capacitados acerca de otras formas de comunicación, por lo cual debe recurrir a estrategias como señas, mímica, escritura e imágenes., que le permitan comprender lo que el paciente está pensando y sintiendo.

La satisfacción que el paciente percibe de su cuidado está relacionado con la comunicación que logre establecer con el personal de salud, por consiguiente si se mejora la interacción enfermera-paciente puede mejorar en consecuencia la satisfacción.

De esta situación se genera la necesidad de implementar una guía de comunicación para el grupo de cuidado a cargo del paciente, especialmente del grupo de enfermería, quien a través de su cuidado identifica las necesidades del paciente, y de ésta forma ejecuta un plan de atención. Esta situación se ha podido detectar en la práctica clínica en la unidad de cuidado intensivo cardiovascular de una institución de tercer nivel de atención en la ciudad de Bogotá, donde aún no existe una estrategia que facilite la comunicación del paciente ventilado con las personas que conforman su entorno.

## **1.5 Objetivos**

### **1.5.1 Objetivo General**

Implementar y evaluar la guía de comunicación que incluye la herramienta comunicativa desarrollada por Granados 2012, para los pacientes con ventilación invasiva conscientes, fundamentada en la teoría de las Relaciones Interpersonales de Peplau.

---

<sup>2</sup> ÁLVAREZ PÉREZ, Vivian y CRUZ REYES, Ilaine. Comunicación por imágenes, un reto para la enfermera. Cardiocentro De Villa Clara “Ernesto Guevara De La Serna”. Consultado en <http://files.sld.cu/>

<sup>3</sup> INIESTA SÁNCHEZ, J.*et al.* Problemas psicológicos en pacientes sometidos a ventilación mecánica. *Enfermería Global*. N°1. Noviembre de 2002. ISSN 1695-6141 p. 2.

## 1.5.2 Objetivos Específicos

- Diseñar la guía fundamentada en la teoría de las relaciones interpersonales de Peplau que fortalezca la comunicación e interacción con el paciente con ventilación invasiva que se encuentra consciente con base en los lineamientos de la AGREE (Appraisal of guidelines for research and evaluation)
- Evaluar la guía fundamentada en la teoría de las relaciones interpersonales de Peplau para pacientes conscientes con ventilación mecánica.
- Implementar y evaluar la herramienta de comunicación diseñada por Granados (2012) con el paciente que se encuentra ventilado pero consciente.

## 1.6 Marco Conceptual

### 1.6.1 Técnicas de comunicación terapéutica

Son guías, estrategias o líneas generales de acción que pueden ser utilizadas en la interacción con el paciente, no sólo para la memorización mecánica. Al utilizarlas, la enfermera considera en cada acción el conocimiento y la creatividad necesarios para cada situación. El carácter verbal y no verbal de estas técnicas requiere el desarrollo de habilidades para crear un clima terapéutico.<sup>4</sup>

### 1.6.2 Ventilación Mecánica

El objetivo principal de la ventilación mecánica es la sustitución total o parcial de la función ventilatoria, mientras se mantienen niveles apropiados de PO<sub>2</sub> y PCO<sub>2</sub> en sangre arterial y descansa la musculatura respiratoria.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> STEFANELLI MC, CARVALHO EC. A comunicação nos diferentes contextos da Enfermagem. Barueri (SP). Manole: 2005 Citado por LANDEROS LOPEZ, Martha and CARVALHO, Emilia Campos de. La comunicación terapéutica durante instalación de venoclisis: uso de la simulación filmada. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2006, vol.14, n.5, pp. 658-665. ISSN 0104-1169.

<sup>5</sup> RAMOS GÓMEZ, Luis A. VALES, Salvador Benito. Fundamentos de la ventilación mecánica. Marge Médica Books. Capítulo 7

### 1.6.3 Ventilación Mecánica Invasiva

Proporciona soporte ventilatorio temporal a los pacientes intubados, pero no es una técnica curativa.

Los objetivos esenciales de la ventilación mecánica son:

- Corrección de la hipoxemia o de la acidosis respiratoria progresiva, o de ambas.
- Reducción del trabajo respiratorio.
- Adaptación del paciente al ventilador.
- Prevención de la lesión pulmonar inducida por el ventilador.
- Retirada del ventilador tan pronto sea posible.<sup>6</sup>

### 1.6.4 Paciente con Ventilación Mecánica

Los pacientes con ventilación mecánica tienen un tubo de material plástico en la boca o la nariz que pasa por entre las cuerdas vocales hacia la tráquea. A estos pacientes no les agrada esta situación, porque les impide hablar, comer por la boca y sienten malestar cuando el aire es impulsado hacia los pulmones.<sup>7</sup>

### 1.6.5 Relación Terapéutica

Peplau en su teoría de relaciones interpersonales considera a enfermería como un proceso interpersonal, terapéutico significativo, entendiendo el significado de la experiencia para el paciente, lo que le permite a enfermería cumplir su función terapéutica y educativa.<sup>8</sup>

La relación terapéutica se podría definir como una negociación intersubjetiva en la que a través del discurso que se establece entre terapeuta y paciente se va construyendo reconstruyendo el binomio salud-enfermedad (5). Por lo tanto es considerada como un proceso, método o instrumento, por medio del cual son transmitidos los significados entre

---

<sup>6</sup> Ibid.

<sup>7</sup> AMERICAN THORACIC SOCIETY Ventilación mecánica. Consultado en: <http://patients.thoracic.org/information-series/es/resources/07ventilacion.pdf>

<sup>8</sup> FAWCETT, J. Analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge. Nursing Models and Theories. F.A Davis Company. 2000.

personas y grupos; muchos problemas se originan cuando la comunicación es mala. Uno de ellos es la falta de comunicación con los profesionales, que es la causa más importante de insatisfacción de los pacientes hospitalizados.<sup>9</sup>

### **1.6.6 Tablero de Comunicación**

Se define como una ayuda técnica sencilla sobre la cual se sitúa los signos gráficos o se escriben palabras.

### **1.6.7 Herramienta de Comunicación**

Es un medio para desarrollar capacidades de dialogo, de discusión y debate, de interacción y comunicación y, en definitiva, de información. En los entornos de enseñanza-aprendizaje, las herramientas de comunicación juegan un papel fundamental que ha variado por completo el panorama de la enseñanza, de forma que se camina hacia un nuevo paradigma de aprendizaje.

---

<sup>9</sup> VIDAL Blan, *et al.* Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. Enfermería Global Octubre 2009. No 17 ISSN1695-6141.

## 2. MARCO TEÓRICO

Para el desarrollo del trabajo final se parte del planteamiento realizado por la teórica de enfermería Hildelgard Peplau, sobre las relaciones interpersonales y se retoman conceptos generales que apoyan la importancia de una comunicación efectiva y bidireccional entre el paciente con ventilación invasiva y la enfermera en la unidad de cuidados intensivos.

### 2.1 Hildelgard Peplau, modelo relaciones interpersonales

Peplau refiere que en conjunto la enfermera y el paciente participan y contribuyen a la relación, y que esa relación debe ser terapéutica. La teoría de relaciones interpersonales y una metodología clínica fueron los primeros aportes de Peplau, 1948. Posteriormente continuó la discusión de la teoría y describe su aplicación a diversos problemas clínicos en una serie de roles (1989).

El trabajo de Peplau se clasifica como una teoría de rango medio que se enfoca en las etapas del proceso interpersonal que ocurre cuando un paciente y un enfermero juntos resuelven una dificultad relacionada con el cuidado. La afirmación principal de la teoría de relaciones interpersonales considera a enfermería como un proceso interpersonal, terapéutico significativo, entendiendo el significado de la experiencia para el paciente, lo que le permite a enfermería cumplir su función terapéutica y educativa.

#### ***Relación Enfermera-Paciente***<sup>10</sup>

Es un proceso interpersonal compuesto de cuatro componentes y dos personas; el profesional experto de enfermería y el paciente con problemas o necesidades que requiere de los servicios de la enfermera experta.

---

<sup>10</sup> FAWCETT, J. Analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge. Nursing Models and Theories. F.A Davis Company. 2000.

Un proceso interpersonal que compromete tres fases sobreponiéndolas y conectándolas entre sí.

*1. Fase de orientación*

El profesional de enfermería se convierte en una guía para el paciente que busca ayuda frente a una necesidad específica de cuidado. Comienza por conocer al paciente como una persona, obtener información esencial acerca de la condición de salud del paciente y fija las primeras intervenciones a promover.

*2. Fase de trabajo:* es en la cual ocurre la mayor parte del trabajo.

- Sub-fase Identificación: Sub fase durante la cual el paciente, a través de la enfermera, explora e identifica sus sentimientos que le permiten sobrellevar su enfermedad. El paciente aprende como aprovechar la relación enfermera-paciente.
- Sub-fase Exploración: A través de la relación con la enfermera, la persona busca sacar el mayor beneficio y se propone nuevas metas que favorezcan su estado.

