

CAPÍTULO 30

COMUNICACIÓN ENFERMERA CON EL PACIENTE CRÍTICO INTUBADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

RAQUEL FRAGUAS MIGUÉLEZ*, CARLOS MÉNDEZ MARTÍNEZ**,
LETICIA SÁNCHEZ ALDEÓN***, INÉS CASADO VERDEJO***,
FÁTIMA FRAGUAS MIGUÉLEZ****, Y JESÚS ANTONIO FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ***

**Hospital Monte San Isidro; **Complejo Asistencial Universitario de León;*

****Universidad de León; ****Hospital Universitario de León*

INTRODUCCIÓN

Una Unidad de Cuidados Intensivos hace referencia a un área del hospital donde los profesionales sanitarios prestan un cuidado continuo y especializado durante las 24h del día a los pacientes, por encontrarse estos en una situación crítica de salud (Aguilar y Martínez, 2017).

El origen de las Unidades de Cuidados Intensivos se remonta al año 1854 durante la Guerra de Crimea, cuando, ante la gran cantidad de heridos, Florence Nightingale consideró necesario crear un área específica en el hospital de campaña para separar a los pacientes más graves de aquellos que presentaban heridas más leves. Sin embargo, no fue hasta 1958 y 1961, cuando, Peter Safar, anestesiólogo considerado como el primer intensivista, instaló en Baltimore y en Pittsburg respectivamente, las primeras Unidades de Cuidados Intensivos, tal y como se conocen hoy en día, para mantener a los pacientes con sedación y sometidos a ventilación mecánica (Aguilar y Martínez, 2017; Rodríguez, Cruz, y Pérez, 2020; Parra, 2017).

En la actualidad, las Unidades de Cuidados Intensivos están dotadas de una gran cantidad de equipos especializados como monitores, bombas de infusión o ventiladores, los cuales resultan imprescindibles para monitorizar, estabilizar y mantener las funciones vitales que en ese momento el paciente no puede controlar por sí solo. Uno de los procedimientos más empleados en la UCI es la ventilación mecánica, la cual aporta oxigenación y ventilación al paciente por medio de presiones positivas ejercidas por una máquina. En función del modo de aplicación se puede clasificar en: Ventilación Mecánica No Invasiva, llevado a cabo a través de una interfase como mascarillas nasales, bucales o faciales y Ventilación Mecánica Invasiva empleando un tubo endotraqueal (Vallejo et al., 2019; Rodrigues et al., 2018; Carratalá et al., 2017).

Cabe destacar que, en las Unidades de Cuidados Intensivos, el cuidado enfermero va más allá de la aplicación de técnicas y procedimientos avanzados. Así pues, los cuidados enfermeros han de ser aplicados de manera holística, atendiendo a las necesidades físicas y psicosociales. Y es aquí donde la comunicación juega un papel muy importante (Espinoza, Baeza, Rivera, y Ceballos, 2021; Giménez, Jiménez, y Escamilla, 2018).

En las Unidades de Cuidados Intensivos, pese a que muchos de los pacientes ingresados se encuentran intubados y, en consecuencia, con una incapacidad temporal de fonación, la comunicación se convierte, de igual modo, en un elemento vital para el cuidado enfermero. Sin embargo, en estas condiciones el proceso comunicativo resulta mucho más complejo (Holm y Dreyer, 2018).

Generalmente, los pacientes intubados intentan comunicarse a través del lenguaje no verbal, mediante gestos o expresiones faciales, pero estas técnicas no son del todo eficaces y les obligan a simplificar sus mensajes, dando lugar en múltiples ocasiones a malentendidos. Se debe considerar que cualquier dificultad comunicativa o incompreensión puede llegar a causar experiencias emocionales negativas tanto en el profesional de enfermería como en el paciente (Holm y Dreyer, 2018).