*3. Fase de finalización:* la enfermera debe convertirse en un apoyo para el paciente, haciendo que este sea más independiente y responsable de su cuidado. El paciente tendrá libertad para desarrollar más actividades

En cada una de las fases hay relación con el problema de salud y como enfermera y paciente aprenden a trabajar cooperativamente para resolver las dificultades.

Hildegard Peplau,<sup>11</sup> presenta un modelo de cuidado para enfermería donde la enfermera(o) a través de las relaciones interpersonales con el paciente puede acercarse al significado que éste otorga a la enfermedad, a los comportamientos y a los sentimientos, y hacer uso de estos en el momento de brindar cuidado y guiarlos en pro del manejo de su propio estado.

---

<sup>11</sup> MEJIA LOPERA, María Eugenia. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. *Index Enferm* [online]. 2006, vol.15, n.54 [citado 2013-03-31], pp. 48-52 . ISSN 1132-1296.

### **Conceptos**

*Enfermería psicodiámica*,<sup>12</sup> es la capacidad de la enfermera de dar valor a la vivencia del paciente, de ayudarlo a entender su situación y de interactuar con él para plantear soluciones a su problema.

*Roles de enfermería*,<sup>13</sup> Peplau define seis roles del profesional que surgen en cada una de las fases de la relación enfermera-paciente,

- a. Rol de extraño.
- b. Rol como persona.
- c. Rol del sustituto.
  
- d. **Rol como docente**, es una combinación de los roles, parte de lo que sabe el paciente, de su interés y capacidad para utilizar la información.
- e. **Rol conductor**, relación de cooperación y participación activa donde la enfermera ayuda al paciente a asumir sus tareas y satisfacer sus necesidades.
- f. **Rol del asesoramiento**, la enfermera ayuda al paciente para que este entienda su situación actual y la integre como una experiencia más de vida.

## **2.2 Comunicación**

### **2.2.1 Comunicación Alternativa**

Es aquella que sustituye a la capacidad del habla. Utiliza mecanismos de transmisión y de representación distintos a los que utiliza el lenguaje oral. Están pensados para personas que no posean el lenguaje oral, ya sea de forma temporal o permanente. Ejemplo, la lengua de signos.

---

<sup>12</sup> ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL (ANESM). Modelos teóricos de enfermería aplicados en salud mental. Disponible En: <http://www.anesm.net/descargas/modelos%20teoricos%20de%20enfermeria%20aplicados%20a%20salud%20mental.pdf>

<sup>13</sup> ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL (ANESM). Modelos teóricos de enfermería aplicados en salud mental. Disponible En: <http://www.anesm.net/descargas/modelos%20teoricos%20de%20enfermeria%20aplicados%20a%20salud%20mental.pdf>

### **2.2.2 Comunicación Aumentativa**

No es una alternativa al habla, sino un complemento de la misma. Permiten comunicarse con los demás a personas que tienen dificultades severas para hablar.

## **2.3 Puentes y Barreras en la Relación Terapéutica**

La comunicación de enfermería afecta el resultado de la salud del paciente y su satisfacción. Comunicación en salud es un proceso multidimensional que incluye aspectos tanto del emisor como del receptor del mensaje. Los puentes que existen en la comunicación tomando como base la teoría de Peplau son:

La habilidad de la comunicación influye en resultados como ansiedad, adherencia al tratamiento y satisfacción frente al cuidado. Establecer una relación terapéutica implica entender y aplicar los conceptos de respeto, cuidado, empoderamiento, confianza, empatía, confidencialidad y veracidad.

La relación puede tomar una dirección positiva o negativa. Las acciones de enfermería pueden ser puentes o barreras para una buena interacción enfermera-paciente.

### **RESPETO**

Expresar sinceramente respeto a la persona que se asiste construye una relación terapéutica con él o ella. La meta mutua es maximizar el estado de salud del paciente, el profesional debe expresar respeto a las apreciaciones y opiniones de éste. Preguntar como prefiere ser llamado es un paso inicial. Hay que recordar que en la hospitalización los clientes pierden control con respecto a la relación interpersonal.

#### ***Barrera: Falta de respeto***

El paciente lo percibe cuando el personal evita hablar con ellos o es antipático, sin embargo sienten confort cuando se genera una conversación.

La falta de respeto entre los miembros del equipo también es importante. La falta de respeto con enfermería es considerada un factor que genera fallas en la comunicación y afecta al paciente.

## **CUIDADO**

Es una acción humana intencional caracterizada por un compromiso y nivel suficiente de conocimiento y habilidad para mantener la integridad del paciente.

Los pacientes quieren entender porque están sufriendo, por lo cual es importante hablar en un lenguaje apropiado.

### ***Barrera: Falta de cuidado***

Aunque enfermería permanece gran parte con el paciente y promete cuidarlo, algunas veces se puede observar situaciones en la cuales este siente que el apática, intentando conocer sus propias necesidades más que las propias del paciente.

## **EMPODERAMIENTO**

Es llevar al paciente a hacer cambios de su propia vida. El proceso interpersonal provee información, herramientas y recursos que ayudan al paciente a construir habilidades para alcanzar sus propias metas de salud.

### ***Barrera***

El empoderamiento es decisivo, este anima al paciente a asumir la responsabilidad sobre su propia salud. Esto es en contraste con la actitud paternalista fomentada en la medicina, caracterizada por la actitud de “yo conozco que es lo mejor para usted”

## **CONFIANZA**

Establecer confianza es fundamental en toda relación. El desarrollo del sentido de la confianza interpersonal y de seguridad es la clave en la relación enfermera paciente. Proveer confianza genera un clima en que el paciente se siente comfortable revelado sus necesidades.

### ***Barrera: Desconfianza***

La desconfianza tiene un impacto en la comunicación y en el resultado de los procesos de salud. La confianza puede ser reemplazado con desconfianza enter enfermera y paciente.

**EMPATÍA**

Es la habilidad para ser sensible a la comunicación entendiendo lo que el paciente siente. Es una característica crucial que ayuda en la relación. Es un elemento importante de la comunicación efectiva y está asociado con la mejora de la satisfacción y adherencia a los tratamientos.

***Barrera: Falta de empatía***

Fracasar en entender las necesidades del paciente puede llevar a obviar el cuidado y educación esencial que requiere el paciente. Las mayores barreras existen en el ambiente clínico, incluyendo la falta de tiempo, de privacidad y de apoyo.

**MUTUALIDAD**

Básicamente menciona que la enfermera y el paciente coinciden en los problemas de salud y en los medios para resolverlos, y ambas partes se comprometen para mejorar. Este es caracterizado por el respeto mutuo y por la autonomía.

**VERACIDAD**

Estándares legales y éticos ordenan comportamientos de enfermería específicos, como confidencialidad, beneficencia y respeto por la autonomía del paciente. Estos comportamientos son basados en los valores del profesional de enfermería acorde con el código de ética.

***Otras barreras***

- **Ansiedad**
- **Estereotipo**
- **Violación del espacio personal**

En conclusión la teoría de Peplau ofrece una estructura conceptual clara para el desarrollo del trabajo final. Su diseño por fases permite determinar claramente una serie de actividades que dan continuidad al proceso de cuidado que se brinda a un paciente, no sólo en un estado clínico, como sucede al realizar una cirugía, sino desde el ingreso a las instituciones cuando aún no han sido intervenidos.

## 3. METODOLOGÍA

La metodología incluye tres grandes puntos como son: el diseño de la guía para ser implementada en las unidades de cuidado intensivo, la implementación directa con pacientes que cumplen los criterios de participación, y finalmente la evaluación de la guía como tal, y del instrumento que hace de parte de esta.

### 3.1 Diseño de la Guía

El diseño de la guía se basa en los parámetros establecidos por la (Appraisal of guidelines for research and evaluation) AGREE, los cuales tiene como objetivo evaluar la calidad de las guías, proporcionar una estrategia metodológica para el desarrollo de mismas y establecer qué información y cómo estas deben ser presentadas.<sup>14</sup>

El AGREE II consiste en 23 ítems claves organizados en seis dominios, seguidos de 2 ítems de puntuación global. Cada dominio abarca una dimensión única de la calidad de la guía.

**Dominio 1. Alcance y Objetivo** alude al propósito general de la guía, a los aspectos de salud específicos y a la población diana.

**Dominio 2. Participación de los implicados** se refiere al grado en el que la guía ha sido elaborada por los implicados o interesados y representa los puntos de vista de los usuarios a los que está destinada.

---

<sup>14</sup> AGREE II Español AGREE Next Steps Consortium (2009). El Instrumento AGREE II Versión electrónica. Consultado 25, OCTUBRE, 2013, de <http://www.agreetrust.org>; Versión en español: <http://www.guiasalud.es>

**Dominio 3. Rigor en la Elaboración** hace referencia al proceso utilizado para reunir y sintetizar la evidencia, los métodos para formular las recomendaciones y para actualizarlas.