Por este motivo, con el fin de agilizar y hacer más satisfactorio el proceso comunicativo entre la enfermera y estos pacientes, en los últimos años, se han ido elaborando distintas herramientas de comunicación, desde imágenes, tablas o ayudas electrónicas. Todas ellas se recogen dentro de la llamada Comunicación Aumentativa y Alternativa (CAA), una estrategia comunicativa destinada a pacientes que no pueden comunicarse (Jiménez, 2020; Raju, 2021).

Dicho esto, se estableció como objetivo principal analizar la comunicación que se establece entre la enfermera y el paciente intubado ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos. Como objetivos específicos se incluyeron:

Identificar las herramientas y estrategias de comunicación utilizadas para hacer frente al deterioro comunicativo con estos pacientes.

Describir las barreras comunicativas que existen entre la enfermera y el paciente intubado.

Determinar los efectos que se producen en el paciente crítico intubado y en el personal de enfermería como consecuencia de la incapacidad de comunicación verbal.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica con metodología sistemática de la literatura científica empleando como guía la declaración PRISMA (Yepes, Urrutia, Romero, y Alonso, 2021), un documento actualizado que recoge recomendaciones para la publicación de revisiones sistemáticas.

Se realizó una búsqueda entre los meses de febrero y marzo de 2022, utilizando las bases de datos científicas: CINAHL, PubMed, Scopus y Web of Science. Asimismo, para efectuar la búsqueda se utilizaron las siguientes palabras claves, algunas de ellas incluidas dentro de los términos MeSH en inglés y DeCS en español: “comunicación”, “communication”, “cuidados críticos”, “critical care”, “enfermería de cuidados críticos”, “critical care nursing”, “paciente intubado”, “intubated patient”, “ventilación mecánica”, “mechanical ventilation”. Además, con el objetivo de limitar los resultados y conectar estas palabras claves, se usó el operador booleano AND.

Para la selección de los artículos se tuvieron en cuenta una serie de criterios de inclusión y exclusión. Por un lado, se incluyeron estudios que analizaran la comunicación con el paciente crítico intubado, centrados en humanos, publicados en el periodo de tiempo de los últimos 5 años (2017-2022) y escritos en inglés o en español, por ser las dos lenguas con mayor producción científica. A su vez, todos los artículos incluidos debían de estar basados en la evidencia científica, encontrarse dentro del campo de la enfermería y estar disponibles a texto completo.

Por otro lado, se excluyeron revisiones de artículos, libros o capítulos de libros, estudios que no se ajustaran a los objetivos de la revisión y que aparecieran duplicados en diferentes revistas. Tampoco se contó con artículos que no permitieran el acceso completo a su contenido, que fueran publicados en años anteriores al 2017 y que estuvieran escritos en un idioma distinto al inglés o al español.

RESULTADOS

En el proceso de búsqueda se contó inicialmente con 538 artículos procedentes de las bases de datos seleccionadas. Tras aplicar los criterios de inclusión y de exclusión, la búsqueda se redujo a un total de 112 estudios. A continuación, se excluyeron 48 artículos por encontrarse duplicados en varias revistas y 47 por desviarse del objetivo principal de este trabajo. Así pues, finalmente, se dispuso de 17 estudios para llevar a cabo esta revisión sistemática (Figura 1) recogidos en una tabla resumen (Tabla 1).

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de artículos para la revisión sistemática.

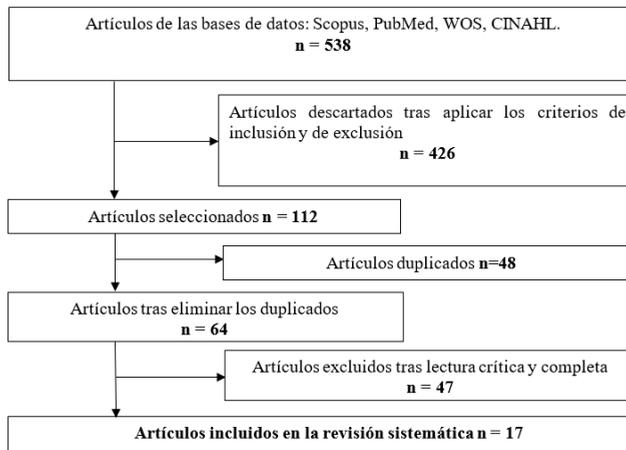


Tabla 1. Resumen de los estudios seleccionados

| Autores. Año. País | Metodología | Muestra | Resultados destacables |
|-----------------------------------|--|--|--|
| Shin et al. 2021. EEUU. | Fase cualitativa de un ensayo clínico controlado aleatorizado. | 7 familiares de pacientes ventilados mecánicamente e ingresados en la UCI. | Antes de usar la aplicación VidaTalk, los familiares manifestaron dificultades para comunicarse con los pacientes, por lo que en muchas ocasiones se sentían frustrados. El uso de la aplicación VidaTalk permitió una comunicación más clara y mostró beneficios en los pacientes: mejora de la coordinación neuromotora, mejora en la actitud, mayor confianza y bienestar, y menor frustración y estrés. |
| Mortensen et al. 2019. Dinamarca. | Estudio descriptivo fenomenológico. | 10 profesionales de enfermería que trabajaban en la UCI. | Todas las enfermeras experimentaron frustración e inseguridad al tratar de comunicarse con sus pacientes. En la mayoría de las ocasiones, el personal de enfermería empleaba el lenguaje no verbal para comunicarse con los pacientes intubados (lenguaje corporal, lectura de labios o miradas), pues disponían de pocas herramientas de comunicación y algunos pacientes no podían usarlas. |
| Leung et al. 2018. China. | Estudio descriptivo fenomenológico prospectivo. | 10 pacientes adultos ingresados en la UCI conscientes, intubados y ventilados mecánicamente. | Los pacientes entrevistados expresaron miedo, soledad, preocupación, frustración, impotencia y tristeza, derivado de su incapacidad para la comunicación verbal. |
| Deldar et al. 2018. Irán. | Estudio descriptivo narrativo. | 20 profesionales de enfermería que trabajaban en UCI. | Se describieron 4 factores que impedían el uso de escalas de evaluación del dolor en pacientes incapaces de comunicarse verbalmente: no evaluación rutinaria del dolor por olvidos de enfermeras y médicos, inadecuada proporción de enfermeras por paciente y gran carga de trabajo, creencia por parte de las enfermeras de que los pacientes intubados con baja sedación no sienten dolor y escasa formación de las enfermeras. |

Tabla 1. Resumen de los estudios seleccionados (continuación)