**Dominio 4. Claridad de la Presentación** tiene que ver con el lenguaje, la estructura y el formato de la guía.

**Dominio 5. Aplicabilidad** hace referencia a las posibles barreras y factores facilitadores para su implantación, las estrategias para mejorar su adopción y las implicaciones de la aplicación de la guía en los recursos.

**Dominio 6. Independencia editorial** tiene que ver con que la formulación de las recomendaciones no esté sesgada por conflictos de intereses.

### 3.1.1 Validación de Expertos

Una vez se diseñó la guía se envió a 5 profesionales de enfermería con experiencias en el área de docencia e investigación, asistencial y administrativo con el objetivo de realizar una validación.

Las siguientes fueron las principales recomendaciones y aportes recibidos, y que fueron base para realizar ajustes a la guía que se presenta.

#### *Recomendaciones*

- Ajustes de redacción y estructura de diseño de la guía; elaboración de portada, índice de autores.
- Sugerencia para soportar los Niveles de evidencia y recomendaciones de acuerdo a lo planteado por la Joanna Briggs Institute.
- Para la aplicación hacer un formato reducido.

#### *Aportes*

- Es una guía fácil de comprender, que está bien estructurada. El esquema y contenido de la guía es adecuado y comprensible.
- Es una guía aplicable a la práctica.

- Su elaboración suple una necesidad real que se ha observado en las unidades de cuidado intensivo.
- Teniendo en cuenta el diseño de la herramienta y la condición del paciente la estrategia de escritura no sería muy acertada, sin embargo requiere de su aplicación para tener una mayor evidencia.
- El escaneo del alfabeto es útil pero llega ser demandante de tiempo, lo cual dificultaría la implementación por parte de la enfermera de la unidad de cuidado intensivo.
- El sistema pictográfico de comunicación es el más asertivo, pues es de fácil interpretación y se puede emplear en todos los pacientes, sin excluir aquellos que no saben leer, ni escribir.
- Algunos pictogramas son muy pequeños y otros no son claros, especialmente los que influyen letra y requieren modificación.
- En lo referente a la herramienta puede considerarse el uso de la tecnología para su diseño.
- Se puede verificar si la aplicación de la fase de orientación directamente con el paciente en la UCI, tiene la misma efectividad a como está diseñada la guía. Pues se lograría hacer un mayor seguimiento.

A continuación se presenta la guía de comunicación para los pacientes con ventilación mecánica invasiva conscientes en la unidad de cuidado intensivo:

### **3.1.2 Guía de Comunicación**

**GUÍA DE COMUNICACIÓN PARA LOS PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA  
INVASIVA CONSCIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO**

Elaborado Por

**LAURA ALARCÓN RINCÓN**

Enfermera Universidad Nacional de Colombia  
Enfermera Clínica La Colina

**SILVIA SERRATO TRIANA**

Enfermera Universidad Javeriana  
Enfermera Fundación Cariolnfantil

**LUZ PATRICIA DIAZ HEREDIA- ASESORA**

Vicedecana  
Facultad de Enfermería  
Universidad Nacional de Colombia

Universidad Nacional De Colombia- Facultad De Enfermería  
Especialización en Enfermería Cardiorrespiratoria

## TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN
2. ALCANCE Y OBJETIVO
3. OBJETIVO
4. JUSTIFICACIÓN

**Profesionales Vinculados**

**Población Objeto**

**Categoría de la guía**

**Estrategia de búsqueda bibliográfica**

5. DESARROLLO DE GUÍA

**Duración de la aplicación de la guía**

**Materiales Necesarios**

**HILDELGARD PEPLAU, modelo relaciones interpersonales**

**Fase de orientación**

**Fase de trabajo**

**Fase de finalización**

***Implementación- Fases de Peplau***

- a. **Fase de orientación**

***La herramienta de comunicación***

- **ESCRITURA.**
- **LECTURA DE LABIOS**
- **ESCANEEO DEL ALFABETO**
  
- **INTERROGATORIO**

- **SISTEMA PICTOGRÁFICO DE COMUNICACIÓN**
- b. **Fase de trabajo**
- c. **Fase de finalización**

**6. EVALUACIÓN DE LA HERRAMIENTA**

**7. EVALUACIÓN DE LA GUIA**

**Consentimiento informado**

**Niveles de evidencia- recomendación Joanna Briggs Institute**

**8. BIBLIOGRAFÍA**

## **GUÍA DE COMUNICACIÓN PARA LOS PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA CONSCIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO**

### **INTRODUCCIÓN**

La presente guía ha sido diseñada como una estrategia para favorecer la comunicación con los pacientes que se encuentran en una UCI con soporte ventilatorio mecánico invasivo conscientes. No se encontraron guías previas por lo cual esta se convierte en una primera iniciativa para la creación de las mismas.

El desarrollo e implementación de esta guía hace parte del trabajo final de la Especialización Enfermería cardiorrespiratoria de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, y como tal los derechos de propiedad pertenecen a la misma.

### **ALCANCE**

En los profesionales de enfermería se ha identificado un interés por estudiar cómo se puede mejorar la comunicación con los pacientes que se encuentran en las unidades de cuidado intensivo, especialmente en aquellos que tienen soporte ventilatorio. Siendo principalmente el personal de estas unidades el que en su mayoría ha desarrollado investigaciones en el tema.

Enfermeros como Vivian Álvarez y colegas han aportado inicios frente al diseño de una estrategia de comunicación con imágenes, buscando fortalecer la comunicación diaria del personal asistencial de la UCI con el paciente ventilado. En su artículo “Comunicación por Imágenes, un reto para la enfermera” muestran como a través de una serie de imágenes es posible establecer una mejor comunicación con los pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento donde experimentaran la ventilación mecánica.

Otros profesionales han partido de la experiencia y vivencia de pacientes que estuvieron sometidos a un proceso de ventilación sin efectos de sedación continua. Concluyen la

importancia que tiene para los pacientes ser tratados como sujetos activos, permitiendo que indirectamente se desarrollen multiplicidad de herramientas no verbales<sup>15</sup>.

En la experiencia de nuestra práctica diaria hemos podido observar la dificultad de establecer una comunicación recíproca con los pacientes que se encuentran con soporte ventilatorio. Estos pacientes a causa del tubo otro traqueal no pueden comunicarse verbalmente, como lo hacen en su diario vivir, experimentando situaciones nuevas de estrés, ansiedad, preocupación y miedo que pueden interferir en la satisfacción que sientan frente al cuidado que están recibiendo. Por otro lado el personal de enfermería que brinda el cuidado no ha sido capacitado previamente acerca de otros tipos de comunicación, diferentes del verbal.

## **OBJETIVO**

Establecer una relación de comunicación terapéutica más satisfactoria y segura entre el personal de enfermería y los pacientes con soporte de ventilación mecánica invasiva conscientes.

## **JUSTIFICACIÓN**

El cuidado, objeto de estudio de enfermería, se basa en la relación que se establece desde el comienzo entre el profesional de enfermería y la persona a su cuidado. Esta relación terapéutica debe contemplarse como una de las habilidades sociales para establecer una buena interacción. Si no se tiene una idea clara de estos conceptos se puede caer en la monotonía al brindar cuidado al paciente afectando su proceso de recuperación.

En los pacientes ventilados conscientes la comunicación verbal se encuentra limitada lo que hace que el personal que brinda cuidado genere estrategias de comunicación alternas. El profesional debe basarse en lo que puede estar sintiendo, pensando o deseando el paciente para elaborar los planes de atención. En el caso de los familiares,

---

<sup>15</sup> HENAO CASTANO, Ángela María. Hacerse entender: la experiencia de pacientes sometidos a ventilación mecánica sin efectos de sedación. Invest. educ. enferm [online]. 2008, vol.26, n.2, pp. 236-242. ISSN 0120-5307.

los estudios evidencian la impotencia que se genera en ellos al no poder comunicarse con el ser querido, y no tener una estrategia clara para interactuar con ellos.<sup>16</sup>

Por esto se resalta la importancia de establecer una estrategia de comunicación efectiva entre el personal de enfermería y los pacientes a su cuidado, y que pueda llegar a extenderse a los familiares. El grupo de enfermería debe aprender a reconocer y manejar la situación en la que se encuentra el paciente y en la práctica diaria facilitarle al mismo que exprese sus necesidades, proporcionándole un cuidado más individualizado y humano, que aporte a su recuperación.

La dificultad en la comunicación en estos pacientes hace que surja la necesidad de implementar una guía de comunicación cuando se encuentra hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos de una institución de tercer nivel de atención, para lograr una comunicación efectiva bidireccional que involucre en el proceso de cuidado al paciente y su entorno.