| Autores. Año. País | Metodología | Muestra | Resultados destacables |
|----------------------------------|---|---|--|
| Holm et al. 2018. Dinamarca. | Estudio descriptivo fenomenológico hermenéutico. | 13 profesionales de enfermería que trabajaban en las UCI. 12 pacientes adultos sometidos a ventilación mecánica invasiva. | Debido a las dificultades de comunicación aparecían emociones negativas tanto en los pacientes (tristeza, soledad y enojo) como en las enfermeras (frustración, impotencia y fracaso). Se describieron una serie de factores que podían mejorar o complicar la comunicación: el nivel de fatiga, la fuerza muscular, y la capacidad cognitiva. En cuanto al uso de herramientas de comunicación, las enfermeras rara vez utilizaron los tableros o los pictogramas. El método de comunicación más utilizado fue asentir con la cabeza. |
| Handberg et al. 2018. Dinamarca. | Estudio interpretativo de inducción analítica. | 48 profesionales sanitarios de UCI. | Los profesionales de la salud siguen unas secuencias cíclicas cuando tratan de implementar la comunicación aumentativa y alternativa (CAA) en pacientes intubados: En un principio, casi todos los profesionales muestran una alta motivación al presentarles la CAA. Posteriormente muchos profesionales sanitarios dan prioridad a salvar vidas y dejan en un segundo plano la comunicación con sus pacientes. Finalmente, los profesionales sanitarios se frustran al no entender a los pacientes y optan por ignorar las señales de comunicación. Del mismo modo, dejan de emplear las estrategias de CAA. |
| Tolotti et al. 2018. Italia. | Estudio descriptivo fenomenológico | 8 pacientes ingresados en la UCI e intubados. 7 profesionales de enfermería que trabajaban en la UCI. | Los pacientes intubados emplearon diferentes métodos comunicativos como asentimientos de cabeza, miradas o susurros. La incomprensión generó en los pacientes sentimientos de enfado, resignación, ansiedad, frustración o impotencia. La principal fuente de incomodidad de los pacientes fue estar desinformados y sentir que las personas de su alrededor se habían rendido con ellos debido a las dificultades de comprensión. |
| Dithole et al. 2017. Botsuana. | Fase cualitativa de un ensayo clínico no controlado: taller de habilidades comunicativas. | 20 profesionales de enfermería de UCI. | Tras la intervención, el 60% de los profesionales de enfermería indicaron que habían comenzado a aplicar las habilidades comunicativas aprendidas. El 90% mencionaron la importancia de que los gerentes garantizaran siempre la disponibilidad de los dispositivos de comunicación aumentativa y alternativa en la UCI, como pictogramas o tableros de comunicación. Sin embargo, un 85% de estos participantes también expresaron dificultades para utilizar las herramientas de CAA debido a las limitaciones de tiempo y al estado crítico de muchos de los pacientes. |
| Dind et al. 2021. Australia. | Estudio observacional descriptivo transversal. | 9 aplicaciones de comunicación. | Todas las aplicaciones disponían de una base de 50-100 frases precargadas en inglés para que el paciente pidiera ayuda para su aseo, manifestara dolor o solicitara la visita de alguien (médico, enfermera, familiar...). Además, dos aplicaciones (VidaTalk y YoDoc) disponían de un apartado donde el paciente podía escribir sus demandas mediante los dedos o a través de un lápiz óptico. |

Tabla 1. Resumen de los estudios seleccionados (continuación)

| Autores. Año. País | Metodología | Muestra | Resultados destacables |
|---------------------------------|---|---|---|
| Al-Yahyai et al. 2021. Omán. | Estudio observacional descriptivo transversal. | 194 profesionales de enfermería que trabajaban en la UCI. | La gran mayoría de los profesionales de enfermería utilizaba estrategias de comunicación tradicionales como la lectura de labios para comunicarse con los pacientes críticos que no podían hablar. Solo un pequeño número de enfermeras usaron tableros alfabéticos o dispositivos electrónicos para facilitar la comunicación con sus pacientes. |
| Manrique et al. 2021. Colombia. | Estudio experimental: ensayo clínico no aleatorizado. | 181 pacientes adultos con vía aérea artificial ingresados en UCI. 20 profesionales sanitarios de UCI. | Gracias al pictograma de Otuzoglu y Karahan, el 91,71% de los pacientes con vía aérea artificial pudieron expresar sus necesidades de comunicación. La principal barrera de comunicación de estos pacientes con el personal sanitario fue en un 65,19% la presencia del tubo orotraqueal. |
| Gorzin et al. 2020. Irán. | Estudio cuasiexperimental: talleres educativos de comunicación con pacientes con ventilación artificial. | 57 profesionales de enfermería que trabajaban en la UCI. | La intervención resultó ser eficaz sobre la función comunicativa de las enfermeras. |
| Momennasab et al. 2019. Irán. | Estudio observacional descriptivo transversal. | 10 profesionales de enfermería de UCI. 35 pacientes intubados, conscientes e ingresados en UCI. | Los métodos de comunicación más empleados fueron expresiones no verbales como gestos o miradas, seguidas de asentimientos de cabeza. Ninguna enfermera utilizó herramientas de comunicación como pizarras de palabras o de imágenes. En cuanto a la satisfacción con la comunicación enfermera-paciente en la UCI, solo el 5,7% de los pacientes se mostraron completamente satisfechos y el 20% de las enfermeras refirieron no encontrarse para nada satisfechas. |
| Duffy et al. 2018. EEUU. | Estudio experimental: ensayo clínico no aleatorizado. | 12 pacientes ingresados en UCI e intubados. | El 83% de los pacientes prefirieron el uso de dispositivos de asistencia para la comunicación (tablero de comunicación o dispositivo de seguimiento ocular) frente a su forma de comunicación inicial (asentir con la cabeza o escribir). |
| Hosseini et al. 2018. Irán. | Estudio cuasiexperimental: uso de tablero de comunicación (grupo experimental) frente a uso de métodos de comunicación primarios (grupo control). | 30 pacientes ingresados en la UCI, conscientes e intubados. | Después de la intervención, se observaron menores dificultades para la comunicación en el grupo experimental. Del mismo modo, las puntuaciones de ansiedad disminuyeron significativamente en dicho grupo. |