Con la implementación de la guía, se busca aportar a la disciplina de enfermería una propuesta sencilla y de fácil aplicación que mejore la comunicación con el paciente que se encuentra ventilado.

La enfermera debe conocer qué es lo mejor para el paciente, responder a sus necesidades, ser técnicamente competente, científicamente conocedora y emocionalmente capaz de afrontar las situaciones de crisis en el cuidado de la salud; además debe desarrollar habilidades comunicativas, emocionales e interrelacionales<sup>17</sup> De ahí la importancia de tomar como referencia los conceptos del modelo de Hildelgard Peplau que se basa en las relaciones interpersonales permitiendo a la enfermera alejarse de la orientación hacia la enfermedad y centrarse en el significado que el paciente

---

<sup>16</sup> BROYLES, Lauren M.;TATE, Judith A y BETH HAPP, Mary. Use of augmentative and alternative communication strategies by family members in the intensive care unit. American Journal of Critical Care, March 2012, Volume 21, No. 2

<sup>17</sup> HENAO CASTANO, Ángela Maria. Hacerse entender: la experiencia de pacientes sometidos a ventilación mecánica sin efectos de sedación. Invest. educ. enferm [online]. 2008, vol.26, n.2, pp. 236-242. ISSN 0120-5307.

construye de la experiencia, es decir, pensar en lo que como persona puede estar sintiendo, pensando y deseando frente a su cuidado.<sup>18</sup>

### **Profesionales Vinculados**

Dirigido a Profesional de enfermería

### **Población Objeto**

Hombres y mujeres que requieran de un soporte ventilatorio invasivo mientras se encuentran conscientes. En caso de recibir sedación adicional se excluirán de la implementación de la guía.

Podrán participar los pacientes que se encuentren con ventilación mecánica invasiva conscientes en la unidad de cuidado intensivo, que no tengan antecedentes de enfermedades neurológicas, mayores de 18 años sin discapacidad auditiva o visual.

### **Categoría de la guía**

Implementación y evaluación. (De una herramienta comunicativa)

### **Estrategia de búsqueda bibliográfica**

- Se consultó en la base de datos de la Universidad Nacional de Colombia, en el periodo entre abril y julio de 2013, las bases de *Academic Search Complete*, MEDLINE, Revista Electrónica Aquichan- Scielo, Science Direct, PubMed.
- Métodos de selección de evidencia:  
Inicialmente se establecieron los siguientes descriptores: Herramienta comunicación, paciente ventilado, enfermería. Sin embargo en el transcurso de la búsqueda se modificó “paciente ventilado” por “paciente con ventilación” debido a los pocos resultados obtenidos, y así se logra una búsqueda más amplia, en total de 581 artículos.

---

<sup>18</sup> ARREDONDO-GONZALEZ, Claudia Patricia y SILES-GONZALEZ, José. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index Enferm* [online]. 2009, vol.18, n.1. ISSN 1132-1296

- De este total se seleccionaron 25 artículos que se consideraron pertinentes por su relación con el tema.
- Se realizó un análisis de rigor de 8 de los artículos, los cuales tenían mayor pertinencia, relación con el tema de interés y se encontraba full text. De acuerdo al tipo de diseño cuantitativos y cualitativos se analizó:

### **CUALITATIVA**

1. Pertinencia del tema.
2. Claridad de los objetivos y justificación.
3. Metodología acorde a los objetivos
4. Calidad del muestreo
5. Proceso para la recolección de la información y saturación.
6. Análisis reflexivo (reflexividad)

### **CUANTITATIVA**

1. Pregunta de investigación acorde al fenómeno.
2. Marco de referencia coherente con el fenómeno.
3. Marco conceptual y teórico.
4. Diseño metodológico corresponde al problema y el objetivo.
5. Prueba piloto.
6. Muestra del estudio pertinente y suficiente.
7. Instrumentos válidos y confiables para la

### **DESARROLLO DE GUÍA**

La implementación será realizada por los profesionales del área de enfermería. Se llevará a cabo teniendo en cuenta las fases del proceso de relaciones interpersonales propuesto por Peplau.

### **Duración de la aplicación de la guía**

Incluye el periodo desde que el paciente ingresa a la institución programado para la realización de un procedimiento, hasta el proceso de recuperación y extubación.

### **Materiales Necesarios**

Tabla de imágenes y respectivas fichas elaborado por Richard Granados<sup>19</sup>. Esta herramienta fue desarrollada a partir de una revisión documental de artículos acerca de las necesidades básicas afectadas en el cuidado del paciente crítico.

---

<sup>19</sup> GRANADOS, Richard. procedimiento operacional estandarizado (POE) de comunicación aumentativa alternativa para pacientes intubados en UCI. Universidad Nacional de Colombia. 2012.

En el trabajo “Procedimiento operacional estandarizado (POE) de comunicación aumentativa-alternativa para pacientes intubados en UCI” (Granados, 2012) se encuentra especificado el proceso de diseño de la herramienta.<sup>20</sup>

### **HILDEGARD PEPLAU, modelo relaciones interpersonales**

Peplau refiere que en conjunto la enfermera y el paciente participan y contribuyen a la relación, y que esa relación debe ser terapéutica.

La teoría de relaciones interpersonales y una metodología clínica fueron los primeros aportes de Peplau, 1948. Posteriormente continuó la discusión de la teoría y describe su aplicación a diversos problemas clínicos en una serie de roles (1989).

El trabajo de Peplau se clasifica como una teoría de rango medio que se enfoca en las etapas del proceso interpersonal que ocurre cuando un paciente y un enfermero juntos resuelven una dificultad relacionada con el cuidado.

La relación Enfermera-Paciente es un proceso interpersonal compuesto de cuatro componentes y dos personas; el profesional experto de enfermería y el paciente con problemas o necesidades que requiere de los servicios de la enfermera experta.

Un proceso interpersonal que compromete tres fases sobreponiéndolas y conectándolas entre sí.

**1. Fase de orientación** El profesional de enfermería se convierte en una guía para el paciente que busca ayuda frente a una necesidad específica de cuidado. Comienza por conocer al paciente como una persona, obtener información esencial acerca de la condición de salud del paciente y fija las primeras intervenciones a promover.

**2. Fase de trabajo:** es en la cual ocurre la mayor parte del trabajo.

- Sub-fase Identificación: Sub fase durante la cual el paciente, a través de la enfermera, explora e identifica sus sentimientos que le permiten sobrellevar su enfermedad. El paciente aprende como aprovechar la relación enfermera- paciente.

---

<sup>20</sup> Ibid.

- Sub-fase Exploración: A través de la relación con la enfermera, la persona busca sacar el mayor beneficio y se propone nuevas metas que favorezcan su estado.

**3. Fase de finalización:** la enfermera debe convertirse en un apoyo para el paciente, haciendo que este sea más independiente y responsable de su cuidado. El paciente tendrá libertad para desarrollar más actividades

### **IMPLEMENTACIÓN- DESARROLLO DE LA GUÍA SEGÚN LAS FASES DE PEPLAU**

**Fase de orientación** Abordaje del paciente.

- Verificar los criterios para la participación descritos anteriormente.
- Explique el funcionamiento de la herramienta.

La herramienta cuenta con cinco formas diferentes de comunicación que permiten identificar las necesidades básicas del paciente.

- **ESCRITURA** Si el estado del paciente lo permite se le indicará que escriba en el tablero lo que desea comunicar.
- **LECTURA DE LABIOS** Puede resultar especialmente difícil por la presencia del tubo oro-traqueal. Está recomendada en pacientes intubados por nariz. Se le solicitará al paciente que module con los labios silaba por silaba lo que quiere expresar, el enfermero/a irá escribiendo y al final confirmará si lo que se escribió es realmente lo que él quería expresar.

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	Ñ
O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z			
1	2	3	4											
5	6	7	8											
9	10	11	12											

- **ESCANEO DEL ALFABETO** El tablero de comunicación cuenta en la parte superior con el alfabeto y con los números de 1 al 12. Se preguntará al paciente si desea expresar una palabra o un número, a lo cual responderá con la señal establecida. (describir)

El enfermero pasará el dedo índice despacio sobre cada uno de las letras o números hasta cuando el paciente lo identifique mediante la seña, y procederá a escribirlo en el tablero. Así hasta completar palabras. Siempre se debe confirmar si era lo que realmente quería expresar el paciente.

Recuerde informar al personal del equipo de salud y a la familia la señal convenida con el paciente

SI	NO	COMO ESTA?	POR FAVOR	GRACIAS	HOLA
QUIEN	ACCION	QUE	DONDE	CUANDO	

Autor pictogramas: Sergio Palaco. Procedimiento: ARISAAC (http://medicina.arizona.edu/~luciano). CC BY-NC-SA. Tablero modificado: original de Fitzgerald Key.