Tabla 1. Resumen de los estudios seleccionados (continuación)

| Autores. Año. País | Metodología | Muestra | Resultados destacables |
|---|--|--|--|
| Ijssennagger et al. 2018. Países Bajos. | Estudio observacional descriptivo transversal multicéntrico en el que se añadieron entrevistas a los profesionales sanitarios. | 457 profesionales sanitarios que trabajaban en la UCI. | Prácticamente la mitad del personal de medicina y de enfermería experimentó dificultades de comunicación con los pacientes ventilados mecánicamente. Además, como consecuencia de la comunicación ineficaz, los profesionales sanitarios experimentaron insatisfacción y frustración. Existían determinadas características de los pacientes que contribuían al deterioro comunicativo como el delirio, la gravedad de la enfermedad, el estado de sedación, el miedo o la debilidad muscular. Los métodos de comunicación más empleados por los profesionales sanitarios para comunicarse fueron los gestos, seguidos de la lectura de labios y de la escritura. Las aplicaciones de "tablet" apenas fueron utilizadas por los encuestados. |
| Yaman et al. 2017. Polonia y Turquía. | Estudio observacional descriptivo transversal en el que se realizaron preguntas abiertas al personal de enfermería. | 102 profesionales de enfermería: 50 trabajaban en la UCI de un hospital de Polonia y 52 en la UCI de un hospital de Turquía. | Este estudio reflejó que la mitad de los profesionales de enfermería del hospital de Polonia y de Turquía tenían problemas de comunicación con los pacientes. La mayoría de las enfermeras refirieron dificultades para comunicarse debido a que las UCIs estaban demasiado llenas y a las condiciones clínicas de los pacientes. |

Todos los estudios seleccionados coinciden en la complejidad del proceso comunicativo entre el personal de enfermería y los pacientes intubados en la unidad de cuidados intensivos. Como se muestra en los estudios de Mortensen et al. (2019), Deldar et al. (2018) y Ijssennagger et al. (2018), la gran mayoría de los profesionales de enfermería no han recibido una adecuada formación en comunicación no verbal que les ayude a solventar este problema. Como consecuencia, las enfermeras tienen grandes dificultades para descifrar los mensajes de los pacientes, quedando sus necesidades a menudo insatisfechas (Momennasab et al., 2019).

Varios estudios (Al-Yahyai et al., 2021; Manrique et al., 2021) muestran que el personal de enfermería emplea principalmente herramientas de comunicación tradicionales para comunicarse con pacientes intubados. La lectura de los labios, los gestos como asentir con la cabeza para indicar sí o sacudir la cabeza para indicar no, las expresiones faciales, las miradas o la escritura con papel y lápiz son algunas de las herramientas a las que más recurren las enfermeras para comunicarse en las unidades de cuidados intensivos. A pesar de que estas técnicas son las más utilizadas, algunos estudios como el de Shin et al. (2021), Holm et al. (2018) y Duffy et al. (2018) han demostrado que estos métodos no son muy fiables pues, en muchas ocasiones, las enfermeras no son capaces de comprender las necesidades de los pacientes o de interpretar sus gestos, lo que da lugar a malentendidos.

Otras estrategias existentes que han sido desarrolladas para hacer frente al deterioro comunicativo con estos pacientes son las técnicas de comunicación

aumentativas y alternativas como el uso de tableros de palabras, pictogramas, aplicaciones para “tablet” (VidaTalk y YoDoc) y dispositivos de seguimiento ocular (Shin et al., 2021). El uso de estas herramientas de comunicación, tal y como demostró la intervención desarrollada por Hosseini et al. (2018), redujo la ansiedad de los pacientes significativamente.

Sin embargo, algunos estudios (Tolotti et al., 2021; Al-Yahyai et al., 2021) reflejan que estas técnicas de comunicación aumentativa y alternativa fueron utilizadas únicamente por un 0-10% de las enfermeras que atendían a pacientes conscientes intubados. La baja utilización de estos recursos por parte del personal de enfermería tuvo que ver, en parte, con la baja disponibilidad de este material en las unidades de cuidados intensivos, con la falta de tiempo de las enfermeras y con la existencia de barreras comunicativas.

En lo que se refiere a este último aspecto, han sido varios los estudios (Deldar et al., 2018; Dithole et al., 2017) que han descrito diferentes factores o características de los pacientes que interfieren en el proceso comunicativo. Todos ellos destacaron la presencia del tubo endotraqueal como la principal barrera de comunicación.

Asimismo, varios artículos plantearon la existencia de otras barreras. Por un lado, la inadecuada proporción de enfermeras por paciente y la elevada carga de trabajo (Ijssennagger et al., 2018). Por otro lado, el bajo nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería sobre el uso de escalas o herramientas que les permitan evaluar las necesidades o el dolor de sus pacientes (Deldar et al., 2018). Y, por último, determinadas situaciones clínicas de los pacientes, como el estado cognitivo, su nivel de sedación, la debilidad muscular, el nivel de fatiga o su estado de ánimo (Holm y Dreyer, 2018).

La simultaneidad de todos estos factores, muy típica en los entornos de las unidades de cuidados intensivos, agrava notoriamente el proceso comunicativo, produciendo efectos indeseables tanto en los pacientes como en el personal de enfermería (Handberg y Voss, 2018).

Se ha observado que la complejidad de la comunicación causa en el paciente sentimientos de miedo, soledad, preocupación, frustración, impotencia y tristeza (Leung et al., 2018). El estudio de Tolotti et al. (2018) refleja cómo muchos de los pacientes se mostraban resignados, enfadados o ansiosos al comunicarse, pues el intento de explicar algo requería mucho esfuerzo por su parte y, sentirse incomprendidos les desencadenaba todos estos efectos mencionados. Asimismo, los pacientes notaban que las personas de su alrededor se habían resignado y ya no contaban con ellos, por lo que en muchas ocasiones se sintieron aislados e invisibles.

En cuanto al personal de enfermería, los estudios muestran cómo las enfermeras experimentan inseguridad y frustración al tratar de comunicarse con los pacientes intubados. En concreto, los estudios de Mortensen et al. (2019) y Holm et al. (2018)

plantean que los profesionales de enfermería sienten la incompreensión de sus pacientes como una derrota o fracaso personal al no ser capaces de atender a sus pacientes de manera íntegra en todas sus esferas.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

La comunicación representa un pilar fundamental para el cuidado de los pacientes en cualquier unidad de hospitalización, pues es imprescindible para que los individuos expresen sus necesidades a los profesionales sanitarios. Sin embargo, en la UCI esta comunicación entre la enfermera y el paciente intubado resulta mucho más compleja.

Se han diseñado una serie de estrategias e instrumentos que facilitan la comunicación. Por un lado, están los métodos primarios como los gestos, asentimientos de cabeza o las miradas. Estas técnicas son las más empleadas por las enfermeras, pero generan numerosos malentendidos pues a veces resulta complicado descifrar los mensajes de los pacientes. Por otro lado, se han desarrollado las técnicas de CAA como los pictogramas, los dispositivos de seguimiento ocular o las aplicaciones para “tablet”. Estas herramientas son menos utilizadas al estar aún poco desarrolladas, pero han demostrado ser más efectivas a la hora de facilitar la comunicación.

En el contexto de la UCI, existen una serie de factores que actúan como barreras, dificultando el proceso comunicativo. La principal es la presencia del tubo endotraqueal, aunque la sobrecarga de trabajo del personal de enfermería, su bajo nivel de conocimiento para evaluar las necesidades o el dolor de los pacientes y, determinadas características de los pacientes como el estado cognitivo, el nivel de sedación o la debilidad muscular, también pueden complicar la situación.

La existencia de estrategias comunicativas aún poco desarrolladas, sumado a la presencia de barreras para la comunicación verbal, hace que el personal de enfermería experimente inseguridad y frustración al ser incapaz de establecer una comunicación eficaz con sus pacientes. Fruto de este deterioro comunicativo, los pacientes se sienten aislados y ansiosos al percibir que los profesionales sanitarios no les comprenden y no cuentan con ellos en el proceso salud-enfermedad.

REFERENCIAS

- Aguilar, C. R., y Martínez, C. (2017). La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)*, 31(3), 171-173.
- Al-Yahyai, R., Arulappan, R., Matua, GA., Al-Ghafri, R., Al-Sarakhi, R., y Al-Rahbi, R. (2021). Communicating to non-speaking critically ill patients: augmentative and alternative communication technique as an essential strategy. *SAGE Open Nursing*, 7, 1-9.

Carratalá, J.M., Brouzet, B., Dapena, I., Díaz, S., Folgado, M.A., y Alonso, J.M. (2017). *Manual de Ventilación no Invasiva en la Insuficiencia Respiratoria Aguda*. Alicante: Grupo de Ventilación Mecánica No Invasiva.

Deldar, K., Froutan, R., y Ebadi, A. (2018). Challenges faced by nurses in using pain assessment scale in patients unable to communicate: a qualitative study. *BMC Nursing*, 17(1), 1-8.

Dind, A. J., Starr, J. S., y Arora, S. (2021). iPad-based Apps to Facilitate Communication in Critically Ill Patients with Impaired Ability to Communicate: A Preclinical Analysis. *Indian Journal of Critical Care Medicine: Peer-reviewed, Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 25(11), 1232.

Dithole, K. S., Thupayagale-Tshweneagae, G., Akpor, O. A., y Moleki, M. M. (2017). Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BMC Nursing*, 16(1), 1-6.

Duffy, E. I., Garry, J., Talbot, L., Pasternak, D., Flinn, A., Minardi, C., ... Jawa, R. S. (2018). A pilot study assessing the spiritual, emotional, physical/environmental, and physiological needs of mechanically ventilated surgical intensive care unit patients via eye tracking devices, head nodding, and communication boards. *Trauma Surgery & Acute Care Open*, 3(1), e000180.

Espinoza-Caifil, M., Baeza-Daza, P., Rivera-Rojas, F., y Ceballos-Vásquez, P. (2021). Comunicación entre paciente adulto críticamente enfermo y el profesional de enfermería: una revisión integrativa. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 10(1), 30-43.

Giménez-Espert, M., Jiménez, M. A., y Escamilla-Fajardo, P. (2018). La importancia de la comunicación en enfermería. *Revista de Investigación en Psicología Social*, 6(2).

Gorzin, K., Sanagoo, A., Jouybari, L., Pahlavanzadeh, B., y Jesmi, A. A. (2020). The effect of education on function and communication skill of nurse with intubated patient in intensive care unit. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 7(2), 84.

Handberg, C., y Voss, A. K. (2018). Implementing augmentative and alternative communication in critical care settings: Perspectives of healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 102-114.

Holm, A., y Dreyer, P. (2018). Nurse-patient communication within the context of non-sedated mechanical ventilation: A hermeneutic-phenomenological study. *Nursing in Critical Care*, 23(2), 88-94.

Holm, A., y Dreyer, P. (2018). Nurse-patient communication within the context of non-sedated mechanical ventilation: A hermeneutic-phenomenological study. *Nursing in Critical Care*, 23(2), 88-94.

Hosseini, S. R., Valizad-Hasanloei, M. A., y Feizi, A. (2018). The effect of using communication boards on ease of communication and anxiety in mechanically ventilated conscious patients admitted to intensive care units. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(5), 358.

Ijssennagge, C. E., Ten Hoorn, S., Van Wijk, A., Van den Broek, J. M., Girbes, A. R., y Tuinman, P. R. (2018). Caregivers' perceptions towards communication with mechanically ventilated patients: the results of a multicenter survey. *Journal of Critical Care*, 48, 263-268.

Jiménez, L. M. G. (2020). Sistemas y Estrategias de Comunicación Aumentativa y Alternativa en Cuidados Intensivos: artículo de revisión. *Areté*, 20(2), 83-96.

Leung, C. C., Pun, J., Lock, G., Slade, D., Gomersall, C. D., Wong, W. T., y Joynt, G. M. (2018). Exploring the scope of communication content of mechanically ventilated patients. *Journal of Critical Care*, 44, 136-141.

Manrique-Anaya, Y., Milanés, Z. C., y Pallares, M. S. (2021). Adaptación transcultural y validez de un pictograma para evaluar necesidades de comunicación en adultos con vía aérea artificial en cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 32(4), 198-206.

Momennasab, M., Ardakani, M. S., Rad, F. D., Dokooohaki, R., Dakhesh, R., y Jaber, A. (2019). Quality of nurses' communication with mechanically ventilated patients in a cardiac surgery intensive care unit. *Investigación y Educación en Enfermería*, 37(2).

Mortensen, C. B., Kjær, M. B. N., y Egerod, I. (2019). Caring for non-sedated mechanically ventilated patients in ICU: A qualitative study comparing perspectives of expert and competent nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 52, 35-41.

Parra, M. O. (2017). Historia y evolución de la medicina crítica: de los cuidados intensivos a la terapia intensiva y cuidados críticos. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 17(4), 258-268.

Raju, G. M. (2021). iPad with iPad-based Apps: An Optimal Communications Tool in the Intensive Care Unit?. *Indian Journal of Critical Care Medicine: Peer-reviewed, Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 25(11), 1217.

Rodrigues dos Santos, C., Saraiva, B. H., Costa, T. K., Costa dos Santos, H., Sousa da Paz, M. S., de Oliveira, T. C., de Barros Silva, J. N., y Macedo, H. L. (2018). Risk Factors Favoring Pneumonia Associated with Mechanical Ventilation. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 12(12), 3401-3415.

Rodríguez-Duarte, K. J., Cruz-Ortiz, M., y Pérez-Rodríguez, M. (2020). Del cuidado intensivo al cuidado crítico, un cambio de nombre que refleja evolución. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 28(2), 134-143.

Shin, J. W., Happ, M. B., y Tate, J. A. (2021). VidaTalk™ patient communication application “opened up” communication between nonvocal ICU patients and their family. *Intensive and Critical Care Nursing*, 66, 103075.

Tolotti, A., Bagnasco, A., Catania, G., Aleo, G., Pagnucci, N., Cadorin, L., ... & Sasso, L. (2018). The communication experience of tracheostomy patients with nurses in the intensive care unit: a phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 46, 24-31.

Vallejo, C. R., Ávila, S. A., Rivera, G. B., Patiño, V. del C., Cherrez, G. S., y Cobeña, M. M. (2019). Manejo adecuado de ventiladores mecánicos en la UCI. *RECIAMUC*, 3(3), 1214-1226.

Yaman, Y., Nagórska, M., y Karabulut, N. (2017). Problems in critical care nurse-patient communication: examples of Poland and Turkey. *Acta Clínica Croatica*, 56(3.), 437-445.

Yepes-Nuñez, J. J., Urrutia, G., Romero-García, M., y Alonso-Fernández, S. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Revista Española de Cardiología (English ed.)*, 74(9), 790-799.