### • INTERROGATORIO

- Para este punto se utilizará la parte posterior del tablero de comunicación donde se encuentra una modificación del tablero construcción de frases tempranas propuesto por Fitzgerald Key.<sup>21</sup>
- Se debe convenir la seña con el paciente.
- Inicie un interrogatorio con cada uno de los ítems. (Quién, acción, qué, dónde, cuándo)
- Por ejemplo en el punto de quien pregunte si desea expresar algo sobre un familiar, un amigo, alguien del equipo de salud.
- Cuando el paciente haga la señal convenida escriba en el tablero lo que identifico y pregunte si es lo que realmente quería expresar.
- Pase al siguiente ítem por ejemplo pregunte al paciente que acción quiere que la persona identificada realice, si desea que lo visite o que le informe sobre algo.
- Cuando termine la frase pregunte al paciente si lo escrito es realmente lo que quería expresar.
- No olvide informar al equipo de salud y a la familia la señal convenida con el paciente.

### • SISTEMA PICTOGRÁFICO DE COMUNICACIÓN

Los símbolos pictográficos se componen principalmente de dibujos simples, esto es una gran ventaja puesto que al guardar una semejanza con lo que representan en la realidad es más fácil reconocerlos y asociarlos.

<sup>21</sup> GRANADOS, Richard. procedimiento operacional estandarizado (POE) de comunicación aumentativa alternativa para pacientes intubados en UCI. Universidad Nacional de Colombia. 2012.

La palabra que simboliza cada dibujo está impresa encima del mismo, aunque algunas palabras no están dibujadas dado su significado abstracto (p.ej. “por favor”), por lo tanto, están simplemente escritas.<sup>22</sup>

- Para los símbolos pictográficos se utilizaron los elaborados y propuestos en la página del Portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa Alternativa. ARASAAC, para lo cual se cuenta con su autorización<sup>23</sup>.
- Se utilizaron símbolos pictográficos que identifican cada una de las 14 necesidades básicas descritas por Virginia Henderson, de acuerdo a lo revisado por Granados.
- A continuación se sugieren tres preguntas por cada una de las necesidades básicas del paciente no sin antes aclarar que a los pictogramas propuestos se les puede dar diferentes significados por lo que antes y después de ser señalados por el paciente se debe preguntar si lo que identifico es realmente lo que quería expresar.

---

<sup>22</sup> FEDERACIÓN DE ENSEÑANZA DA ANDALUCÍA El sistema pictográfico de comunicación. N°6 Enero 2010. ISSN 1989-4023.

<sup>23</sup> GRANADOS, Richard. procedimiento operacional estandarizado (POE) de comunicación aumentativa alternativa para pacientes intubados en UCI. Universidad Nacional de Colombia. 2012.

**Necesidad de respirar.**

¿Puede respirar o tiene dificultad?

¿Tiene secreciones en el tubo?

¿Le molesta o le duele la sujeción del tubo orotraqueal?

**Necesidad de comer y beber**

¿Tiene hambre? ¿Tiene sed?

¿Desea que le humedezcan los labios?

**Necesidad de eliminación**

¿Desea orinar? ¿Desea hacer deposición?

¿Tiene náuseas o deseo de vomitar?

**Necesidad de moverse y mantener una posición adecuada**

¿Desea que le eleve o baje el cabecero de la cama?

¿La posición que tiene le brinda comodidad?

¿Desea saber el por qué de la sujeción mecánica?

**Necesidad de dormir y descansar**

¿Hay algo en la unidad que le haya impedido conciliar el sueño?

¿Siente que ha podido descansar en las noches?

¿Ha podido identificar cuando es de día y cuando de noche?

**Necesidad de vestirse y desvestirse**

¿Le incomoda que se mantenga con pañal?

¿Desea que lo arropemos?

¿Desea que lo desarropemos?

**Necesidad de mantener temperatura adecuada**

¿Siente escalofríos? ¿Tiene calor? ¿Tiene frío?

**Necesidad de higiene corporal**

¿Desea ser aseado?

¿Desea ser rasurado(a)?

¿Desea que le laven el cabello?

**Necesidad de evitar peligros del ambiente**

¿Le molesta el ruido producido por los equipos o por el personal del equipo de salud?

¿Desea saber la utilidad de los equipos de monitoreo o de soporte que se están utilizando en este momento?

¿Sabe utilizar el timbre de llamado en caso de necesitarlo?

**Necesidad de comunicación**

¿Sabe qué fecha es hoy? ¿Sabe donde se encuentra?

¿Se encuentra (triste, enojado, preocupado)?

¿Tiene dolor, en la escala de uno a diez a cuánto equivale el dolor?

**Necesidad de apoyo espiritual**

¿Desea ser asistido por un sacerdote, pastor o líder espiritual de su comunidad?

¿Desea que lo acompañemos en una oración?

¿Desea que se le lea alguna parte de la biblia?

### **Necesidad de trabajar**

¿Desea saber hasta cuándo estará incapacitado?

¿Desea saber si podrá volver a sus labores cotidianas?

¿Desea comunicarse con algún compañero de trabajo?

### **NECESIDAD DE RECREACIÓN Y OCIO**

¿Desea oír la radio?

¿Desea ser o no ser visitado por alguien en especial?

¿Desea que se le permita ser acompañado por más tiempo?

### **NECESIDAD DE APRENDER**

¿Desea ser informado sobre su enfermedad por la enfermera, el médico?

¿Desea saber durante cuánto tiempo va a estar intubado?

¿Desea ser informado sobre actividades que contribuyan a su recuperación?

**NOTA** Es importante resaltar que el paciente tendrá la libertad de preguntar y aclarar todas las dudas acerca de la herramienta, con el fin de garantizar mejores resultados.

### Fase de trabajo

Concierne el tiempo en que el paciente se encuentre con soporte ventilatorio, en proceso de destete y bajo efectos residuales de anestesia. Fase se implementará una herramienta comunicativa.

Realice la implementación de la guía así:

- Prepare y revise todo el material antes de realizar el procedimiento: tablero de comunicación, imágenes, marcador indeleble.
- Realice lavado de manos antes y después del procedimiento (1; A)<sup>24</sup>.
- Limpie el tablero de comunicación con alcohol al 70% antes y después de su utilización (2;A)<sup>25</sup>.
- Registre en las notas de enfermería lo expresado por el paciente que sea relevante para su tratamiento (4;A)<sup>26</sup>.
- Facilite la comunicación con el paciente demostrando una actitud empática y una escucha activa (3;B).<sup>27</sup>
- En lo posible haga participe a la familia del paciente del proceso de comunicación a través de una herramienta comunicativa. (2;B)<sup>28</sup>

---

<sup>24</sup> SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ, D.C. Dirección de Salud Pública. Dirección de Salud Pública. Guía para la prevención, control y vigilancia epidemiológica de lavado y antisepsia de manos en personal de salud. Junio de 2004- ISBN 958. Esfera Editores Ltda.

<sup>25</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. Clean Care is Safer Care. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. [En línea] 2010 [fecha de acceso 18 de febrero de 2010]. URL: disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf)

<sup>26</sup> COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 266 (5 de febrero de 1996 ) Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Bogotá.

<sup>27</sup> GROSSBACH, Irene; STRANBERG, Sarah; CHLAN, Linda; Promoting Effective. Communication for Patients Receiving Mechanical Ventilation. En CriticalCareNurse. June 2011 Vol 31, No. 3.

<sup>28</sup> HAPP, Mary Beth, et all. Family presence and surveillance during weaning From prolonged mechanical ventilation. En Heart Lung. 2007. 36(1): 47–57.

- Establezca una señal que le permita establecer qué es afirmativo o negativo para el paciente.( un pulgar hacia arriba o hacia abajo, el parpadeo de ojos uno para sí y dos para no) (3;B)<sup>29</sup>
- Si utiliza una herramienta para apoyar la comunicación preséntesela en lo posible antes de que el paciente sea colocado en ventilación mecánica, si no es posible apóyese en la familia para su explicación durante el periodo de la ventilación. (3;B)<sup>30</sup>
- En el caso de usar pictogramas como herramienta de comunicación establezca una imagen para representar afirmación o negación. (2;B )<sup>31</sup>
- Los signos utilizados se pueden indicar directamente señalándolos con la mano, con el pie o con cualquier otra parte del cuerpo o el interlocutor puede ir señalando los signos o letras del alfabeto hasta que el paciente indique con un gesto lo que quiere expresar. (2;B)<sup>32</sup>
- Siempre comunique a los demás miembros del equipo de salud y a los familiares la señal acordada con el paciente para minimizar su esfuerzo y posibles confusiones<sup>33</sup>(3;B).

### **Fase de finalización**

En esta fase la enfermera debe convertirse en un apoyo para el paciente, haciendo que este sea más independiente y responsable de su cuidado. El paciente tendrá libertad para

---

<sup>29</sup> FUNDACIÓN CNSE. Atención temprana a niñas y niños sordos. Guía para profesionales de los distintos ámbitos. En <http://www.fundacioncnse.org/imagenes/Las%20portadas/pdf/Temprana.pdf>. Depósito Legal: M-55474-2007

<sup>30</sup> GROSSBACH, Irene; STRANBERG, Sarah; CHLAN, Linda; Promoting Effective. Communication for Patients Receiving Mechanical Ventilation. En CriticalCareNurse. June 2011 Vol 31, No. 3.

<sup>31</sup> ÁLVAREZ PÉREZ, Vivian y CRUZ REYES, Ilaine. Comunicación por imágenes, un reto para la enfermera. Cardiocentro De Villa Clara “Ernesto Guevara De La Serna”. Consultado en <http://files.sld.cu/>

<sup>32</sup> Ibid.

<sup>33</sup> FUNDACIÓN CNSE. Atención temprana a niñas y niños sordos. Guía para profesionales de los distintos ámbitos. En <http://www.fundacioncnse.org/imagenes/Las%20portadas/pdf/Temprana.pdf>. Depósito Legal: M-55474-2007

desarrollar más actividades. En esta fase se busca evaluar la implementación de la guía y de la herramienta a través de unas encuestas.

Aborde el paciente una vez éste se encuentre en condiciones de participar y responder a las encuestas. Máximo 4 horas posterior a su extubación, mientras está en condiciones de responder y en un ambiente tranquilo.

- a) Aplicar la encuesta de evaluación de la guía de comunicación y de la herramienta.

### **EVALUACIÓN DE LA HERRAMIENTA**

Cómo fue la comunicación con el profesional de enfermería durante el tiempo que permaneció con el tubo y utilizó la tabla de comunicación:

Fácil\_\_\_\_ medianamente difícil\_\_\_\_ Muy difícil \_\_\_\_

Considera que durante el periodo de intubación esta herramienta de comunicación fue:

Muy necesaria\_\_\_\_ Necesaria\_\_\_\_ Innecesaria\_\_\_\_

Usted considera que el diseño de esta herramienta

Fue fácil de comprender. SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_.

Fue de utilidad para su comunicación: SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_.

Considera que las imágenes de la herramienta representan la acción que se buscaba representar.

SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_.

Las imágenes de la herramienta empleada se visualizaban adecuadamente (por su tamaño y color)

SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_.

**EVALUACIÓN DE LA GUIA**

1. Cómo fue la comunicación con el profesional de enfermería durante el tiempo en que se implementó la guía dentro de la institución:

Fácil\_\_\_\_ medianamente difícil\_\_\_\_ Muy difícil \_\_\_\_

2. Considera que durante el periodo de hospitalización esta guía de comunicación fue:

Muy necesaria\_\_\_\_ Necesaria\_\_\_\_ Innecesaria\_\_\_\_

3. Considera que esta guía debe implementarse en pacientes que se encuentran en situaciones como la que usted experimentó.

SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_.

4. Considera que esta guía aportó en su proceso de recuperación.

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_.

Después de la implementación de la guía comunicativa usted logró:

- Comunicar y expresarse\_\_\_\_
- Manifestar su dolor \_\_\_\_
- Satisfacer sus requerimientos de sueño\_\_\_\_
- Interactuar y conocer el entorno \_\_\_\_
- Otros beneficios \_\_\_\_\_



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA- SEDE BOGOTÁ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
ESPECIALIZACIÓN ENFERMERÍA CARDIORESPIRATORIA

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ identificado con la c.c. \_\_\_\_\_ he recibido explicación sobre la **IMPLEMENTACIÓN DE UNA GUÍA DE COMUNICACIÓN PARA LOS PACIENTES CON VENTILACIÓN INVASIVA CONSCIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO** que es parte de una propuesta de trabajo de estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Esta guía está dirigida a hombres y mujeres programados para procedimiento de cirugía cardiovascular en la cual requerirán un soporte ventilatorio invasivo no mayor a 24 horas post operatorio y sólo bajo efectos de anestesia residual. En caso de recibir sedación adicional se excluirán de la implementación de la guía.

Entiendo que la información de este trabajo es importante para el desarrollo del conocimiento en el área de la comunicación en la Unidad de Cuidado Intensivo, que tendrá un manejo confidencial y será empleada con propósitos académicos.

Mi decisión de participar en el estudio con la información suministrada, sólo tendrá a cambio la satisfacción de contribuir al desarrollo de nuevas herramientas comunicativas, que en el futuro puedan mejorarse e implementarse en diversas instituciones de salud.

Sé que puedo cambiar de opinión en cualquier momento del trabajo que se está implementando, sin que por ello tenga ninguna consecuencia.

\_\_\_\_\_  
Firma

Testigo \_\_\_\_\_

Firma



**Tabla 3-1 NIVELES DE EVIDENCIA**

<http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Levels-of-Evidence>

<b>Niveles de evidencia</b>	<b>Viabilidad F(1-4)</b>	<b>Pertinencia A(1-4)</b>	<b>Significado M(1-4)</b>	<b>Eficacia E(1-4)</b>	<b>Evidencia Económica</b>
1	Metasíntesis de investigaciones con conclusiones inequívocas sintetizadas	Metasíntesis de investigaciones con conclusiones inequívocas sintetizadas	Metasíntesis de investigaciones con conclusiones inequívocas sintetizadas	Meta-análisis (con homogeneidad) de estudios experimentales o Uno o varios estudios grandes experimentales con intervalos de confianza reducidos	Metasíntesis (con homogeneidad) de las evaluaciones de intervenciones importantes alternativas que comparan todo resultados clínicamente relevantes contra un costo apropiado, e incluyendo un análisis de sensibilidad clínico.
2	Metasíntesis de investigación con conclusiones creíbles sintetizadas	Metasíntesis de investigación con conclusiones creíbles sintetizadas	Metasíntesis de investigación con conclusiones creíbles sintetizadas	Uno o varios pequeños RCTS con más amplios intervalos de confianza o estudios Cuasi experimentales (sin randomización)	Evaluaciones de alternativas importantes de intervención que comparan todo resultados clínicamente relevantes contra el costo apropiado, e incluyendo un análisis de sensibilidad clínico
3	a. Metasíntesis de texto/opinión con conclusiones sintetizadas creíbles. b. Uno o varios estudios de investigación solos de alta calidad	a. Metasíntesis de texto/opinión con conclusiones sintetizadas creíbles. b. Uno o varios estudios de investigación solos de alta calidad	a. Metasíntesis de texto/opinión con conclusiones sintetizadas creíbles. b. Uno o varios estudios de investigación solos de alta calidad	a. Estudios de cohort (grupo control) b. Casos controlados. c. estudios de observación. (Sin grupo control)	Evaluaciones de intervenciones importantes que comparan un número limitado de costo apropiada, sin un análisis clínicamente sensible
4	Opinión de expertos	Opinión de expertos	Opinión de expertos	Opinión de expertos, O consensos.	Opinión de expertos o basado en la teoría económica.

**Tabla 3-2** Grados de Recomendación

<http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Grades-of-Recommendation>

<b>Grado de recomendación</b>	<b>Viabilidad F(1-4)</b>	<b>Pertinencia A(1-4)</b>	<b>Significado M(1-4)</b>	<b>Eficacia E(1-4)</b>
A	Inmediatamente practicable	Éticamente aceptable y justificable.	Proporciona una razón fuerte para el cambio de práctica	Eficacia establecida a un grado que merece la aplicación.
B	Practicable con educación limitada y/o recursos modestos adicionales	La aceptación ética es confusa	Proporciona un razonamiento moderada para el cambio de práctica	Eficacia establecida a un grado que sugiere el uso
C	Practicable con educación significativa adicional y/o recursos	Conflictos en cierta medida con principios éticos	Provee limitaciones racionales para el cambio de práctica	Eficacia establecida a un grado que garantiza la consideración para aplicar las conclusiones
D	Practicable con educación extensa adicional y/o recursos	Conflictos con principios éticos	Proporciona racionamiento mínimo para abogar por el cambio	Eficacia establecida a un grado limitado
E	Impracticable	Éticamente inaceptable	No hay ninguna exposición razonable para apoyar el cambio.	Eficacia no establecida

## **3.2 Implementación**

El diseño de A continuación se enuncian los criterios para seleccionar los participantes:

- Pacientes que programados para cirugía cardiovascular, que ingresen ambulatoriamente o estén hospitalizados en la institución.
- Pacientes con ventilación mecánica invasiva conscientes en la unidad de cuidado intensivo cardiovascular.
- Pacientes que no tengan antecedentes de problemas neurológicos.
- Pacientes que no presenten discapacidad auditiva o visual.
- Personas mayores de 18 años.

### **Grupo de implementación**

Este fue intencional y correspondió a los pacientes que cumplieron los requisitos de participación. Se contará con un listado de los pacientes que serán intervenidos los días durante el cuales se realice la implementación.

### **FASES PARA LA IMPLEMENTACIÓN**

La implementación de la guía se llevará a cabo teniendo en cuenta las fases del proceso de relaciones interpersonales propuesto por Peplau:

#### **Fase de orientación**

En esta fase se dará la primera interacción con el paciente para obtener información esencial acerca de su condición de salud, además se darán las primeras intervenciones:

Se hace referencia al preoperatorio del paciente o fase pre-quirúrgica.

Se verificara que el paciente es candidato para incluirlo en la implementación de la estrategia. El paciente será abordado una vez ingresa a hospitalizarse a la institución, lo cual ocurre el día anterior o el mismo día de la programación de su procedimiento quirúrgico y daremos a conocer la herramienta de comunicacion.

Es importante resaltar que el paciente tendrá la liberad de preguntar y aclarar todas las dudas acerca de la herramienta, con el fin de garantizar mejores resultados y firmará el consentimiento de participación de la implementación de la estrategia.

**Fase de trabajo**

Durante esta fase se busca que el paciente explore e identifique sus sentimientos y aprenda a aprovechar la relación enfermera- paciente en beneficio de su cuidado. Corresponderá al periodo en que el paciente este con el soporte ventilatorio.

Concierne las primeras horas post operatorio en las cuales el paciente se encuentra con soporte ventilatorio, bajo efectos residuales de anestesia y en proceso de destete. En esta fase se implementará el uso de la herramienta comunicativa.

**Fase de finalización**

El paciente tendrá libertad para asumir su cuidado y contará con el apoyo de la enfermera. Se dará en el proceso de pos-extubación.

Periodo en que el paciente está extubado y se encuentra consciente. En este se aplicará nuevamente la encuesta de la satisfacción y adicional una encuesta que evalúa la herramienta comunicativa. (Ver encuesta 2) El paciente será abordado posterior a su extubación, mientras está en condiciones de responder y en un ambiente tranquilo.

La implementación se realizará durante el desarrollo de las prácticas en esta institución, y será de forma secuencial, es decir, se seleccionará un paciente que cumpla los requisitos para participación se aplicará todo el proceso y posteriormente se tomará un segundo participante, y así sucesivamente.

**3.3 Evaluación de la Guía y de la Herramienta**

Inicialmente la guía será revisada por dos profesionales del área de la salud, que permitan ajustar el diseño y contenido de ésta previo a su aplicación. Sin embargo a través de las encuestas realizadas en la fase tres de la implementación también se busca evaluar, tanto la pertinencia de la guía y herramienta, como los aspectos que se deben modificar y ajustar.

### 3.4 Aspectos Éticos

Inicialmente En el desarrollo de la implementación se tuvo presente los principios éticos establecidos en la ley 911 de 2004<sup>34</sup>, que dicta disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. Los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y veracidad establecidos en esta norma serán base en la implementación de esta estrategia.

Con la implementación de esta guía se buscó que los pacientes se beneficiaran de una estrategia de comunicación, que les permitiera expresar sus sentimientos, necesidades y deseos mientras se encuentran en una situación con impedimentos para manifestarse verbalmente.

Aunque en principio el beneficio parezca recaer en un número particular de pacientes, que corresponde a la población inicial con la cual se realizara la prueba piloto, se espera que más adelante pueda incluirse toda la población que cumpla las características para las cuales se diseño el trabajo.

Si se presentan complicaciones durante la implementación de la estrategia se comunicará inmediatamente al personal encargado del servicio y a los docentes asesores de este trabajo, y adicional, de acuerdo al conducto se dará a conocer a la coordinadora de las áreas de cuidado intensivo en la cual se está realizando la implementación de la guía.

Adicional los participantes firmaran voluntariamente un consentimiento informado, en el cual aceptan la participación en la implementación de la estrategia.

La tabla de comunicación que se aplicara en el estudio fue diseñada por Granados en 2012, en su trabajo procedimiento operacional estandarizado (POE) de comunicación

---

<sup>34</sup> COLOMBIA, MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. Ley 911 (5, octubre, 2004). Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones.

aumentativa alternativa para pacientes intubados en UCI.<sup>35</sup> Se cuenta con la autorización del autor para hacer uso de la herramienta.

---

<sup>35</sup> GRANADOS, Richard. procedimiento operacional estandarizado (POE) de comunicación aumentativa alternativa para pacientes intubados en UCI. Universidad Nacional de Colombia. 2012.

## **4.RESULTADOS**

Los resultados se presentan teniendo en cuenta las fases de Peplau, a partir de las cuales fue elaborada e implementada la guía, se describirán los principales hallazgos de los participantes y otros generados en el proceso como parte de la experiencia por parte de quienes la implementaron.

### **FASE DE ORIENTACIÓN**

Se lograron abordar 5 pacientes que tenían pendiente realización de procedimiento quirúrgico y cumplían con los requisitos para participar en el trabajo. Todos conocieron la propuesta y aceptaron su participación firmando el consentimiento informado, en los casos en que se contaba con familiar se encontró un interés mutuo.

Los pacientes manifestaron la necesidad e importancia de este trabajo, teniendo en cuenta que algunos habían tenido la experiencia de estar en una UCI y en su momento sintieron necesario contar con una herramienta que les permitiera favorecer la interacción con los profesionales del área.

Se encontró que algunos pacientes no sabían leer ni escribir por lo cual se limitó la explicación a la parte de los pictogramas que fue de bastante acogida en este grupo de pacientes.

En esta fase se contó con una importante colaboración por parte de los pacientes, sus familiares y del personal de la institución en que se implementó la guía. Durante la estancia en la institución se percibió una buena disposición del personal de salud, quienes conocieron el trabajo y manifestaron la necesidad de trabajar en el área.

### **FASE DE TRABAJO**

De los pacientes incluidos en la primera fase sólo se logró implementar la herramienta en un paciente. Los demás no se lograron abordar debido a que fueron cancelados los procedimientos de algunos de ellos, y en un caso la paciente salió de salas de cirugía sin soporte de ventilación invasiva por lo cual no se podía dar continuidad a la implementación.

En el caso del paciente con quien se implementó la guía se logró establecer una comunicación a través del uso de la herramienta. Éste pudo expresar que estaba sintiendo dolor, que tenía sed y que el tubo le incomodaba y en conjunto con el personal a su cargo se busco dar solución a estas necesidades.

### **FASE DE FINALIZACIÓN**

El paciente fue abordado nuevamente en el post operatorio cuando ya se encontraba recuperado y en condición para dar respuesta a las dos encuestas.

A continuación se presentan los resultados:

#### **Evaluación de la herramienta**

1. Cómo fue la comunicación con el profesional de enfermería durante el tiempo que permaneció con el tubo y utilizó la tabla de comunicación:

**Fácil**\_\_x\_\_ **medianamente difícil**\_\_\_\_ **Muy difícil** \_\_\_\_

2. Considera que durante el periodo de intubación esta herramienta de comunicación fue:

**Muy necesaria**\_\_\_\_ **Necesaria**\_\_x\_\_ **Innecesaria**\_\_\_\_

3. Usted considera que el diseño de esta herramienta

1. Fue fácil de comprender. **SI**\_\_x\_\_ **NO**\_\_\_\_.

2. Fue de utilidad para su comunicación: **SI**\_\_x\_\_ **NO**\_\_\_\_.

4. Considera que las imágenes de la herramienta representan la acción que se buscaba representar. **SI**\_\_x\_\_ **NO**\_\_\_\_.

5. Las imágenes de la herramienta empleada se visualizaban adecuadamente (por su tamaño y color) **SI**\_\_x\_\_ **NO**\_\_\_\_.

**Evaluación de la Guía**

1. Cómo fue la comunicación con el profesional de enfermería durante el tiempo que estuvo en la institución y se aplicó la guía de comunicación: **Fácil**  **medianamente difícil**  **Muy difícil**
2. Considera que durante el periodo de hospitalización esta guía de comunicación fue: **Muy necesaria**  **Necesaria**  **Innecesaria**
3. Considera que esta guía debe implementarse en pacientes que se encuentran en situaciones como la que usted experimentó. **SI**
4. Considera que esta guía aportó en su proceso de recuperación. **SI**
5. Después de la implementación de la guía comunicativa usted logró:
  - Manifestar su dolor
  - Otros beneficios  Manifestar sed, incomodidad del tubo

Finalmente la guía es una ayuda útil que partió de una necesidad real identificada en la vivencia diaria con los pacientes, y que fue percibida como importante por los pacientes, sus familiares y otros profesionales de enfermería que conocieron de la propuesta y su diseño. Sin embargo es necesario e importante hacer ajustes en la forma de implementación para lograr abordar un número mayor de participantes y así tener una evaluación más amplia de la utilidad de la guía.



## 5. Conclusiones y recomendaciones

### 5.1 Conclusiones

- Se diseñó una guía fundamentada en la teoría de las relaciones interpersonales de Peplau para fortalecer la comunicación e interacción con el paciente con ventilación invasiva que se encontraba consciente. Se tuvieron en cuenta los lineamientos de la AGREE (Appraisal of guidelines for research and evaluation), un instrumento que evalúa la calidad de las guías, proporcionar una estrategia metodológica y establecer la información que deben presentar las guías.
- Del proceso de validación por expertos, se contó con la revisión de cuatro profesionales de enfermería con experiencia en investigación y evaluación de guías, en el área asistencial y la parte administrativa de las unidades de cuidado intensivo. Con los aportes de cada uno de estos revisores se hicieron los respectivos ajustes al diseño y estructura de la misma.
- La guía no se logró implementar en un número amplio de participantes, dado que los profesionales que la aplicaron no podían estar de forma continua en la institución, teniendo en cuenta que el proceso de un solo paciente podía demorar más de 24 horas donde se desconocía la hora de finalización de la cirugía, el proceso de recuperación y la condición en que ingresaría el paciente a la UC cardiovascular. Además existió mucha variación en lo referente a la programación lo que afectaba el seguimiento que se debía dar al paciente.
- A través de la interacción con pacientes, familiares, profesionales del área de la salud se ratificó la necesidad de aportar a la comunicación mediante el diseño de estrategias para mejorarla en los pacientes que se encontraban con soporte

ventilatorio invasivo y sin eventos de sedación, la apreciación partía de la experiencia diaria de cada uno de ellos.

- La herramienta diseñada por Granados (2012) contiene cinco formas de comunicación que fueron importantes en el momento de interactuar con el paciente con soporte ventilatorio invasivo que se encontraba consciente, sin embargo, la implementación de la misma permitió identificar la necesidad de realizarle ajustes al diseño.

## 5.2 Recomendaciones

- El material en que se encuentra diseñada la herramienta es muy pesado y dificultaba el manejo con un paciente ventilado, algunas imágenes pictográficas no eran claras en lo que querían expresar y aquellas que contenían letra no se lograban leer con facilidad por la condición del paciente. Por lo cual se sugiere el empleo de nuevas tecnologías como diseño en tabletas u otro tipo de herramienta tecnológica. Se podría ampliar un poco cuales en particular de las gráficas que se deben ajustar.
- Se recomienda realizar la implementación de la guía abordando los pacientes que ya se encuentran en la UCI y que no tuvieron conocimiento de la guía previamente. En este caso la fase de orientación en la cual se realiza la explicación de la herramienta se realiza, apoyándose en las familias.
- Se recomienda dar continuidad al trabajo implementado, partiendo de los resultados, realizar ajustes para mejorar y lograr establecer y protocolizar una guía de comunicación para los paciente que se encuentran con un soporte ventilatorio y que están conscientes.
- Se recomienda que la institución continúe apoyando los trabajos que se realizan desde la formación académica, de esta forma se aporta a la adquisición de nuevos conocimientos y el desarrollo de guías en pro del mejor cuidado y proceso de recuperación de los pacientes.

## Bibliografía

- AGREE II Español AGREE Next Steps Consortium (2009). El Instrumento AGREE II Versión electrónica. Consultado 25, OCTUBRE, 2013, de <http://www.agreetrust.org>; Versión en español: <http://www.guiasalud.es>
- ÁLVAREZ PÉREZ, Vivian y CRUZ REYES, Ilaine. Comunicación por imágenes, un reto para la enfermera. Cardiocentro De Villa Clara “Ernesto Guevara De La Serna”. Consultado en <http://files.sld.cu/>
- AMERICAN THORACIC SOCIETY Ventilación mecánica. Consultado en: <http://patients.thoracic.org/information-series/es/resources/07ventilacion.pdf>
- ARNOLD, Elizabeth y UNDERMAN, Kathleen. Interpersonal Relationships. Sixth Edition. United States of America. ELSEVIER 2011. ISBN: 978-1-4377-5
- ARREDONDO-GONZALEZ, Claudia Patricia y SILES-GONZALEZ, José. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. Index Enferm [online]. 2009, vol.18, n.1. ISSN 1132-1296
- ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL (ANESM). Modelos teóricos de enfermería aplicados en salud mental. Disponible En: <http://www.anesm.net/descargas/modelos%20teoricos%20de%20enfermeria%20aplicados%20a%20salud%20mental.pdf>
- BASIL Carme sistemas de signos ayudas técnicas para la comunicación aumentativa y la escritura Ronda general Mitre Barcelona 1998
- BROYLES, Lauren M.; TATE, Judith A y BETH HAPP, Mary. Use of augmentative and alternative communication strategies by family members in the intensive care unit. American Journal of Critical Care, March 2012, Volume 21, No. 2
- COLOMBIA, MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. Ley 911 (5, octubre, 2004). Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones.
- COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. Resolución 5261 (5, agosto, 1994). Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 266 (5 de febrero de 1996) Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Bogotá.
- DENNIS RJ. et al. Factores asociados con la mortalidad hospitalaria en pacientes admitidos en cuidados intensivos en Colombia. En: Arch Bronconeumología. 2002. Vol 38, n° 3, p117-22.
- FAWCETT, J. Analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge. Nursing Models and Theories. F.A Davis Company. 2000.
- FEDERACIÓN DE ENSEÑANZA DA ANDALUCÍA El sistema pictográfico de comunicación. N°6 Enero 2010. ISSN 1989-4023.
- FUNDACIÓN CNSE. Atención temprana a niñas y niños sordos. Guía para profesionales de los distintos ámbitos. En <http://www.fundacioncnse.org/imagenes/Las%20portadas/pdf/Temprana.pdf>. Depósito Legal: M-55474-2007
- GRANADOS, Richard. procedimiento operacional estandarizado (POE) de comunicación aumentativa alternativa para pacientes intubados en UCI. Universidad Nacional de Colombia. 2012.
- GROSSBACH, Irene; STRANBERG, Sarah; CHLAN, Linda; Promoting Effective. Communication for Patients Receiving Mechanical Ventilation. En CriticalCareNurse. June 2011 Vol 31, No. 3.
- Habilidades y competencias de gestión de la información. Herramientas de comunicación. Consultado en <http://www.mariapinto.es/alfineees/comunicacion/que.htm>
- HAPP, Mary Beth, et all. Family presence and surveillance during weaning From prolonged mechanical ventilation. En Heart Lung. 2007. 36(1): 47–57.
- HENAO CASTANO, Ángela Maria. Hacerse entender: la experiencia de pacientes sometidos a ventilación mecánica sin efectos de sedación. Invest. educ. enferm [online]. 2008, vol.26, n.2, pp. 236-242. ISSN 0120-5307.
- INIESTA SÁNCHEZ, J. et al. Problemas psicológicos en pacientes sometidos a ventilación mecánica. Enfermería Global. N°1. Noviembre de 2002. ISSN 1695-6141 p. 2.

- MACINTYRE NR, et al. Management of patients requiring prolonged mechanical ventilation: Report of a NAMDRRC consensus conference. *Chest* 2005;128:3937-54.
- MEJIA LOPERA, María Eugenia. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. *Index Enferm* [online]. 2006, vol.15, n.54 [citado 2013-03-31], pp. 48-52 . ISSN 1132-1296.
- RAMOS GÓMEZ, Luis A. VALES, Salvador Benito. Fundamentos de la ventilación mecánica. Marge Médica Books. Capítulo 7
- SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ, D.C. Dirección de Salud Pública. Dirección de Salud Público. Guía para la prevención, control y vigilancia epidemiológica de lavado y antisepsia de manos en personal de salud. Junio de 2004- ISBN 958. Esfera Editores Ltda.
- STEFANELLI MC, CARVALHO EC. A comunicação nos diferentes contextos da Enfermagem. Barueri (SP). Manole: 2005 Citado por LANDEROS LOPEZ, Martha and CARVALHO, Emilia Campos de. La comunicación terapéutica durante instalación de venoclisis: uso de la simulación filmada. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2006, vol.14, n.5, pp. 658-665. ISSN 0104-1169.
- TRAVELBEE J. Interpersonal aspects of nursing. Philadelphia: Davis Company; 1966. Citado por BELTRÁN-SALAZAR, Óscar Alberto. La práctica de enfermería en cuidado intensivo. *AQUICHAN*. AÑO 8 N° 1 - ABRIL 2008 p 50-63 ISSN 1657-5997.
- VIDAL BLAN, R.; ADAMUZ TOMAS, J. y FELIU BAUTE, P.. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enferm. glob.* [online]. 2009, n.17, pp. 0-0. ISSN 1695- 6141.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Clean Care is Safer Care. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. [En línea] 2010 [fecha de acceso 18 de febrero de 2010]. URL: disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf)