

A dark blue vertical bar on the left side of the page. A blue arrow-shaped graphic points to the right from the bar, containing the date '1-1-2019'.

1-1-2019

# CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE INTUBADO CON SEDACIÓN MÍNIMA O SEDACIÓN CONSCIENTE

A decorative graphic consisting of several thin, curved lines in shades of blue and grey, resembling stylized grass or reeds, located in the bottom left corner.

SIRLEY ANDREA VALENCIA LONDOÑO  
SILVANA MARCELA ARISMENDI CELIS

**CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE INTUBADO CON SEDACIÓN  
MÍNIMA O SEDACIÓN CONSCIENTE**

**SILVANA MARCELA ARISMENDI CELIS  
SIRLEY ANDREA VALENCIA LONDOÑO**

**ASESOR  
WILLIAM IVAN LOPEZ**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
ESPECIALIZACIÓN CUIDADO DE ENFERMERÍA AL ADULTO EN ESTADO  
CRÍTICO DE SALUD  
MEDELLÍN  
2019**

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE INTUBADO CON SEDACIÓN  
MÍNIMA O SEDACIÓN CONSCIENTE**

**Monografía para optar al título de Especialistas en Cuidado de enfermería al  
Adulto en Estado Crítico de Salud**

Por

**SILVANA MARCELA ARISMENDI CELIS**

**SIRLEY ANDREA VALENCIA LONDOÑO**

**ESPECIALIZACIÓN CUIDADO DE ENFERMERÍA AL ADULTO EN ESTADO  
CRÍTICO DE SALUD**

Trabajo monográfico

**ASESOR**

**WILLIAM IVÁN LÓPEZ CARDENAS**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**MEDELLÍN  
2019**

## **AGRADECIMIENTOS**

Damos gracias a Dios por guiarnos hasta el último momento.

Agradecemos a todos nuestros seres queridos que nos han ayudado y apoyado incondicionalmente ya que sin ellos no habiéramos podido seguir adelante.

A la institución donde laboramos por el tiempo y la confianza brindada.

A nuestro asesor el cual nos guió en todo nuestro proceso.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>9</b>
<b>2. PRESENTACIÓN DESCRIPTIVA DE LA TEMÁTICA .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1 Estrategia metodológica utilizada .....</b>	<b>12</b>
2.1.2 Consideraciones éticas .....	13
2.1. 3 Criterios de rigor .....	14
<b>2.2 Material definido y material descartado .....</b>	<b>14</b>
<b>2.3 Clasificación de los artículos según tipo de diseño y temática .....</b>	<b>18</b>
2.3.1. Diseños cualitativos .....	18
2.3.2 Diseños cuantitativos.....	19
2.3.3 Diseños mixtos. ....	20
2.3.4 Estudios Documentales.....	20
<b>3. CUIDADO DEL PACIENTE INTUBADO CON SEDACIÓN MINIMA O SEDACIÓN CONSCIENTE: APORTES DE METODOLOGÍAS CUALITATIVAS Y ESTUDIOS DOCUMENTALES .....</b>	<b>22</b>
<b>3.1 Experiencias de pacientes, enfermeras y familia sobre estar despierto durante la ventilación mecánica .....</b>	<b>22</b>
3.1.1 Experiencias positivas: tener el control, fe en la recuperación .....	22
3.1.2 Dolor y miedo en la UCI: La peor pesadilla .....	23
3.1.3 Vivencias de las enfermeras: afrontando el desafío .....	24
3.1.4 Vivencia de la familia en la UCI: Alegría y Sufrimiento.....	26
<b>3.2 Cuidados de enfermería al paciente en estado crítico ventilado despierto .....</b>	<b>28</b>
3.2.1 Comunicación con el paciente: principal desafío del cuidado de enfermería.....	28
3.2.2 Competencias y habilidades para el cuidado de enfermería del paciente intubado despierto.....	29
<b>3.3 Manejo de la sedación y sus efectos en los pacientes. ....</b>	<b>31</b>
3.3.1 Una decisión trascendental: Analgesia o Sedación.....	31

<b>4 CUIDADO DEL PACIENTE INTUBADO CON SEDACIÓN MÍNIMA O SEDACIÓN CONSCIENTE: APORTES DE METODOLOGÍAS CUANTITATIVAS</b>	<b>34</b>
4.1 Aportes de estudios aleatorizados	34
4.2 Aportes de estudios de cohorte	35
4.3 Aportes de estudios descriptivos.	37
4.4 Aporte de estudios mixtos	40
4.5 Escalas utilizadas para valorar el dolor y la sedación	40
<b>5. DISCUSIÓN.</b>	<b>43</b>
<b>6. CONCLUSIONES</b>	<b>49</b>
<b>7. RECOMENDACIONES</b>	<b>50</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>52</b>
<b>8. ANEXOS</b>	<b>59</b>
8.1 Organización de la información en matriz de Excel	59
8.2 Documento de categorización	59

## **LISTADO DE ILUSTRACIONES**

<b>ILUSTRACIÓN 1. - PROCESO DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DEL MATERIAL BIBLIOGRÁFICO .....</b>	<b>15</b>
<b>ILUSTRACIÓN 2.-INFOGRAFÍA LÍNEA DEL TIEMPO.....</b>	<b>16</b>

## **LISTADO DE TABLAS**

<b>TABLA 1. - CLASIFICACIÓN DE LOS ARTÍCULOS SEGÚN TIPO DE DISEÑO Y TEMÁTICA.....</b>	<b>18</b>
---	-----------



**LISTA DE CUADROS**

**CUADRO 1. - ESCALAS UTILIZADAS PARA VALORAR EL DOLOR Y LA SEDACIÓN .....41**

## INTRODUCCIÓN

Las unidades de cuidado intensivo son servicios de alta complejidad donde se proporciona soporte vital a pacientes que ingresan en condiciones graves de su estado de salud que ponen en peligro su vida, la mayoría de estos pacientes requieren soporte ventilatorio que les ayuda a disminuir el esfuerzo o en algunos casos sustituye la función respiratoria hasta la reversión total o parcial que originó la causa (Gutiérrez, 2011).

Los objetivos de la ventilación mecánica son mejorar el intercambio gaseoso, evitar la injuria pulmonar y disminuir el trabajo respiratorio. Las indicaciones de ventilación mecánica más frecuentes son la insuficiencia respiratoria con hipoxemia o hipercapnia, compromiso neuromuscular de la respiración, hipertensión endocraneana, aumento del trabajo respiratorio e inestabilidad hemodinámica, tórax inestable, necesidades de relajación muscular entre otras (Gutiérrez, 2011).

En los pacientes ventilados existe la tendencia al uso de sedación continua como práctica común en las unidades de cuidado intensivo, con el propósito de buscar mayor confort, alivio del dolor y ayuda para disminuir la ansiedad generada por el tubo orotraqueal y un mejor acople ventilatorio (Montiel, Fernández 2008).

Si bien existen indicaciones precisas para el uso de la sedación continua en UCI (síndrome de dificultad respiratoria aguda, trauma encefalocraneano grave o severo, asma casi fatal), en la literatura se encuentran discrepancias entre su indicación para auxiliar la ventilación mecánica y el uso de analgesia o sedación consciente para los mismos propósitos.

La evidencia científica describe efectos no deseados derivados del uso continuo de la sedación en el paciente ventilado como periodos de amnesia, alteración de la interacción familiar, disminución de la independencia y autonomía, aspectos afectados al encontrarse bajo efectos de sedación; el reposo prolongado expone al paciente a muchos problemas que pueden afectar todos sus sistemas corporales, llevando frecuentemente al síndrome de desacondicionamiento físico, además produce aumento de los eventos adversos asociados a los cuidados de la salud como: neumonía asociada al ventilador, bacteriemias asociadas a dispositivos médicos, riesgo de úlceras por dependencia y lesiones por humedad (Laerkner, Egerod, Olesen, & Hansen, 2017, Acevedo-Nuevo & González-Gil, 2017, Chamorro & Romera, 2015).

Adicionalmente aumenta la incidencia del delirium, la cual es asociada a un mal pronóstico al alta, con un aumento de la mortalidad y morbilidad, prolongación de la hospitalización, deterioro funcional y déficit cognitivo generando secuelas a largo plazo.

En este sentido, se evidencia la importancia de valorar la relación entre sedación o no sedación en el manejo del paciente con ventilación mecánica y se inicia a priorizar la analgesia sobre la sedación. En la actualidad hay una tendencia a tener el paciente despierto o con mínima sedación, práctica que conlleva a la disminución de los efectos adversos y complicaciones de los pacientes que fueron sometidos a sedación continua o profunda (Laerkner et al., 2017, Devlin et al., 2018)

Mantener al paciente crítico y ventilado despierto facilita su cooperación, ayuda en la movilización, favorece la interacción con su familia haciéndola participe de su cuidado e incrementa la capacidad de comunicación con el personal asistencial, es por esto que al evidenciar los importantes beneficios en esta práctica el profesional de enfermería se debe convertir en el principal facilitador para su implementación.

Particularmente, este tema es de gran interés en la práctica profesional de las autoras de este estado del arte, puesto que en la IPS donde se desempeñan como enfermeras de unidad de cuidado crítico, se inició una prueba en el uso de mínimas dosis de sedación en el paciente ventilado, evidenciando la importancia en la capacitación y cambio en el paradigma sobre el manejo del paciente intubado. Se espera que esta institución de salud pueda acoger los resultados aquí presentados para implementar nuevos protocolos en las unidades de cuidado crítico en el manejo del paciente con sedación mínima, por lo cual es importante que el personal de enfermería y el resto del personal asistencial conozcan los beneficios de esta práctica y los cuidados que deben ser brindados para una atención integral, segura, eficiente y efectiva.

Al ser la enfermera líder en este proceso nace la importancia de realizar aportes al conocimiento de enfermería mediante el desarrollo de un estado del arte sobre el cuidado del paciente intubado bajo sedación mínima o sedación consciente, el cual se llevó a cabo partiendo de la siguiente pregunta orientadora ¿Cuáles son los cuidados de enfermería requeridos por el paciente adulto en estado crítico de salud, intubado y con sedación mínima o con sedación consciente?

Para dar respuesta a esta pregunta se planteó como objetivo general compilar los desarrollos conceptuales sobre el cuidado de enfermería del paciente adulto intubado con sedación mínima o sedación consciente a través de una revisión de la literatura. Para ello, se identificaron las disciplinas y campos del saber que han realizado aportes al conocimiento sobre el cuidado del paciente intubado con

sedación mínima o sedación consciente; se discutió en torno a los problemas de investigación, los enfoques teóricos, metodológicos y los aportes de estas investigaciones a la consolidación del conocimiento de la disciplina enfermera, respecto al cuidado del paciente ventilado en estado crítico de salud.

Finalmente, se identificaron temas de interés para la disciplina de enfermería que puedan orientar el desarrollo de investigaciones futuras sobre el cuidado del paciente con sedación mínima o sedación consciente.

Esta monografía contribuye a evidenciar el cambio de paradigma en los últimos años respecto a la práctica de sedación en el paciente críticamente enfermo y concluye que enfermería es el actor principal en la implementación de protocolos de mínima sedación; asimismo, describe los beneficios para el paciente, su familia y plantea nuevos retos y desafíos para el cuidado de estos pacientes.

En la primera etapa del desarrollo de este trabajo se indica la estrategia metodológica utilizada para la realización del estado del arte la cual se basó en la búsqueda, selección y organización de la información necesaria para el desarrollo de este documento, su ejecución se llevó a cabo a través de la revisión, análisis crítico e interpretación de estudios que contenían la información requerida para la búsqueda del tema.

Se continuó estructurando los siguientes capítulos donde se evidencian los aportes de las metodologías cualitativas y estudios documentales; se muestra un primer tema basado en las vivencias de estar despierto con ventilación mecánica, el cual se subdivide en las experiencias del paciente, de la enfermera y de la familia. El segundo tema que se desarrolló fueron los cuidados de enfermería al paciente en estado crítico de salud despierto con ventilación mecánica, el cual se divide en la importancia de la comunicación, habilidades y competencias que debe desarrollar el personal de enfermería para proporcionar atención individualizada al paciente y finalmente el manejo de la sedación y sus efectos en el paciente como decisión trascendental.

Posteriormente se evidencian los aportes de la metodología cuantitativa y mixta a los cuidados del paciente intubado con sedación mínima o sedación consciente, donde se describe la implementación de las principales escalas de sedación y dolor utilizadas por el personal de enfermería en las unidades de cuidados intensivos, además de los resultados derivados del uso de protocolos de sedación mínima, los cuales se ven reflejados en los resultados de salud de los pacientes y demostraron modificaciones en la disminución de los tiempos de estancia, ocurrencia de eventos adversos, impacto en el delirium y en algunas de las actividades realizadas por el personal de enfermería.

## 2. PRESENTACIÓN DESCRIPTIVA DE LA TEMÁTICA

### 2.1 Estrategia metodológica utilizada

Se realizó una revisión documental, estructurada con base en la propuesta metodológica de Londoño, Maldonado, (2019), la cual propone desarrollar el estado del arte en dos fases: heurística y hermenéutica. La fase heurística consistió en la búsqueda, recopilación y organización de fuentes de información necesaria para realizar un proceso de investigación, es decir, la exploración del conocimiento preexistente que contribuye a la resolución del problema. La fase hermenéutica, consistió en la lectura, el análisis, la interpretación y la categorización de la información (Londoño, Maldonado, 2014).

En la fase heurística, para la búsqueda de la información se definieron criterios de inclusión los cuales fueron estudios realizados entre los años 2008 al 2019, cuyo objetivo estuviera relacionado con el cuidado de enfermería al paciente intubado con sedación mínima y sedación consciente. Este periodo de tiempo se definió para tener una amplia búsqueda y obtener mayor información sobre el tema ya que es una tendencia reciente en Colombia, para el cuidado del paciente crítico.

Para el desarrollo del tema se utilizaron los descriptores en ciencias de la salud y términos MeSH “Respiration, Artificial “Mechanical Ventilation”, “Conscious Sedation”, “minimal Sedation”, “Critical Care”, “Nursing Care”, “Wakefulness”, “Cooperative Behavior”, “Adult” y “Analgesia” en los idiomas inglés, español y portugués respectivamente.

Se utilizaron los operadores booleanos OR, AND, NOT para construir algoritmos de búsqueda como “Critical Care” AND “Conscious Sedation”, “Mechanical Ventilation” AND “Cooperative Behavior” OR “Nursing Care”, “Critical Care” AND “Conscious Sedation NOT children”, “Conscious Sedation”, AND “Mechanical Ventilation”, entre otros.

El material definido para la búsqueda fueron artículos de revistas indexadas y no indexadas, ensayos, repositorios de tesis, guías de práctica clínica y libros que tuvieran información sobre el manejo de pacientes adultos intubados en la unidad de cuidado crítico. Se recopiló el material bibliográfico en bases de datos del sistema de bibliotecas de la Universidad de Antioquia: PubMed, Clinical Key, Science Direct, Scielo y en el buscador google académico.

Posteriormente se creó una matriz de datos en Excel en la cual se realizó el vaciamiento por título de los artículos y disciplina del conocimiento a la que pertenecían los estudios, también se sistematizó por año, autor, tipo de material, igual que el idioma y país en el que se desarrollaron, se indagaron las prevalencias por cada ítem; a cada artículo se le adicionó el resumen y con este se clasificaron por grado de importancia de lectura según los requerimientos del tema a tratar teniendo como prioridad A grado alto, prioridad B medio y prioridad C bajo, además se registró el link y la base de datos para poder realizar una

búsqueda directa en el caso de ser requerido el artículo en su totalidad. Posteriormente al tener todos los datos en la matriz se realizaron filtros con los tipos de metodologías y se agruparon por temas.

Con relación al proceso hermenéutico, se realizó la lectura en profundidad de cada uno de los artículos, con su respectivo análisis, interpretación y categorización. Para la realización del proceso de categorización se construyó un documento donde se recopiló la información inicialmente identificando elementos similares en los artículos utilizando códigos de colores y alfabéticos, posteriormente se unificó la información similar agrupada por tema, luego se les dio un nombre de acuerdo a lo común que tenían entre sí, se organizaron en un texto analizando la coherencia de las ideas, las que no correspondían a la temática se reubicaron de tal manera que ninguna idea se repitiera, al realizar todo el análisis las temáticas inductivas encontradas fueron las experiencias del paciente, enfermera y familia, la comunicación con el paciente, las competencias y habilidades de las enfermeras, el manejo de la sedación, evaluación de protocolos de sedoanalgesia y escalas para medir la sedación y el dolor.

La categorización deductiva se realizó buscando en los estudios las teorías de enfermería utilizadas y su importancia en la disciplina, los aportes teóricos y metodológicos que han orientado a la investigación de enfermería, sus conceptos y beneficios sobre sedación mínima y sedación consciente además de los cuidados de enfermería para el manejo de estos pacientes. (Londoño, Maldonado, 2014).

#### 2.1.2 Consideraciones éticas

Para la realización de este trabajo se tuvieron en cuenta los principios establecidos en la ley 1915 expedida el 12 de julio de 2018 por el medio de la cual se modifica y adiciona disposiciones en materia de derechos de autor y derechos conexos (Congreso de Colombia, 2018).

También fue necesario traer a consideración la ley de régimen general de derechos de autor (Ley 23 del 28 enero de 1982) en la cual en el capítulo III de las limitaciones y excepciones al derecho de autor es permitido citar a un autor transcribiendo los pasajes necesarios, siempre que éstos no sean tantos y seguidos que razonadamente puedan considerarse como una reproducción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra de donde se toman. En cada cita deberá mencionarse el nombre del autor de la obra citada y el título de dicha obra (Congreso de Colombia 1982).

En esta revisión documental se realizó un correcto uso de citas e inclusión de las referencias bibliográficas utilizando la norma APA, se reconocieron los méritos de cada autor y se impidió plagio dando a conocer los trabajos previamente publicados que sirvieron de apoyo y dando fiabilidad de los documentos, orígenes, afirmaciones y contenidos para su verificación.

Adicionalmente, se tuvo en cuenta la resolución 8430 de 1993 Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, según esta ley nuestro trabajo se clasificó como una investigación sin riesgo al ser una revisión documental en la cual no se realizó ninguna intervención con humanos (Colombia, 2018).

### 2.1. 3 Criterios de rigor

Los criterios de rigor son un concepto que se utiliza durante la realización de una investigación que permite valorar de forma exhaustiva los métodos de investigación utilizados para la recopilación y desarrollo de la información. (Noreña A, Rojas J, 2012). Para este estado del arte se tuvo en cuenta los siguientes criterios de rigor.

**Credibilidad o valor de la verdad:** Definida también como autenticidad y se refiere a la aproximación de los resultados con el tema investigado (Noreña A. Rojas J. 2012).

Se garantizó mediante la estructuración de la pregunta de orientadora en formato PICO, la identificación de descriptores en ciencias de la salud relacionados con el tema, con los algoritmos de búsqueda en bases de datos específicas, la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión del material de estudio y el desarrollo de temas deductivos e inductivos derivados del análisis comprensivo.

**Auditabilidad o confirmabilidad:** El trabajo se realizó mediante una metodología sistemática, estructurada en las fases heurística y hermenéutica propuestas por Londoño (2014), con el fin de garantizar que cualquier investigador que realizara el mismo procedimiento obtuviera los mismos resultados (Noreña A, Rojas J, 2012).

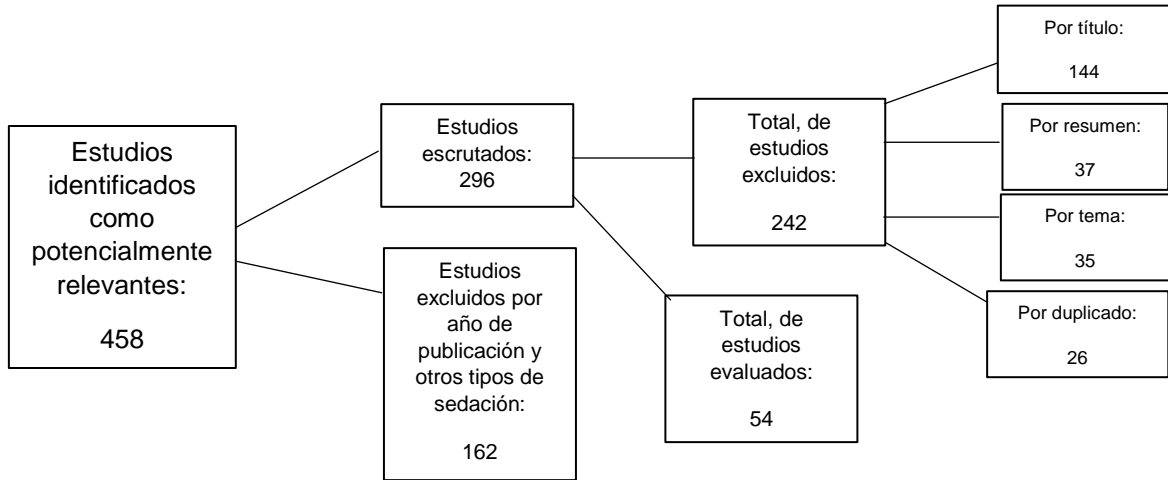
**Transferibilidad o aplicabilidad:** Definida como la capacidad de transcribir los resultados a otros contextos (Noreña A, Rojas J, 2012).

El objetivo principal de esta monografía fue compilar los desarrollos conceptuales sobre los cuidados de enfermería al paciente intubado con sedación mínima o sedación consciente, con el fin de transmitirlos a la institución donde laboramos para elaborar futuros planes de cuidados a estos pacientes basados en la información recopilada.

## 2.2 Material definido y material descartado

Se identificaron 458 artículos como potencialmente relevantes, de todos estos fueron excluidos 162 por año de publicación inferior al 2008, sedación en ayudas diagnósticas, sedación en odontología o por no cumplir con los criterios de inclusión. Se analizaron 296 estudios de los cuales 242 fueron excluidos de la siguiente manera: 144 artículos por título, 37 al leer el resumen, 26 por duplicados y 35 por tema, finalmente se evaluaron detalladamente un total de 54 artículos Figura 1.

### Ilustración 1. - Proceso de búsqueda y selección del material bibliográfico



Fuente: Elaboración propia junio 2019

Se revisaron 54 artículos de los cuales 49 fueron artículos de revistas, 4 guías clínicas y 1 tesis de grado. La distribución por idioma fue 40 (74%) en inglés, 13 (24 %) en español y 2 (2%) en portugués.

Se realizó búsqueda en todas las bases bibliográficas y se observó que Science Direct fue la que mayor información aportó al estudio con 64.8% de los artículos.

La mayor producción científica encontrada relacionada con el paciente intubado con sedación mínima fue escrita por enfermería, otras disciplinas que hablaron del tema en menor proporción fueron medicina crítica y anestesiología. Los estudios revisados fueron publicados en un 27.7% (15) en la revista intensive and critical care nursing y un 11.1% (6) enfermería intensiva y Journal of critical care respectivamente.

Se evidenció que Europa tiene la mayor producción científica publicada entre los años 2008 - 2019, con un 52% de los artículos revisados, cabe destacar que en el continente americano el mayor número de artículos publicados fue en EEUU (16.6%), seguido por Colombia (14.8%). El año 2015 fue donde se obtuvo la mayor producción científica con respecto al tema, con un equivalente al 20.3% de los artículos, y un 11,1% de los artículos fueron en los años 2017 y 2018.

De la producción científica encontrada y analizada se clasificaron los artículos por temática, disciplina, tipo de estudio y año como se puede ver en la ilustración 2, que presenta la línea de tiempo de la información encontrada.



Ilustración 2.-Infografía Línea del Tiempo



Fuente: Elaboración propia junio 2019

Los artículos encontrados del 2008 al 2010 indagaron sobre las experiencias en la comunicación de los pacientes ventilados en UCI sin sedación y las experiencias de los pacientes y familiares, también hablaron de la importancia de realizar escalas para mantener los pacientes despiertos y confortables controlando el dolor, documentaron las recomendaciones terapéuticas en el uso de los sedantes y analgésicos, analizando además los beneficios obtenidos en el paciente al estar sin sedación o con sedación mínima, adicional a lo anterior indagaron sobre los factores que influyen la administración de sedación en el personal de enfermería.

En los años 2011 al 2013 continuaron las investigaciones sobre las experiencias de los pacientes y familiares, igualmente se habló sobre los beneficios de tener el paciente despierto en las unidades de cuidados intensivos, continuó la tendencia de la importancia de mantener el paciente sin dolor y sin sedación, adicional a esto se incorporó el tema sobre las experiencias del personal de enfermería en el cuidado de los pacientes con sedación mínima y la incidencia del delirium por el uso de sedantes.

La producción científica encontrada en el año 2014 al 2016 hizo mayor énfasis en las experiencias de los pacientes, familiares y personal de enfermería al igual que en los años anteriores, mostrando como tema central la comunicación entre el paciente y el personal de salud, además, se describieron los beneficios de utilizar otros medicamentos como la dexmedetomidina para el manejo de los pacientes y se hizo más énfasis en las guías y protocolos de sedación en UCI.

En los años 2017 al 2019 la tendencia de los temas sobre la sedación mínima concuerda con los años anteriores, se brindó mayor importancia a la experiencia del paciente y a la comunicación buscando alternativas para mejorar esta, se incorpora más la importancia de la familia en el cuidado.

Se pudo concluir que, durante el período de indagación, los estudios buscaron definir la importancia en el manejo de la sedoanalgesia, describiendo su uso mediante protocolos, dando a conocer las consecuencias negativas en la utilización excesiva de la sedación, enfocándose en mantener los pacientes en las unidades de cuidados intensivos despiertos y cooperativos, explicando los beneficios obtenidos con estas medidas.

Se pudo observar que con el paso del tiempo la preocupación cambió de los protocolos y la evaluación cuantitativa de las intervenciones de sedación, al análisis comprensivo de las experiencias del paciente, la familia y el personal de enfermería en relación al cuidado del paciente despierto, lo cual se podría ver con un enfoque más humanizado.

Con relación a lo anterior, las experiencias de cada persona son necesarias para tener diferentes puntos de vista y así enfocar las acciones a realizar, lo que genera cambios en la orientación de los cuidados de enfermería donde se debe tener en cuenta la familia como aliado en el cuidado, adicional a esto tener

presente que la enfermera debe realizar intervenciones de cuidado adicionales enfocadas en disminuir o mitigar las experiencias negativas que se generan en los pacientes y los familiares en la UCI, como lo son el miedo, el dolor, la angustia, el desasosiego, el abandono entre otros.

Además se deben valorar otras dimensiones del cuidado como lo son la espiritualidad y la capacidad de afrontamiento por su estado de salud, también se deben desarrollar competencias para establecer protocolos basados en la evidencia que muestren mejores resultados en los pacientes. Estos cuidados también se deben enfocar en las limitaciones de la comunicación que presenta el paciente intubado y despierto lo que le genera angustia y malos recuerdos de su estancia en la UCI.

### 2.3 Clasificación de los artículos según tipo de diseño y temática

Los estudios encontrados en la revisión bibliográfica se clasificaron según el método y las temáticas abordadas (experiencias de los pacientes, enfermeras y familiares, cuidados de enfermería, tendencias en el manejo de la sedación y comunicación) como se observa en la tabla 1.

**Tabla 1. - Clasificación de los artículos según tipo de diseño y temática**

Tipo de enfoque y de estudio	Temáticas	Experiencia de los pacientes, familiares y personal de enfermería	Cuidados de enfermería	Tendencias en el manejo de sedación	Comunicación
<b>Cualitativo</b>	Fenomenológico	4	2		
	Teoría fundamentada				1
	Etnografía	2			
	Diseño flexible	6	1		2
<b>Cuantitativo</b>	Cohorte		3	1	
	Aleatorizados		1	3	1
	Descriptivos	4	2	2	2
	Mixtos	2			1
	Otros	2	1	10	1
<b>Total</b>		<b>20</b>	<b>10</b>	<b>16</b>	<b>8</b>

Fuente: elaboración propia

#### 2.3.1. Diseños cualitativos.

Fueron revisados 18 estudios cualitativos, clasificados en 6 estudios fenomenológicos, 2 etnografías, 1 estudio de teoría fundamentada y 9 estudios de

diseño flexible que utilizaron herramientas de recolección de información tipo entrevista.

Con respecto a los estudios fenomenológicos estos exploraron la experiencia del paciente al estar consciente durante la ventilación mecánica, en todo el proceso desde la intubación, estancia hospitalaria, hasta el destete de esta (Karlsson, Bergbom, & Forsberg, 2012, Henao Castaño, Adarve Gutiérrez, & Trujillo Cañas, 2010).

Cuatro estudios relataron los significados de estar consciente durante la ventilación mecánica, habilidades y dificultades que requiere el personal de enfermería para la comunicación y las experiencias vividas por los pacientes (Henao Castaño, 2008, Holm & Dreyer, 2015, Tingsvik, Hammarskjöld, Mårtensson, & Henricson, 2018, Tembo, Higgins, & Parker, 2015).

En los estudios de diseño etnográfico que corresponden al 11% se encontraron dos estudios; que hablaron sobre las experiencias de las enfermeras en el cuidado del paciente críticamente enfermo intubado y despierto y el significado de estar despierto durante la ventilación mecánica invasiva (Laerkner, Egerod, & Hansen, 2015, Laerkner et al., 2017).

El 6% que corresponde al estudio de teoría fundamentada da a conocer las características de la comunicación entre enfermera y paciente identificando medios, beneficios y barreras (Rojas, Bustamante-Troncoso, & Dois-Castellón, 2014).

Los estudios de diseño flexible se han orientado a buscar las experiencias positivas y negativas vividas por los pacientes al encontrarse despiertos en ventilación mecánica, (Samuelson, 2011, Engström, Nyström, Sundelin, & Rattray, 2012), las experiencias de las enfermeras en el cuidado de estos pacientes, la importancia de minimizar la sedación y el manejo de esta por parte de la enfermera (Lind, Liland, Brinchmann, & Akeren, 2018, Tingsvik, Bexell, Andersson, & Henricson, 2013, Hetland, Guttormson, Tracy, & Chlan, 2018, Wøien et al., 2012 ) además se describen las necesidades de comunicación e interacción paciente- enfermera y la experiencia de la familia con el paciente intubado( Alarcon & Serrato, 2014, V. Karlsson, Forsberg, & Bergbom, 2009, Leung et al., 2018).

### 2.3.2 Diseños cuantitativos.

Fueron revisados 19 estudios cuantitativos, clasificados en 5 (26.3%) estudios aleatorizados, 4 (21%) estudios de cohortes y 10 (52%) estudios descriptivos.

A cerca de las temáticas, los ensayos clínicos aleatorizados evaluaron dos tipos de intervenciones: estrategias de comunicación con el paciente intubado y su efecto en la calidad del cuidado (Happ et al., 2015), e intervenciones de no sedación o sedación mínima y su efecto en resultados de salud del paciente como

la disminución de los días de ventilación mecánica, mortalidad y las alteraciones del estado de conciencia, además de la carga de cuidado de enfermería y los costos de la atención (Laerkner et al., 2015, Mansouri et al., 2013, Ogundele & Yende, 2010, Strøm, Martinussen, & Toft, 2010).

Los estudios de cohorte se orientaron en identificar eventos adversos de la sedación profunda como el delirium y establecer niveles óptimos de sedación y analgesia a través de la aplicación de protocolos y escalas de sedación (Frade-Mera et al., 2015, Cigada et al., 2008, Henao Castaño, 2013, Torres-Contreras, Páez, Hinestrosa-Díaz del Castillo, Rincón-Romero, Vega, 2018).

Los estudios descriptivos se orientaron en explicar las prácticas de sedación realizadas por el equipo de salud y los factores que las influyen (Guttormson, Chlan, Weinert, & Savik, 2009, Rose et al., 2015, Randen & Torunn, 2010, Manias et al., 2015, identificar la incidencia del delirium debido al uso de sedantes (Henao & Amaya Rey, 2017), describir las experiencias positivas y negativas de los pacientes (Alasad, Abu Tabar, & Ahmad, 2015), las dificultades de comunicación del paciente y las habilidades comunicativas de las enfermeras (Chalaila et al., 2011, Ayuso- Murillo- Colomer-Sánchez & Herrera-peco, 2017) y a analizar la presencia de la familia en la UCI satisfacción, necesidades y percepción de los profesionales sobre el acompañamiento familiar). (Sánchez-Vallejo, Fernández, Pérez-Gutiérrez, & Fernández-Fernández, 2016, Laerkner, Stroem, & Toft, 2016).

### 2.3.3 Diseños mixtos.

Estos estudios equivalen a los dos tipos de metodología cualitativa y cuantitativa llamada de características mixtas, evaluaron las experiencias de los pacientes en cuanto a la sensación de disnea durante y después de la ventilación mecánica (Haugdahl, Dahlberg, Klepstad, & Storli, 2017) y el entorno en UCI descrito como confuso o incomprensible, también se describen las dificultades en la comunicación referidas por los pacientes y la utilidad de intervenciones y métodos de los profesionales de la salud para mejorar la comunicación y satisfacción de los pacientes , (Hetland et al., 2018, Guttormson, Bremer, & Jones, 2015).

### 2.3.4 Estudios Documentales.

Fueron revisados 8 estudios documentales, estas revisiones a excepción de las guías de práctica clínica y metasíntesis no contenían ninguna orientación metodológica.

Respecto a las temáticas se identificaron que los estudios describieron la tendencia actual en el manejo de la sedación de los pacientes en UCI como lo son las prácticas de sedación ligera y el manejo de analgesia (Wiatrowski, Norton, & Giffen, 2016, Vincent et al., 2016), Olmos, Varela, & Klein, 2019, Christian A. Casabella García et al., 2017), además se identificaron efectos adversos de la sedación continua , la importancia del uso de otros medicamentos para

sedoanalgesia y medidas no farmacológicas para el manejo de la ansiedad, el dolor y de privación del sueño (Ramos et al., 2008, Sakata, 2010, Torres-Contreras, Páez, Hinestroza-Díaz del Castillo, Rincón-Romero, Vega, 2018, Romera Ortega et al., 2014, Tracy & Chlan, 2011) .

El estudio de metasíntesis evidencia la experiencia del paciente en UCI (Egerod et al., 2015). Los diseños de intervenciones y guías de prácticas analizaron la evidencia de las guías clínicas y dieron recomendaciones sobre el manejo del dolor, agitación y sedación, comparando cada estrategia y cómo intervienen positiva o negativamente en el aumento de la morbimortalidad del paciente (Devlin et al., 2018, Celis-Rodríguez et al., 2013).

Finalmente, se puede concluir que las experiencias de los pacientes, familiares y personal de salud fueron los temas más relevantes encontrados en los estudios cualitativos (fenomenológico y diseño flexible), y de otra parte, los estudios cuantitativos (cohorte, aleatorizados, descriptivos) se enfocaron en los cuidados basados en el manejo de la sedación, implementación de protocolos, las tendencias en el manejo de la sedación y analgesia y el papel de la enfermera en el proceso.

### **3. CUIDADO DEL PACIENTE INTUBADO CON SEDACIÓN MINIMA O SEDACIÓN CONSCIENTE: APORTES DE METODOLOGÍAS CUALITATIVAS Y ESTUDIOS DOCUMENTALES**

Las contribuciones de los estudios cualitativos y documentales se dirigen a la comprensión de las experiencias de los pacientes ventilados con sedación mínima o sedación consciente, además de las vivencias del personal y la familia; también exaltan la comunicación como parte fundamental al tener el paciente despierto, a su vez las habilidades y competencias que debe desarrollar el personal de enfermería para proporcionar un cuidado integral. Finalmente, exponen la importancia del manejo de la sedación y sus efectos en el paciente.

#### **3.1 Experiencias de pacientes, enfermeras y familia sobre estar despierto durante la ventilación mecánica**

Las investigaciones que se han centrado en la vivencia de estar despierto con ventilación mecánica, han permitido la identificación de experiencias positivas y negativas en pacientes, familias y enfermeras, que iluminan aspectos para orientar el cuidado integral de pacientes en estado crítico de salud.

Las vivencias positivas de estar despierto durante la ventilación mecánica se centraron principalmente en el estado psicológico y emocional, la influencia del personal de enfermería en el cuidado y la comunicación y sus efectos en la autonomía, autocontrol y fe en la recuperación. Las experiencias negativas se relacionaron con el entorno físico de la UCI, la atención recibida, la experiencia comunicativa y la influencia de estos en la esfera física y emocional del paciente.

##### **3.1.1 Experiencias positivas: tener el control, fe en la recuperación**

Estar despierto generó en los pacientes la percepción de menor gravedad de su enfermedad y riesgo de muerte, les permitió tener control de su proceso de enfermedad y participar de las actividades de cuidado, expresar sus necesidades e interactuar con el personal de salud y su familia, les otorgó una motivación ante los resultados y aumentó la creencia ante la recuperación, la cual fue influenciada por la presencia constante de la familia, el vínculo con el personal de salud y sus creencias religiosas (Alasad et al., 2015, Karlsson et al., 2012, Henao Castaño AM; & Adarve Gutiérrez S; Trujillo Cañas JC., 2010, Laerkner et al., 2017).

Algunos de los estudios explorados indicaron que la experiencia negativa de estar en UCI se vio atenuada con la presencia constante de la enfermera y la familia, la cual brinda una sensación de seguridad y protección como lo describen (Karlsson et al., 2012, Ramírez, Müggensburg, Ramírez, & Müggensburg, 2015, Alasad et al., 2015).

Al establecer una relación de ayuda se crea un vínculo afectivo que mejora la percepción del paciente sobre su estado de salud, crea empatía con el personal, reduciendo sentimientos de miedo, angustia y soledad; al mitigar estos sentimientos se crea un lazo emocional que se ve reflejado en la recuperación del paciente y la reducción de la estancia hospitalaria, disminución de los costos y aumento la satisfacción de los pacientes ante el cuidado (Ramírez et al., 2015, Rojas et al., 2014).

La familia juega un papel positivo en la recuperación del paciente, provee acompañamiento, genera seguridad y apoya en la comunicación de sus necesidades con el personal de salud (Karlsson et al., 2009, Khalaila et al., 2011).

Por su parte, la enfermera competente, amable, empática que acompaña constantemente al paciente, logró generar una conexión efectiva que reduce las sensaciones negativas de estar en la UCI, generando bienestar y satisfacción con la calidad de la atención (Ramírez et al., 2015, Laerkner et al., 2017).

### 3.1.2 Dolor y miedo en la UCI: La peor pesadilla

Para esta categoría los estudios revelaron una doble carga de sufrimiento y malestar en el paciente ventilado despierto: por un lado, el entorno propio de la UCI y por el otro, la sensación producida por la ventilación mecánica invasiva.

Las unidades de cuidados intensivos son lugares con estructuras especializadas para brindar cuidados de alta complejidad al paciente críticamente enfermo, con tecnología avanzada, recurso humano especializado y en algunos casos restricciones al acompañamiento permanente de la familia.

Su entorno físico se caracteriza por la iluminación artificial constante, bajas temperaturas y el ruido producido por alarmas de monitoreo, aspectos que generan en los pacientes sensaciones de malestar físico, debilidad, cansancio, dificultad para conciliar el sueño o interrupciones constantes de este, imposibilidad de orientarse y de saber si es de día o de noche (Karlsson et al., 2012, (Ramírez et al., 2015, Alasad et al., 2015, Samuelson, 2011).

En algunos estudios, las actividades constantes de enfermería en el entorno del paciente fueron percibidas como irrespetuosas y vulnerantes de la privacidad y la dignidad, por interrumpir los momentos de interacción e intimidad familiar, ignorar las necesidades de comunicación y condicionar a los pacientes a dormirse porque la enfermera sabía que estaba de noche (Ramírez et al., 2015, Alasad et al., 2015).

Encontrarse en un lugar no familiar, solo, indefenso y dependiente del cuidado de desconocidos generó en los pacientes sentimientos de ansiedad, angustia,



desasosiego, desamparo, abandono, pérdida de la autonomía en las actividades de la vida diaria, miedo a la dependencia del ventilador para vivir, así como pesadillas, llevando a que los pacientes consideren la UCI como “*la sucursal del infierno*” (Chamorro & Romera, 2015, Karlsson et al., 2012, Henao Castaño, 2008).

Por otra parte, la ventilación mecánica ocasionó sensaciones y experiencias negativas como dificultad para respirar y dormir, la incomodidad del tubo orotraqueal y su fijación, dolor a la aspiración, debilidad y falta de voz (incapacidad) para comunicarse, esta última calificada como la peor experiencia (Khalaila et al., 2011, Guttormson et al., 2015, Rojas et al., 2014)

Se observó en los estudios que la dificultad en la comunicación generó en el paciente niveles elevados de estrés, angustia, ira y frustración al no poder hablar y expresar sus deseos, manifiestan que en muchas oportunidades el personal ignoraba sus necesidades al no entender lo que se quería expresar. La comunicación ineficaz impactó negativamente en la satisfacción con la atención y con el cuidado de enfermería (Guttormson et al., 2015).

### 3.1.3 Vivencias de las enfermeras: afrontando el desafío

Las experiencias del personal de enfermería sobre tener al paciente despierto son ambiguas, de una parte se describió el cuidado como “exigente” al ser impredecible y tener un desafío constante, ya que la ansiedad, la angustia y la necesidad de comunicación del paciente requiere mayor tiempo, recursos y presencia del personal, resultando en aumento de la carga de trabajo y del compromiso por parte de la enfermera. Por otra parte se identificó el cuidado como satisfactorio, al poder comunicarse con el paciente, cumplir con sus deseos y establecer una relación empática, lo cual generaba sensación de confort al producir bienestar y al participar de su recuperación y cuidado (Laerkner et al., 2015).

De esta manera se encontró que el cuidado requiere paciencia, comprensión de la situación y tiempo. Cuando el paciente ventilado participa del cuidado solicita y elige cómo ser atendido, no obstante, muchas de estas necesidades son contradictorias ya que el paciente tiene deseos que no pueden ser realizados porque comprometen su estado de salud; en ese momento la enfermera no puede suplir las peticiones requeridas por el paciente al ser contraproducente por su condición física ante su estado crítico, generando en varias oportunidades aflicción en el personal (Tingsvik, Bexell, Andersson, & Henricson, 2013, Laerkner et al., 2015).

Es importante considerar la carga emocional y la sensación de insuficiencia al no poder cumplir con los deseos o las necesidades de la persona, en ocasiones por la dificultad de la comunicación lo que conlleva al agotamiento físico y profesional reflejado en el Síndrome de burnout (Laerkner et al., 2015).

Desde otro punto de vista, se describió que cuidar al paciente con sedación mínima es “gratificante”, la enfermera disfrutó su trabajo al poder interactuar con el paciente y cumplir sus deseos; lo que produce una experiencia satisfactoria (Lind et al., 2018).

La interacción permanente con el paciente, la continuidad en la atención y el poder cumplir en la medida de lo posible con las necesidades de cuidado hicieron el trabajo gratificante, ya que la enfermera participaba activamente de la recuperación y evidenciaba los cambios tangibles del estado de salud del paciente, lo que le generaba satisfacción. (Laerkner et al., 2015).

Adicionalmente, al establecer una relación con el paciente se pudo crear un vínculo de confianza lo cual describen como positivo al tener comunicación permanente con este, permitiendo cierto grado de control y participación en su propia atención, lo que aumentaba la cooperación con el personal y disminuía el tiempo de permanecía con el paciente al pie de la cama. En esta interacción se identificaron los aspectos subjetivos de los pacientes, que le permitieron a la enfermera reconocerlos como seres humanos individuales y no como “un paquete de atención” (Tingsvik et al., 2013, Lind, Liland, Brinchmann, & Akeren, 2018, Rojas et al., 2014).

Se manifestó emoción por parte del personal al poder establecer una relación con el paciente, lograr conversaciones activas y no solo proporcionar información, esto originó felicidad y satisfacción cuando lograron mantener al paciente tranquilo y cooperativo, a su vez identificaron que la cercanía disminuyó el uso de medicamentos para la agitación ya que cuando el paciente estaba asustado o agitado la enfermera le proporcionaba seguridad sin requerir terapias farmacológicas (Tingsvik et al., 2013, Lind et al., 2018, Rojas et al., 2014).

A su vez, la experiencia de las enfermeras con los pacientes ligeramente sedados se describió como un desafío, en el cual se requiere conocimiento y experiencia para ayudar adaptar al paciente al entorno, creatividad para conseguir que el paciente tolere la situación disminuyendo las incomodidades y generando fuentes de distracción, habilidades de comunicación, empatía e imaginación para satisfacer y brindar atención (Tingsvik et al., 2013).

El cuidar al paciente despierto demandó de la enfermera una mayor carga laboral, se observó que en Colombia la razón enfermera paciente en promedio es 1:6 (Bayer, Riveros, vega 2015; Lombo, Manrique 2013) superando lo referido por la bibliografía encontrada, la cual en países como Dinamarca es una relación enfermera paciente 1:1 o 1:2, lo que permite un cuidado personalizado centrado en el paciente. A su vez la sobrecarga laboral disminuye el interés en la comunicación con el paciente (Rojas et al., 2014, Laerkner et al., 2015).

Se describió por parte de las enfermeras la necesidad del paciente de comunicarse y hacerse entender, lo cual requiere tiempo, desarrollo de habilidades y usar continuamente sus sentidos para tener la capacidad de interpretar lo que el paciente quiere transmitir, debido a eso la percepción de la enfermera sobre la comunicación fue vista como un desafío (Lind et al., 2018, Tingsvik et al., 2013).

Adicional a este la experiencia de cuidar fue más productiva y menos traumática cuando el personal de enfermería contaba con las herramientas necesarias para comunicarse con el paciente, lo que disminuyó los sentimientos de frustración cuando fueron incapaz de identificar sus necesidades (Lind et al., 2018).

Desde otra perspectiva, se identificó el trabajo en equipo como un pilar fundamental para tener metas establecidas en el cuidado de los pacientes, la falta de interés o el desconocimiento en el manejo del protocolo de no sedación por parte de otras profesiones provocó experiencias negativas, sentimiento de abandono y se percibió como una carga adicional en el trabajo del personal de enfermería (Lind et al., 2018).

#### 3.1.4 Vivencia de la familia en la UCI: Alegría y Sufrimiento

La familia ejerce un papel fundamental en las unidades de cuidados intensivos al ser un pilar básico en la ayuda de la recuperación del paciente, la presencia de la familia favorece algunas actividades realizadas por el personal de enfermería como los cambios de posición, la lubricación de la piel entre otras medidas de confort, además es indispensable para ayudar en el cuidado del paciente despierto, ya que la cercanía de un ser querido brinda tranquilidad (Laerkner et al., 2015).

Igualmente, el hecho de permitir un cuidador permanente y un horario de visitas flexible genera más serenidad en el paciente, el cual se siente protegido y acompañado, por lo tanto, la presencia continua de la familia crea un vínculo y empatía con el personal de enfermería ya que se vuelven sus aliados en el cuidado, son ellos quienes conocen e identifican fácilmente algunos gestos o señas de los pacientes que el personal de enfermería no ve con claridad.

Por otra parte, una correcta comunicación con la familia genera un clima de confianza y respeto. Las enfermeras describen la presencia de la familia como un factor de ayuda en muchas oportunidades ya que esta facilita canales de comunicación y ayuda a mitigar sensaciones negativas en los pacientes, contribuyendo al proceso de recuperación como lo es poder calmar a un paciente delirante haciéndolo sentirse seguro (Laerkner et al., 2015, Lind et al., 2018, Tingsvik et al., 2013, Ramírez et al., 2015, Karlsson et al., 2012, Chamorro & Romera, 2015).

Las investigaciones evidencian que las visitas de la familia son importantes al brindar confianza, describen que el sentido del tacto y los olores de los familiares evocaban en el paciente calma y seguridad aumentando la convicción en la recuperación; el familiar desea proteger al paciente en muchas oportunidades de información desagradable, así como calmar y confortar al paciente (Karlsson et al., 2009, Tingsvik et al., 2018).

Los cuidadores manifiestan como positivo que el paciente esté consciente durante la ventilación mecánica ya que esto crea una sensación de control y ofrece una esperanza al ver que su función cerebral es adecuada; a su vez los familiares desarrollaron habilidades en la comunicación con los pacientes, aprendiendo a interpretar el lenguaje corporal teniendo de antemano un conocimiento previo del paciente lo que facilitó en algunas oportunidades la comunicación; esta comunicación fomentó emociones de alegría a través de expresiones emocionales como abrazar, sonreír o llorar al poder interactuar con su ser querido (Karlsson et al., 2009).

Sin embargo la familia experimenta momentos de angustia y sufrimiento. Es ahí cuando el personal de enfermería crea empatía y genera un ambiente de tranquilidad y confianza para que la vivencia en UCI sea más confortable y alcance un estadio de alegría al compartir con su ser querido participando en su cuidado (Karlsson et al., 2009).

En lo referente a las experiencias negativas, los cuidadores manifestaron que tener su familiar despierto genera situaciones de estrés durante la visita a su vez incertidumbre y sentimientos de sufrimiento, impotencia y culpa. En algunos oportunidades expresaron que prefieren a sus seres queridos sedados para así evitar ver la angustia del paciente por la situación vivida, la cual causó en las familias sensaciones de frustración e impotencia, sentimientos que debieron suprimir para mantener la tranquilidad del paciente (Karlsson et al., 2009).

La inclusión de la familia al cuidado de los pacientes se evidencia como una práctica positiva, pero surgen otras situaciones en las que el personal considera a la familia como un obstáculo cuando el acompañante no brinda un apoyo para fomentar tranquilidad y seguridad, lo que aumenta los sentimientos de inseguridad y angustia en el paciente generando un aumento en la carga laboral para el personal de enfermería (Karlsson et al., 2009, Lind et al., 2018).

Para concluir, se resalta la importancia del acompañamiento de la familia en el proceso de recuperación de los pacientes en la UCI, la cual debe incorporarse en los cuidados de enfermería, teniendo en cuenta que los pacientes se sienten mejor con un ser querido a su lado. Además, la familia crea empatía con el personal de enfermería volviéndose un aliado, cooperando en muchas ocasiones en los cuidados relacionados con el confort, ayudando a entender algunas necesidades requeridas por el paciente que en algunas oportunidades no se logran descifrar.

Para esto, se requiere que el personal de enfermería brinde una atención centrada en el paciente y su familia teniendo en cuenta que no solo está afectada la salud física del paciente, sino que también se afecta todo su componente psicosocial, lo cual genera crisis en ellos, que debería ser apoyada por grupos estructurados como lo son trabajo social y psicología, además del apoyo espiritual según sus creencias.

### **3.2 Cuidados de enfermería al paciente en estado crítico ventilado despierto**

En la tendencia del período trabajado, se identificó la comunicación como uno de los principales cuidados de enfermería, por lo tanto esta sección se dedica a la importancia de la comunicación en el paciente intubado despierto como principal reto en el cuidado, para ello el personal de enfermería debe tener ciertas habilidades y competencias que se describen en otro tema, mencionando algunas de las características que tiene y carecen el personal de enfermería en el proceso de cuidar; por último se relató el manejo de protocolos de sedación y el papel que juega la enfermera en su ejecución requiriendo mayores conocimientos para esta práctica.

#### **3.2.1 Comunicación con el paciente: principal desafío del cuidado de enfermería**

El tubo orotraqueal representa el principal obstáculo para la comunicación entre pacientes, familia y personal de salud, al no permitir la emisión de sonidos ni la vocalización. Los pacientes realizan diversas acciones en su intento de comunicación, como realizar gestos, movimientos de la cabeza, golpear la baranda de la cama, mover los ojos y en algunas oportunidades retirarse la monitoria para poder llamar la atención (Rojas et al., 2014, Henao Castaño, 2008, Haugdahl et al., 2017, Tembo et al., 2015, Samuelson, 2011).

Todas estas acciones las describen como una lucha para lograr una buena comunicación y hacerse entender; sin embargo, cuando no era posible comunicarse lo percibían como una falta de respuesta y de comprensión por parte del personal e incluso llegaron a sentirse ignorados al no poder manifestar sus deseos y necesidades (Tingsvik et al., 2018, Ramírez et al., 2015).

Además, el no poder expresarse vocalmente puede reducir la exactitud en la valoración del grado de severidad del dolor y sus síntomas, lo que en algunas ocasiones puede llevar a la restricción física y el uso de sedantes por una inadecuada interpretación de lo que el paciente desea expresar (Happ et al., 2015, Olmos et al., 2019, Rojas et al., 2014).

Autores como Ramírez et al., (2015) refieren que la comunicación entre la enfermera y el paciente intubado despierto es limitada, tiende a ser corta, centrada en aspectos físicos, descuidando cuestiones emocionales. La falta de comprensión y de interlocución en los intentos de comunicación de los pacientes

han sido descritas como una experiencia horrible y desesperante que genera sentimientos de miedo, ira, inquietud, preocupación, frustración, ansiedad, pérdida del control y falta de motivación (Henao Castaño, 2008, Rojas et al., 2014, Ramírez et al., 2015, Tingsvik et al., 2018, Haugdahl et al., 2017).

Lo anterior configura la comunicación efectiva como una acción fundamental para el cuidado centrado en el paciente y su familia. Varios autores coinciden que para que esta sea efectiva requiere de sensibilidad, conocimientos y entrenamiento para el desarrollo de habilidades comunicativas no verbales, de manera que tenga presente lo que expresa la corporalidad del paciente en toda su complejidad, sin que él lo manifieste, logrando así disminuir su ansiedad y generar confianza (Ramírez et al., 2015, Karlsson et al., 2009, Khalaila et al., 2011).

Algunas estrategias de comunicación no verbal referidas por la literatura son la lectura de los labios, el uso de papel y lápiz, la utilización del lenguaje corporal, preguntas de sí o no, uso de imágenes, gráficos, tablas con el alfabeto o tableros borrables, considerando el nivel de comprensión en los pacientes (Karlsson et al., 2012, Happ et al., 2015, Khalaila et al., 2011, Guttormson, Bremer, & Jones, 2015, Henao Castaño, 2008).

A esto se añade que el utilizar herramientas de comunicación produce efectos positivos en el paciente generando tranquilidad y vínculo, favoreciendo su independencia y autonomía además al poder comunicar sus necesidades logra mejorar su condición clínica, cabe destacar que la proximidad física generada entre paciente y personal de enfermería es vista como señal de interés por comunicarse (Rojas et al., 2014, Henao Castaño, 2008).

Finalmente, se observó un grado de dificultad en la comunicación del paciente con la enfermera ya que el paciente no siempre puede utilizar las herramientas de comunicación por la debilidad; de la misma manera se observó que cuando el paciente tenía dolor o confusión esta práctica es más exigente y requiere de la enfermera usar sus sentidos, especialmente los que se relacionan con el lenguaje corporal y el contacto visual para tener la capacidad de interpretar lo que el paciente desea y transmitirle seguridad (Lind et al., 2018).

### 3.2.2 Competencias y habilidades para el cuidado de enfermería del paciente intubado despierto.

El cuidar al paciente es la esencia de la profesión de enfermería, esta requiere conocimientos los cuales en muchas oportunidades se aprenden en el actuar, además la enfermera aporta un valor adicional entablando una relación con el paciente la cual repercute directamente en el cuidado

Algunos estudios expresan que a mayor experiencia del personal de enfermería son mayores sus habilidades en la comunicación, a su vez exponen que las

enfermeras especialistas mejoran la calidad de la atención al facilitar la interacción debido al conocimiento sobre la importancia que genera la comunicación en el paciente y un adecuado uso de las herramientas comunicativas. Adicional a esto, las herramientas usadas para la comunicación requieren de entrenamiento y disposición por parte del personal para su adecuado uso, fortaleciendo las destrezas y evitando malas interpretaciones (Guttormson et al., 2015, Karlsson et al., 2012, Laerkner et al., 2015, Ramírez et al., 2015, Rojas et al., 2014, Lind et al., 2018, Henao Castaño, 2008).

Además de lo anterior, algunos estudios describen que la razón enfermera paciente 1:1 garantiza un cuidado individualizado y en muchas oportunidades centrado en la persona como ser humano integral, el vínculo que se crea favorece a la recuperación considerando la relación personal como efecto terapéutico lo cual aumenta el éxito en el cuidado y evita sentimientos negativos del paciente (Laerkner et al., 2015, Holm & Dreyer, 2015, Henao Castaño, 2008, Karlsson et al., 2012, Ramírez et al., 2015, Devlin et al., 2018).

La enfermera tiene un papel vital en el cuidado, es directamente la encargada de proporcionar confianza al paciente, creando empatía y vínculo, esta relación se puede ver afectada en algunas circunstancias por condiciones propias de la enfermera, como lo son su estado de ánimo, el estrés y otras influenciadas por el medio, como la falta de tiempo o exceso de trabajo; pero cuando se logra comprender la experiencia del paciente y sus miedos, facilita la comunicación, orientación, confianza y seguridad (P Ramírez y C. Müggenburg 2015; Jafar A. Alasad et al 2015).

Es por esto que la enfermera debe tener actitudes humanistas para trabajar con comprensión, afecto, calidez, empatía y proporcionar confort; algunos ejemplos mencionados son permitir el acompañamiento de la familia, la disminución de la luz artificial en las noches, la capacidad de disminuir el ruido, todo esto con el fin de posibilitar que los pacientes concilien el sueño lo que permite que fisiológicamente aumente la cicatrización y mejore el sistema inmunológico disminuyendo el riesgo de infecciones (C. Chamorro y M.A. Romera 2015; P Ramírez y C. Müggenburg 2015).

Algunos estudios manifiestan que el juicio y el comportamiento de la enfermera son determinantes claves para definir el nivel de sedación de los pacientes; indican que enfermeras con mayor experiencia buscan causas de agitación antes de administrar medicamentos sedantes, con la diferencia de enfermeras inexpertas que utilizan medicamentos con mayor facilidad, por tal motivo es importante la capacitación y fortalecer destrezas y habilidades al personal encargado de la sedoanalgesia (Olmos et al., 2019, Guttormson J. Chalan L. et al 2010).

Por otra parte, los estudios muestran que las enfermeras manifestaron que tenían que estar más alertas con el paciente ventilado despierto, lo que exige desarrollar una percepción aguda de las situaciones y cambiar la forma de pensar y actuar, enfocando su atención en evitar que el paciente presente eventos adversos como lo son desplazamiento o retiro de accesorios de uso terapéutico y brindar un mayor confort durante su estancia en UCI (Hetland et al., 2018).

En definitiva, se requiere capacitación constante no solo en procedimientos o teorías propias de la profesión, sino también en técnicas de comunicación y protocolos de sedación. Es indispensable que la enfermera sea líder en todo el proceso, por lo cual se debe tener una formación constante y enseñar los resultados frecuentes para garantizar interés del personal. Crear motivación, concientizar y sensibilizar al personal es determinante para asegurar un buen cuidado, en este mismo sentido se requiere valorar también las dimensiones espiritual, social y psicológica de cada paciente y familia. (P Ramírez y C. Müggenburg 2015).

### **3.3 Manejo de la sedación y sus efectos en los pacientes.**

Los estudios que describen esta categoría se centraron en la comparación del uso de analgesia frente a sedación, se enfocaron en el manejo de la sedación, los beneficios y riesgos inherentes de su uso en los pacientes con ventilación mecánica. De manera global se observó una nueva tendencia en el manejo de las guías de sedación y analgesia para evitar los efectos adversos de esta práctica incorporando conceptos como sedación mínima y sedación consciente.

Se describirán además en esta sección otros aspectos como los efectos adversos de la sedación prolongada, la importancia del control del dolor como principal factor en el confort del paciente y el manejo de la sedación por parte de la enfermera como componente imprescindible en este proceso.

#### **3.3.1 Una decisión trascendental: Analgesia o Sedación**

Cuando el paciente requiere intubación orotraqueal se piensa que la sedación es necesaria para aliviar el dolor, la ansiedad y el estrés, pero es importante valorar a cada paciente como un ser único y elegir el adecuado nivel de sedación, es por esto que la literatura describe diferentes grados de sedación e integra estrategias no farmacológicas para el manejo de los síntomas, involucrando a todos los miembros de equipo de salud y en especial a su familia (Olmos M. et al 2019, Frade-Mera et al., 2015).

Se describe que el nivel de sedación ideal es cuando el paciente tiene una respuesta normal a un estímulo verbal y despierta fácilmente, se encuentra tranquilo, cooperador, sin dolor, ni ansiedad. Algunos estudios observacionales



describen que garantizar la comodidad del paciente y mantener niveles óptimos de sedación mejora los resultados clínicos (Mansouri et al., 2013, Olmos et al., 2019).

El uso inapropiado de la sedación y tiempo excesivos de esta aumentan el riesgo de desarrollar síntomas depresivos, delirium, prolongación de la ventilación mecánica, aumento de la neumonía y deterioro cognitivo entre otras; todos estos efectos colaterales aumentan los tiempos de estancia y tienen efectos a largo plazo en los pacientes. En especial la incidencia de delirium es subdiagnosticada cuando el paciente permanece con sedación profunda por la falta de comunicación y sus implicaciones son considerables al requerir mayor cuidado de enfermería y a largo plazo pueden generar trastornos cognitivos y psicológicos, aumento en los días estancia e incremento en la mortalidad del paciente. (Guttormson J. Chalan L. et al 2010; Mansouri P. et al 2013).

Los estudios han demostrado que se requiere implementar protocolos en los cuales se tengan metas establecidas para los pacientes, alcanzando niveles adecuados de sedación y analgesia, para lo cual se requiere personal calificado, pero en ocasiones la rotación constante del personal o la carencia de este es un factor que contribuye a que esta práctica no se cumpla (Olmos M. et al 2019; Frade-Mera MJ, et al 2015).

Otro aspecto a tener en cuenta relacionado con la sedación es el manejo del dolor en el paciente crítico, es de suma importancia; ya que se considera un factor de estrés, en ocasiones producido por el tubo orotraqueal e interfiere en la fisiología cerebral, cardiovascular y respiratoria, lo cual incrementa los tiempos de recuperación del paciente. Debido a su naturaleza subjetiva, su evaluación se dificulta y solo puede ser informada por la persona que lo experimenta, por lo cual es importante mantener el paciente despierto para tener una buena valoración del dolor y poder intervenir rápidamente (Olmos M. et al 2019; Mansouri P. et al 2013).

Es indispensable intervenir primero en el manejo del dolor ya que al controlarlo se disminuye la ansiedad y los efectos adversos producidos por los medicamentos sedantes e impactaría en la morbimortalidad del paciente; el estar despierto no solo evita daños colaterales producidos por la sedación, a su vez aumenta la independencia en el paciente y la comunicación con los demás (Olmos M. et al 2019; Eva Laerkner 2015).

A esto se suma que una correcta analgosedación, valoración, prevención y manejo adecuado de posibles efectos adversos, requieren protocolos adaptados a las necesidades de cada paciente, donde se especifique y se explique la importancia de la analgesia antes que la sedación, para proporcionar bienestar y seguridad, evitando así las consecuencias derivadas de prácticas de infra o sobredosedación. Estos deben ser manejados por el personal de enfermería al ser

el profesional que conoce y permanece mayor tiempo con el paciente y logra detectar cambios sutiles en su comportamiento (Frade-Mera MJ, et al. 2015).

En conclusión se observa que en las diferentes investigaciones se evidencia que al implementar protocolos basados en metas de sedoanalgesia y tener el paciente despierto facilita participación activa en su tratamiento y recuperación, evita efectos negativos y mantiene una comunicación constante con el personal y su familia, por otra parte se menciona la importancia de personal capacitado y sensibilizado ante el manejo de estos pacientes. El análisis de los protocolos de sedación encontrados en los estudios y su relación con los resultados de salud de los pacientes se desarrollarán en la próxima sección.

## 4 CUIDADO DEL PACIENTE INTUBADO CON SEDACIÓN MÍNIMA O SEDACIÓN CONSCIENTE: APORTES DE METODOLOGÍAS CUANTITATIVAS

### 4.1 Aportes de estudios aleatorizados

Los estudios aleatorizados enfocados en la evaluación de protocolos de sedación proponen intervenciones para evaluar la seguridad y eficacia de esta práctica, probando los efectos de la sedación o analgesia en los pacientes, encontrando como principales resultados la generación de evidencia sobre la relación entre el uso de la analgesia o la sedación consciente y la reducción de días en ventilación mecánica, la estancia hospitalaria y la tasa de mortalidad en pacientes que ingresan a la unidad de cuidado intensivo.

Este impacto se demuestra en varios estudios como lo es la investigación de Strøm y colaboradores (2010) donde su objetivo era establecer si la duración de la ventilación mecánica podría reducirse con un protocolo de no sedación versus interrupción de la sedación diaria. Se observó que los pacientes que no recibieron sedación tuvieron más días sin ventilación mecánica (13.8 grupo no sedación v/s 9.6 grupo sedación,  $p=0.0191$ ), asociándose también a menores días de estancia en UCI (13.1 grupo no sedación v/s 22.8 grupo sedación,  $p=0.0316$ ) y menos días de hospitalización (34 grupo no sedación v/s 58 grupo sedación,  $p=0.0039$ ) (Strøm et al., 2010, Ogundele & Yende, 2010).

Se demuestra también una reducción sustancial en todos estos índices ya mencionados en el estudio de Mansouri 2013 en el cual se implementa un protocolo para el manejo integrado del dolor, la agitación y el delirio donde se encontró que la tasa de mortalidad en el grupo del protocolo se redujo de 23,8% a 12,5% ( $p=0,046$ ), también se observó una reducción de 3 días aproximadamente entre los dos grupos donde la estancia en UCI fue más larga en el grupo control que en el grupo protocolo (170 horas frente a 97 horas, respectivamente;  $p = .001$ ), al igual que el tiempo en ventilación mecánica (40 horas frente a 19 horas en los grupos control versus protocolo , respectivamente;  $p = .038$ ).

A su vez Laerkner et al.,(2015) estudiaron las diferencias del nivel de conciencia entre un grupo de paciente sin sedación con grupo de pacientes sedados y su relación con la carga laboral de enfermería, evidenciando que los pacientes que no recibieron sedación estaban más despiertos valorados con una escala de RASS cercana al 0 en comparación de -2 en el grupo sedado ( $P <0.00001$ ); la herramienta usada para medir la carga laboral es la escala NCR11 donde los resultados muestran que los pacientes sedados generan más carga laboral con mayor puntuación en la escala de 19.05, frente a los pacientes despiertos con una puntuación de 17.05 ( $p= 0 \cdot 00001$ ). La enfermera indica que tener al paciente sedado requiere mayores intervenciones, este hallazgo podría ser explicado al evaluar la relación enfermera- paciente, puesto que en el paciente sin sedación la razón es 1:1 en comparación al paciente sedado que es 1:2. También se concluyó

un potencial ahorro económico del 22% en el paciente sin sedación al disminuir la estancia hospitalaria.

Por último, se encontró un estudio de comunicación, realizado por Bethy y colaboradores (2015) donde su objetivo era la comparación entre personal capacitado en técnicas de comunicación el cual fue el grupo intervención comparando al grupo de control donde no se brindó capacitación en comunicación y su impacto en la atención, en el estudio se logró capacitar al 84% del personal del grupo intervención y se obtuvo un aumento en la eficacia de la comunicación y la satisfacción del paciente con una  $p:0.001$ , pero este estudio no logró demostrar un impacto significativo en la calidad del cuidado lo cual se puede relacionar a tiempos cortos de intervención.

#### **4.2 Aportes de estudios de cohorte**

Los estudios de cohorte analizados hablan sobre protocolos en el manejo de la analgesia y sedación, la incidencia del delirium y los factores asociados a este, por otra parte hablan de la eficacia de la sedación con medicamentos vía oral en comparación con la sedación vía intravenosa para mantener el paciente con sedación consciente y sus beneficios.

Como muestra de lo anterior el estudio de Frade-Mera y colaboradores (2016), demostró que la implementación de un protocolo del manejo de analgesia y sedación consiguió incrementar la correcta monitorización del dolor y la sedación, además de dar a conocer los objetivos de analgesia y sedación que el equipo asistencial quiere alcanzar en los pacientes. En este estudio la incidencia de reintubación por fracaso de la extubación disminuyó 2,5 casos por cada 1.000 días de vía aérea artificial en pacientes en protocolo de analgosedación en comparación con 4,3 casos en pacientes con sedación en infusión continua, con una frecuencia de reintubación en pacientes con sedación en infusión continua de 5 casos y manejo con protocolo de analgosedación de 2 casos ( $P:0.83$ ).

A la vez las dosis diarias de midazolam disminuyeron en pacientes con sedación en infusión continua: 347 mg/día, frente a la dosis en pacientes en protocolo de analgosedación: 261 mg/día ( $p = 0,01$ ) y las dosis de remifentanilo en pacientes con sedación en infusión continua: 2.175 mg/día, frente a los pacientes en protocolo de analgosedación: 1.500 mg/día ( $p = 0,02$ ). Además se incrementó el uso de dexmedetomidina en pacientes con protocolo de analgosedación en un 6% frente a los pacientes con sedación en infusión continua ( $p = 0,02$ ), el uso de haloperidol se incrementó en los pacientes con protocolo de analgosedación un 28% en comparación con los pacientes de sedación en infusión continua: 15% ( $p = 0.04$ ) y el uso de morfina descendió en pacientes con sedación en infusión continua: 71%, frente a los pacientes en protocolo de analgosedación : 54% ( $p = 0.03$ ).

Por otra parte se incrementó el número de valoraciones y registro de las escalas realizada por las enfermeras RASS ( grupo sedación en infusión continua:6, grupo protocolo de analgosedación :21, ( $p < 0,0001$ ), escala indicadora de conductas dolorosas ESCID (grupo sedación en infusión continua: 6, grupo protocolo de analgosedación:19, ( $p < 0,001$ ) y el uso de la escala visual análoga para valoración del dolor (EVA): grupo sedación en infusión continua 4 veces y en el grupo protocolo de analgosedación 8 veces ( $p < 0,0001$ ).

Finalmente, concluyeron que en la actualidad existe una amplia brecha entre la práctica asistencial y las recomendaciones dadas por la evidencia científica y la implementación de estos protocolos aún continúa siendo escasa.

Otro aspecto encontrado fue en el estudio de Cigada et al., (2008) Donde analizaron si un nivel 2 en la Escala de Ramsay (paciente despierto, cooperativo, orientado y tranquilo) era adecuado para realizar las intervenciones requeridas para la condición de salud del paciente. Los resultados indicaron que de los días en que los pacientes estuvieron conscientes la sedación se consideró adecuada en un 92.8% comparada con los días que estuvieron sedados que fue un 81.7% ( $p < .0001$ ), además, la sedación inadecuada se relacionó con un peor pronóstico indicado por la escala SAPS II (escala predictora de mortalidad).

Adicionalmente, se encontró que los días de sedación consciente fueron más frecuentes en pacientes que sobrevivieron 85.2% que en los que finalmente fallecieron 58.7%, ( $p < .0001$ ), lo que sugiere una relación entre la sedación profunda y la mortalidad de los pacientes.

Es necesario mencionar que en el estudio anterior resaltan que la sedación más ligera genera una mayor carga para el personal de enfermería ya que requiere vigilancia más cercana del paciente.

Según el estudio de Torres y colaboradores (2018) realizado en Colombia donde su objetivo fue determinar la incidencia y los factores asociados con delirium en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos, encontraron que el riesgo de delirium aumentó por cada día de estancia en la UCI, en el quinto día con un riesgo del 13,7%, en el décimo día un riesgo del 28,2% y a los 16 días un riesgo del 50%.

Además, evidenciaron que el uso de sedantes fue un factor de riesgo para el delirium con un riesgo relativo de 2,4 veces en comparación con los pacientes en los que no se usó sedantes. Por otra parte la ventilación mecánica fue un factor de riesgo para el delirium con un riesgo relativo de 4,6 probabilidades de presentarlo.

Por otra parte, analizaron la mortalidad y encontraron que fallecieron 14 de los 27 pacientes con delirium, (51,85%); además, a los 10 días de estancia hospitalaria la

sobrevida fue del 50%, es decir, que de 2 pacientes con delirium, aproximadamente uno muere al décimo día en la UCI.

Del mismo modo Henao Castaño (2013) en su estudio donde el objetivo fue determinar la relación que tiene la incidencia del delirium de pacientes despiertos con ventilación mecánica con el índice de severidad de la enfermedad y otras, mostró una incidencia del 22% de delirium en pacientes despiertos críticamente enfermos con ventilación mecánica en la UCI y tratamiento farmacológico con morfina. La autora realizó una comparación con estudios de EEUU, Europa, Canadá y otros los cuales tuvieron una incidencia del 60 al 80% en pacientes críticos en ventilación mecánica pero sedados.

La diferencia entre el estudio realizado en Colombia y los de otros países radica en que en el primero no se administraron sedantes a los pacientes, mientras que en los estudios comparativos estaban sedados, lo que evidencia que el uso de sedación profunda puede estar correlacionado con la presencia del delirium.

#### **4.3 Aportes de estudios descriptivos.**

Los estudios descriptivos se han orientado a relatar las prácticas de sedación del equipo de salud y los factores que las influyen, detallan las experiencias positivas y negativas de los pacientes, las dificultades de comunicación del paciente, las habilidades comunicativas de las enfermeras y analizan la presencia de la familia en la UCI.

En el estudio realizado por Sánchez-Vallejo (2016) se describe la percepción de la familia y de los profesionales asistenciales sobre aspectos relacionados a la información recibida, el apoyo recibido por parte del personal de enfermería y las políticas de visita. La mayoría de los familiares (91.4%) describieron la información como comprensible y sincera, pero se debe tener en cuenta que el 49.6% no recibió información sobre el cuidado de enfermería siendo un número muy importante de familiares para educar o informar. Con respecto a la política de visitas en total 59,3% flexibilizaría la política lo cual muestra un disconfort de los acompañantes el cual se debe intervenir y el 78,3% consideró que la familia brindaba apoyo emocional al paciente, sin ningún efecto desestabilizador para el este.

La satisfacción de los familiares, la relación con el personal y las políticas de visitas también fueron valorados en el estudio realizado por Martos-Casado, Aragón-López, & Gutiérrez-Ramos, (2014) en el cual se comparó con la percepción del personal; el 95% de los profesionales vs el 67% de los familiares afirman no conocer el nombre de los profesionales de enfermería ( $p < 0,001$ ), al preguntar sobre la información y la comprensión el 70% de los profesionales percibieron que la información recibida al ingreso no es comprendida por los

familiares, aunque un 97% de los familiares afirmaban sí haberla comprendido ( $P=0.001$ ).

Al indagar por la comunicación, la familia indica que fue clara y fluida en 61% con relación al personal de enfermería, quienes a su vez informaron que la comunicación solo fue clara en el 12 % . Con respecto a las visitas ambos grupos de forma mayoritaria estaban de acuerdo con el régimen de visitas actual, salvo en el horario de visitas, en el que los familiares demandaban mayor flexibilidad. Se observa muchas diferencias en este estudio en cuanto las diferencias estadísticas a la satisfacción del personal con relación a la familia.

En el estudio realizado por Ayuso, Murillo y colaboradores, ( 2017) aplicaron un cuestionario de personalidad factorial, para identificar los factores asociados con las habilidades sociales para la comunicación de las enfermeras, compararon un grupo de enfermeras de UCI y otro de enfermeras de hospitalización, encontraron que las enfermeras de hospitalización tenían una diferencia significativamente estadística a favor en los factores de personalidad: enfermeras UCI 4.6 vs enfermeras hospitalización 6.4 ( $p < 0.001$ ), e independencia: enfermeras UCI 4.6 vs enfermeras hospitalización 5.9 ( $p < 0.01$ ).

Sin embargo en cuanto a las habilidades sociales para la comunicación las enfermeras de la UCI tenían rasgos asociados con la receptividad social y control emocional como: Dominio, tensión, apertura al cambio, calor, razonamiento y privacidad, describen que esto puede ser por el nivel de exactitud y especificaciones del tipo de comunicación que hay en la UCI, ya que la mayoría de las instrucciones son basadas en protocolos, trabajo en equipo, entre otros Ayuso-Murillo et al 2017).

Sobre la experiencia del paciente tanto en factores positivos como negativos se encontró el estudio de Alasad et al., (2015) un alto nivel de conciencia frente a las personas que los rodean (82,2%) los pacientes manifestaron que tenían miedo la mayor parte del tiempo 55%, se evidencio que las mujeres tenían experiencias más aterradoras ( $r = 0.31$ ,  $p < .01$ ) y menos satisfacción ( $r = -0.24$ ,  $p < .01$ ) de la atención en UCI que en pacientes varones. Además se evaluó que cuanto más larga sea la estadía en la UCI mayor será la experiencia negativa de los pacientes ( $r = .30$ ,  $p < .01$ ). Aunque el 58% de los pacientes percibieron el dolor como un problema durante su estadía, la percepción de los pacientes sobre la atención fue evaluada como adecuada fue de 82%.

Con respecto a la comunicación como factor importante para la interacción con el paciente se evidencia en el artículo de Khalaila (2011) las dificultades en la comunicación en las unidades de cuidado intensivo en pacientes con ventilación mecánica, encontrando que el 82% de los pacientes evaluaron la comunicación como extremadamente difícil ante el 18% que la considero fácil, también se discutió la experiencia del paciente revelando que la dificultad en la

comunicación es un factor predictor de trastornos psicológicos como miedo y angustia  $R^2$  de 0.59 ( $p=0.01$ ).

Es importante también investigar sobre el manejo de la sedación y cuál es la perspectiva del personal de enfermería en referencia al paciente crítico, de lo cual se encontró un artículo de Guttormson (2009) donde se evidenció algunos factores que influyen en la práctica de sedación en paciente con ventilación mecánica, la mayoría de las enfermeras (81%) estuvo de acuerdo en que la sedación es necesaria para la comodidad del paciente.

En este estudio se observó que el conocimiento y las actitudes de las enfermeras influyeron en la administración de sedación a los pacientes en un 53,9%  $P < 0.01$ . Alrededor de la mitad (47.9%) de los encuestados indicó que las familias de los pacientes habían influido en su administración de sedación. Solo el 17.7% de los encuestados lo sintió fue más fácil cuidar a un paciente con ventilación mecánica despierto y alerta, es por esto que se debe educar en el manejo de la sedación e intervenir para lograr cambiar las prácticas y el manejo de esta. (Guttormson et al 2009).

El estudio de Randen & Torunn (2010) encontró que las enfermeras menos experimentadas utilizaron la escala MAAS (evaluación de la actividad motora) más sistemáticamente que las enfermeras más experimentadas ( $p = 0.02$ ). También encontraron que la interrupción diaria rutinaria de la sedación casi nunca ocurrió, las dosis en bolo de sedantes y analgésicos fueron administradas frecuentemente antes de los procedimientos, aun conociendo las consecuencias de estos a largo y corto plazo como lo son sedación excesiva.

Concluyeron que la experiencia personal y la intuición fueron consideradas más importantes por estas enfermeras que el conocimiento basado en la investigación, esto puede indicar que no tenían los últimos conocimientos sobre la sedación basada en analgesia o la interrupción diaria de la sedación cuando se realizó el estudio (Randen & Torunn, 2010).

Por otra parte en el estudio de Rose y colaboradores (2015) comparó el uso de la sedación protocolizada, con un protocolo de sedación con interrupción diaria, donde busco la perspectiva de los médicos y las enfermeras en UCI respecto a cada estrategia. Se encontró que más enfermeras que médicos les gusto la estrategia sedación protocolizada porque percibían que tenían más control sobre la sedación y la analgesia. (54% enfermeras vs 13% médicos,  $p = .005$ ).

Del mismo modo médicos y enfermeras estuvieron de acuerdo en que la estrategia de disminución diaria de la sedación proporcionó una sedación apropiada (71% enfermeras y 97% médicos).



Finalmente, a todos los médicos (30/30; 100%) les gustó la estrategia disminución diaria de la sedación, en comparación con el 61% de las enfermeras (17/28,  $p < .001$ ). las razones más comunes fueron que permitió una mejor evaluación neurológica ( $p < .001$ ) y el (51%) percibió que mejoraba los resultados de los pacientes (Rose et al., 2015).

#### **4.4 Aporte de estudios mixtos**

Meriläinen, Kyngäs, & Ala-Kokko, (2012) en su estudio cuyo objetivo fue describir los recuerdos de los pacientes en UCI, su interacción con el personal y con el entorno, encontró que el paciente de la UCI tiene contactos directos e indirectos durante el tratamiento, los contactos directos fueron la comunicación con el paciente, exámenes del paciente, acciones de enfermería, apoyo, asesoramiento, estímulo y rehabilitación, los indirectos fueron las acciones de enfermería sin comunicación verbal: cambiarle de posición, mover la cama o la cabecera del paciente, recoger mantas, colocar dispositivos al paciente o medir la temperatura.

Luego de tres meses entrevistaron los pacientes para analizar qué recordaban de la estancia en la UCI; los pacientes describieron recuerdos internos que se experimentaron como sentimientos surrealistas, desagradables o síntomas físicos como el dolor o la experiencia de tener frío o sed. Las experiencias externas incluyeron eventos que el paciente experimentó a través de la participación u observación, por ejemplo, durante las rutinas de enfermería, o al escuchar u observar a otras personas, la comunicación y los alrededores.

#### **4.5 Escalas utilizadas para valorar el dolor y la sedación**

Las escalas que se describen a continuación fueron las más utilizadas en los estudios analizados para valorar el grado de sedación, el nivel del dolor y la presencia de delirium, las cuales evaluaron las metas en el manejo del paciente que se propuso cada estudio. Se encontraron la escala Ramsay donde buscaron mantener los pacientes en un puntaje entre 1 y 2 (Despierto, cooperativo o inquieto), la escala RASS fue valorada buscando un nivel de sedación óptimo donde el paciente se encuentra en un rango entre -1 a +1(inquieto, alerta y calmado o somnoliento), la escala MASS la valoraban para tener el paciente en una puntuación entre 2 y 3 (Responde al tocarle o hablarle, Tranquilo y cooperador) , la escala EVA se valoraba con la intención de obtener un resultado menor de 3 (dolor leve) y la evaluación del CAM-ICU para detectar la presencia o no de delirium.

**Cuadro 1. - Escalas Utilizadas para valorar el dolor y la sedación**

Escala	Objetivo	Descripción	Estudios que la utilizaron
Ramsay	Sedación	<p><b>Despierto</b>                      1- Con ansiedad, agitación o inquieto                      2- Cooperador, orientado, tranquilo                      3- Somnoliento, responde a estímulos verbales normales</p> <p><b>Dormido</b>                      1- Respuesta rápida a ruidos fuertes, o a la percusión leve en el entrecejo                      2- Respuesta perezosa a ruidos fuertes, o a la percusión leve en el entrecejo                      3- Ausencia de respuesta a ruidos fuertes, o a la percusión leve en el entrecejo</p>	<p>(Mary Beth Happ, (2015)</p> <p>(Strom 2010)</p> <p>(Cigada et al.,2008)</p> <p>(Lind, Liland, Brinchmann, &amp; Akeren, 2018)</p> <p>(Mansouri P. et al 2013)</p>
Richmond agitation sedation scale ( RASS)	Sedación	<p>+4 Combativo                      +3 Muy agitado                      +2 Agitado                      +1 Inquieto                      0 Alerta y calmado                      -1 Somnoliento                      -2 Sedación Leve                      -3 Sedación Moderada                      -4 Sedación Profunda                      -5 Sin respuesta</p>	<p>( Laerkner 2015)</p> <p>(Holm A Dreyer. P 2015)</p> <p>(Lind, Liland, Brinchmann, &amp; Akeren, 2018)</p> <p>(Tingsvik C 2013)</p> <p>(Tingsvik C. Hammarskjöld F. et al 2018)</p> <p>(Frade-Mera M.J</p>

			et al 2015)
MAAS	Actividad motora	<p>0 No reactivo</p> <p>1 Solo responde al dolor</p> <p>2 Responde al tocarle o hablarle</p> <p>3 Tranquilo y cooperador</p> <p>4 En reposo y cooperador</p> <p>5 Agitado</p> <p>6 Peligrosamente agitado</p>	<p>(Lind, Liland, Brinchmann, &amp; Akeren, 2018)</p> <p>(Randen &amp; Torunn, 2010)</p> <p>(V. Karlsson, A. Forsberg, I. Bergbom 2009)</p>
La Escala Visual Analógica (EVA)	Valoración del dolor	<p>1 Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3</p> <p>2 Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7</p> <p>3 Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.</p>	<p>(Olmos et al 2019)</p> <p>(Frade-Mera M.J et al 2015)</p>
CAM-ICU	Valoración del delirium	<p>1 Comienzo agudo o curso fluctuante</p> <p>2 Inatención visual – auditiva</p> <p>3 Nivel de conciencia alterado</p> <p>4 Pensamiento desorganizado</p>	<p>(Torres-Contreras, Páez, Hiestrosa-Díaz del Castillo, Rincón-Romero, Vega, 2018)</p> <p>(Henao Castaño, 2013)</p>

## 5. DISCUSIÓN.

En los artículos analizados sobre el cuidado de enfermería al paciente intubado con sedación mínima o sedación consciente se evidenció la poca influencia de la disciplina de enfermería en el desarrollo de las investigaciones y la brecha existente entre la investigación y la práctica de enfermería, a su vez se estudió la producción en Colombia y se mencionaron algunas teorías propias de la profesión que podrían haber sido utilizadas en el desarrollo de los estudios que se relacionan con el tema a investigar.

En segundo lugar se valoró en la práctica la tendencia, iniciando por el manejo óptimo de la sedación y la importancia de la implementación de protocolos de sedoanalgesia, usando la mínima sedación como la mejor intervención. Otros cuidados encontrados fueron la importancia de la comunicación en el paciente críticamente enfermo intubado y despierto, competencias y habilidades de la enfermera, el acompañamiento de la familia, las vivencias de los pacientes, la enfermera y la familia en la UCI; de esto se valoró la razón enfermera paciente para el cuidado, la importancia de la capacitación y la relación del cuidado por enfermeras especialistas, se tocará el tema del cuidado perdido como aquel que no alcanza a ser realizado por el personal de enfermería. A su vez se indagó sobre el inicio en el modelo de UCI de puertas abiertas en la ciudad de Medellín el cual es fundamental para el cuidado del paciente intubado despierto.

Para iniciar se analizó de los estudios escrutados cuales fueron escritos solo por enfermeras encontrando que 33 artículos equivalente al 60% pertenecían a la disciplina de enfermería. Al evaluar la influencia de las teorías de la profesión se evidencio que no se hace uso de teorías de enfermería para la realización de sus trabajos ya que no se encuentra explícita la teoría como orientadora de la investigación, sólo fueron mencionadas en algunos capítulos o en su discusión.

Como se evidencia en los artículos revisados solo cinco nombran una teorista en sus trabajos, para iniciar Henao (2010) señala en su artículo “estar sin sedación es saber que está vivo” la teoría de síntomas desagradables a través del dolor infligido por el personal de salud, solo se realiza como observación ya que no se desarrolla el tema, a su vez en el (2013) Henao resalta a Florence Nightingale con su teoría del entorno y cómo influyen en la recuperación de la salud, además en el 2008 en otro de sus artículos menciona a Travelbee con el modelo de relaciones enfermera - paciente, al igual que Tingsvik (2013) reflexionando como las interacciones en la comunicación influyen en modelo de relación y por último se encontró una tesis de grado de Laura Alarcón (2014) donde cita a Hildelgard Peplau.

Es de aclarar que ninguno de los autores acudió a los modelos de enfermería para desarrollar sus artículos y además se evidencian tres artículos del mismo autor, lo que nos podría indicar que no hay una red de trabajo establecida para realizar estudios sobre el tema en las unidades de cuidado crítico.

Por lo tanto, al no basar los estudios en una teoría propia no fortalece el conocimiento de enfermería como disciplina, a lo que Durán de Villalobos, (2002) refiere que las investigaciones de enfermería deben aportar al desarrollo o formación de teorías propias o adaptadas que describan, expliquen o prescriban el comportamiento de los fenómenos de la enfermería. Por lo cual es necesario reconocer la enfermería como una ciencia humana, que tiene un sistema de teorías aplicadas a la práctica las cuales guían la enseñanza, el cuidado y la investigación a través de conceptos centrales de la disciplina dando sentido al proceso de cuidar y emplearlas en todo nuestro proceso.

Es necesario a su vez incorporar la teoría a la práctica por lo cual se requiere generar conciencia e iniciar la utilización de teorías para el cuidado pero esto en la actualidad se evidencia como una brecha gigante entre la investigación y la práctica ya que se encuentran distanciadas, al no compenetrarse y usarse como pilar fundamental en el cuidado, evidenciado lo anterior en el artículo de Leach & Tucker, (2018) donde en sus conclusiones revela que los profesionales de enfermería, independientemente de su experiencia, generalmente apoyan la necesidad de acercar la investigación y la práctica de enfermería, y describen que alguna de las dificultades que aumentan esta brecha es el “acceso” a la investigación; Además en el artículo de Bond et al., (2011), en el que concluyeron que puede ser hora de que la profesión de enfermería se reconozca verdaderamente como una profesión y esté dispuesta a participar en investigaciones adicionales basadas en teorías.

Otro punto a tratar es la producción científica encontrada en Colombia la cual es limitada ya que representa solo un 12.9% (n:7) de los estudios analizados, de los cuales el 42.8% (n:3) eran estudios cualitativos, el 28.5% (n:2) fueron estudios cuantitativos, lo que demuestra que la mayor producción es cualitativa aportando poca evidencia al no tener más diseños aleatorizados ó diseños experimentales, por esta razón se podría decir que en Colombia hay una necesidad de realizar mayores investigaciones por parte de enfermería que puedan aportar más a la disciplina y a los cuidados de los pacientes despiertos intubados en la UCI (Henao Castaño, 2013, Devlin et al., 2018, Henao Castaño, 2008, Torres-Contreras, Páez, Hinestrosa-Díaz del Castillo, Rincón-Romero, Vega, 2018, Henao Castaño, Adarve Gutiérrez, & Trujillo Cañas, 2010, Alarcón & Serrato, 2014, Rojas, Bustamante-Troncoso, & Dois-Castellón,(2014).

Por lo mencionado citaremos algunas teorías que fueron nombradas o pudieron ser utilizadas en los diferentes artículos, como mencionamos anteriormente en el artículo de Henao se cita el dolor infligido refiriéndose al dolor que experimentan

los pacientes ocasionado por los procedimientos o las tareas que realizan los enfermeros durante el acto de cuidar, es aquí donde podríamos utilizar la teoría de mediano rango de los síntomas desagradables en la cual enfermería contribuye al abordaje teórico del dolor, esta pretende integrar variedad de manifestaciones que cursan en el individuo y a su vez integra al cuidador ya que este hace parte de situación. Es importante retomar que el dolor es mencionado en muchos de estos estudios y por tanto, esta teoría nos permitiría realizar acciones, mejorando la efectividad en el manejo de este y las experiencias a través de esta teoría (Espinoza y Valenzuela, 2011)

Con respecto a Travelbee (2016) mencionado en el estudio de comunicación y en las experiencias del paciente se podría obtener mayor referencia por su modelo de relaciones enfermero - paciente, el cual se basa en los seres humanos como seres que necesitan asistencia, indica que sin un contacto directo y una relación persona a persona es imposible proporcionar lo que el paciente necesita lo cual se realiza a través de diferentes fases: Encuentro original, revelación de identidades, empatía, simpatía y compenetración (Elers Mastrapa & Gibert Lamadrid, 2016).

A su vez en algunos estudios se cita a Hildegard E. Peplau la cual también describe las relaciones interpersonales, las cuales indican la importancia de la relación enfermera paciente en aspectos de comunicación y los roles de enfermería, teoría que se podría haber utilizado en las investigaciones por el vínculo que se debe generar a través de la relación enfermera/paciente, la cual es primordial en el cuidado de los pacientes con sedación mínima. Está desarrolla la solución de problemas de salud a través de la entrega del conocimiento y experticia por parte de la enfermera.(Elers Mastrapa & Gibert Lamadrid, 2016).

De manera similar nombraremos la teoría de Virginia Henderson, quien propone 14 componentes a evaluar en la atención de los pacientes, valora a la persona como ser integral, en su componente biológico, psicológico, social y espiritual, indica que la enfermera ayuda al paciente o suple su autonomía mediante el desarrollo de la fuerza, conocimiento o voluntad, mencionando la relación enfermera paciente como “sustituta”, esta se puede incluir tanto en las investigaciones como en la práctica enfocando en el plan de cuidados de enfermería y así centrar las intervenciones y actividades en las necesidades de los paciente (Avilés Reinoso & Soto Núñez, 2014).

De igual modo la teoría de la enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica, de Anne Boykin y Savina Schoenhofer, habla de la persona como un todo y la importancia del cuidado como transformación de la práctica, la cual se fortalece con la interacción con el paciente. Esta teoría identifica un concepto central “LA LLAMADA DE CUIDADO” la cual se entiende como intervenciones únicas, son expresiones personales de la presencia y la intencionalidad de cuidado de la enfermera, que le permiten conocer a la otra persona y construir el cuidado a través de ese vínculo. Esta teoría es fundamental

en el vínculo que se requiere para atender al paciente en la UCI, al generar una relación de confianza se disminuirá el uso de medicamentos sedantes y en muchas ocasiones analgésicos dado que lo que el paciente requiere en ocasiones es acompañamiento y escucha (Ayala et, al 2013).

Según el modelo de adaptación de Callista Roy se identifican problemas, niveles y modos de adaptación a estímulos determinados a través de procesos de afrontamiento innato o adquirido, ese modelo es muy utilizado en pacientes pediátricos, pero también usado en familiares los cuales ayudan en el confort en acompañamiento de la enfermera, disminuyendo los efectos negativos e incluye a la familia como cuidador, esta teoría es importante para los estudios relacionados con el manejo de los pacientes con sedación mínima, al ser la familia uno de los ejes principales en la recuperación y un apoyo para enfermería en las actividades de confort para el paciente (Jiménez-Ocampo, Zapata-Gutiérrez, & Díaz-Suárez, 2013).

Otro modelo que se adaptaría a los estudios es el modelo Primary nursing o "enfermera de cabecera", creado por Marie Manthey, quien propone cuidados de enfermería centrados en el paciente a través de una relación interpersonal y humana, mientras la enfermera se empodera de su rol. Su teoría apunta a aspectos centrales como la responsabilidad, cantidad de pacientes, comunicación y continuidad del cuidado, a su vez menciona el cansancio de la enfermera por el vínculo y el tiempo que pasa con el paciente. Este cuidado es ideal para el paciente de mínima sedación al tener una enfermera al pie de la cama pendiente de sus necesidades (Avilés Reinoso & Soto Núñez, 2014).

Para finalizar analizaremos los hallazgos a la luz de la teoría de enfermería de Marjory Gordon, la cual se eligió por su gran adaptación al paciente, familia y personal de salud, estructurada en 11 patrones funcionales (Percepción de la salud, nutrición y metabolismo, eliminación, actividad y ejercicio, sueño y descanso, cognición y percepción, autopercepción y autoconcepto, rol y relaciones, sexualidad y reproducción, tolerancia al estrés, valores y creencias) los cuales le permiten al personal de enfermería orientar una mejor valoración e identificar las necesidades del cuidado, patrones en los que los estudios cualitativos de enfermería podrían haberse enfocado al momento de la realización de sus trabajos, lo cual habría ayudado a fortalecer la disciplina (Medina, Carrillo, & Esparza, 2018).

Al valorar la teoría y las experiencias del paciente, familia y cuidador se encontró un punto en común, " las dificultades en la comunicación" este es un factor fundamental en el cuidado del paciente, aquí se ve alterado el patrón cognitivo-perceptivo ya que se afecta la comunicación y esta es necesaria para valorar algunas necesidades y suplirlas, el tubo orotraqueal es la principal razón por lo cual el paciente no puede ejercer esta acción y es aquí donde la enfermera debe

aprender alternativas de comunicación que le ayuden a interactuar con el paciente de una manera eficaz.

Como requisito fundamental para la comunicación se requiere tener al paciente consciente es aquí donde los protocolos de mínima sedación son indispensables y se requiere concientizar al personal en la adherencia e implementación de los mismos. Lo cual nos lleva a otro punto fundamental el cual es el empoderamiento del personal de enfermería en el cuidado de los pacientes, la enfermera debe apropiarse de esta actividad a cabalidad y capacitar a todo el personal.

Hay que destacar que la enfermera especialista según el estudio de Rojas et al; (2014) mejora la atención y la calidad de la misma, lo que genera en los pacientes y sus familiares seguridad y confianza de los cuidados brindados al ser atendidos por personal de enfermería calificado y competente, razón que debe servir de motivación a los profesionales de enfermería al permitirles brindar un cuidado más efectivo, eficiente, con mayor criterio aplicando conocimientos científicos y habilidades con carácter reflexivo y crítico.

Otro aspecto central de discusión es la relación entre el número de enfermeras asignadas por cantidad de pacientes, que actualmente no favorece el cuidado de los pacientes con sedación mínima, dado que estos requieren mayor atención y por consiguiente mayor tiempo para poder efectuar las intervenciones de enfermería. Según algunos de los estudios analizados la relación paciente/enfermera ideal para mantener los pacientes intubados despiertos y ofrecer un cuidado individualizado y humanizado es 1:1 o 1:2, la cual no aplica en algunas de las instituciones de salud de Medellín, donde esta relación es mayor de 6 pacientes por enfermera. Además, el estudio de Ball y colaboradores (2014) menciona que la razón paciente/enfermera se asoció significativamente con los cuidados no realizados ( $p < 0.001$ ). dado el alto número de paciente al cuidado por enfermera (Henao Castaño, 2008, Laerkner, Egerod, & Hansen, 2015, Holm & Dreyer (2015).

Sumado a lo anterior el cuidado del paciente con mínima sedación indica que este se encuentra despierto, en muchas ocasiones inquieto o agitado, generando una mayor carga laboral, el cual requiere mayor tiempo de enfermería al pie de la cama, esta sobrecarga de trabajo genera consecuencias en la atención evidenciada en el estudio realizado por Ball y colaboradores (2014) donde hablan de los cuidados no realizados asociados con la carga laboral donde el 86% de enfermeras reportaron haber dejado sin realizar una o más actividades en el último turno. Los cuidados no realizados con mayor frecuencia fueron comunicación con el paciente (66%), educación de paciente (52%) y ejecución y actualización de planes de cuidado (47%).

A su vez el cuidado también se ve interferido por la relación enfermera paciente el cual genera en el personal cansancio en varias ocasiones debido a sobrecarga



laboral y agotamiento lo cual se ve evidenciado en el síndrome de burnout, muy común en las unidades de cuidado crítico y en especial en el personal de enfermería; se deben realizar mayores intervenciones en el personal, valorar el requerimiento del personal asistencial en relación al cuidado para evitar deterioro y alteraciones en el trabajo.

Para terminar y como parte fundamental en el cuidado, es necesario discutir la función de la familia en el cuidado del paciente crítico, se ha indicado el papel trascendental que tiene la familia en la recuperación del paciente, así como el impacto que genera la enfermedad y el ingreso a la unidad de cuidados intensivos, por lo tanto los cuidados de enfermería no se basan solo en el paciente, sino que deben centrarse también en la familia.

Es por esto que los servicios de salud deben cambiar e implementar medidas para incluir a la familia en el proceso de cuidado, lo que nos lleva a una nueva era UCI de puertas abiertas en la cual la presencia y participación familiar juega un papel indispensable favoreciendo su estancia en UCI. Esta estrategia se viene implementando en países europeos y encuentra concordancia con los estudios de autores como Escudero y colaboradores, (2014) y Calle, Martín, y Nin, (2017) quienes refieren que la humanización es un proceso de transformación de la cultura organizacional, donde todo el personal asistencial que cuida debe estar capacitado y tener características especiales como lo son la capacidad de brindar una comunicación efectiva, respeto por las creencias del otro y calidez humana, para poder generar una atención humanizada y eficaz.

Debido a los efectos positivos evidenciados en los pacientes y las familias en las Unidades de cuidado crítico de puertas abiertas, algunas de las instituciones de salud de Medellín están empezando a implementar esta estrategia: Clínica Universitaria Bolivariana, Clínica Medellín, Clínica las Américas y el Hospital Pablo Tobón Uribe, entidades que podrían servir como referentes para otras instituciones de la ciudad para logra generar cambios en los modelos de atención de las UCI.

Como conclusión, es indispensable iniciar en la práctica de humanización en las unidades de cuidados intensivos para mejorar la calidad de la atención tanto en el bienestar del paciente, como su familia y del personal de cuidado.

## 6. CONCLUSIONES

En este estado del arte se logró compilar los desarrollos conceptuales sobre el cuidado del paciente adulto con sedación mínima o sedación consciente, identificando en los estudios cualitativos como cuidado principal la comunicación con el paciente, ya que la acción de hablar se encuentra alterada por el tubo orotraqueal, generando sentimientos de angustia, temor y en algunas oportunidades frustración, para lo cual el personal de enfermería debe reforzar la importancia de la comunicación y la interrelación con el paciente.

A su vez, los estudios se enfocaron en describir las experiencias de los pacientes despiertos en la UCI, entre las que se evidenciaron experiencias negativas y positivas, además se evidenció la importancia de la autonomía, apoyo espiritual y el acompañamiento familiar, los cuales se requieren para realizar un plan de cuidados adecuado, esto implica en el personal nuevos desafíos como la capacitación para el manejo de protocolos de mínima sedación, UCI de puertas abiertas, cambio de razón enfermera/paciente al aumentar la sobrecarga de trabajo, lo que nos lleva a un cambio el modelo de atención tradicional y genera en el personal nuevas perspectiva en las intervenciones que se deben realizar.

Podemos decir que en el análisis de algunos de los estudios se identificó la importancia que tiene la familia en el acompañamiento y recuperación del paciente despierto intubado en UCI, ya que además de brindarle tranquilidad al paciente le ayuda a sobrellevar los momentos de angustia, tristeza, temor y desesperanza que algunas veces padece.

A su vez se observó que la tendencia en la actualidad es el uso de sedación consciente o mínima sedación frente a la sedación profunda, se evidenciaron sus beneficios en los estudios cuantitativos donde se observó la disminución de días de estancia, delirium, tiempo de ventilación mecánica, aumento del uso de analgésicos y opioides; los estudios buscaron la manera más adecuada de manejar la sedación, analizando sus efectos adversos y sus beneficios, creando protocolos y guías a favor del uso de analgesia, que apoyaron a los diferentes profesionales en el cuidado de los pacientes en la UCI, disminuyendo las consecuencias generadas por la sedación continua.

En cuanto a las investigaciones de enfermería, se identificó que no estaban fundamentados en las teorías y conocimientos propios de la disciplina al no ser utilizados como eje principal de los estudios, lo que tiende a mantener la brecha existente entre la teoría y la práctica, evidenciando que enfermería continúa siendo orientada en otros referentes teóricos alejados de la producción disciplinar, ampliamente citada en la literatura.

## 7. RECOMENDACIONES

Esperamos que los resultados de esta monografía sean tenidos en cuenta en la institución donde laboramos y sirva para la implementación de guías y protocolos que orienten el cuidado de enfermería del paciente intubado con sedación mínima o sedación consciente, y que a la vez sean difundidas al personal que realiza el cuidado directo de los pacientes.

Así poder implementar el plan de cuidados encaminado a identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, teniendo como meta disminuir las complicaciones, la estancia hospitalaria y a la vez ayudar en la movilización temprana de los pacientes desde las unidades de cuidado crítico.

Dada la importancia de las acciones e intervenciones del personal de enfermería, en el contexto del paciente intubado y despierto en la UCI, se ratifica la necesidad de que este personal esté entrenado y capacitado, con unas bases técnicas y científicas, que guíen sus conocimientos y actividades en el proceso de atención.

De igual manera, se hace necesario que los enfermeros empiecen a emplear teorías de enfermería y a generar investigaciones sobre el cuidado de los pacientes intubados despiertos para afianzar el manejo de estos a través de la disciplina de enfermería.

Se recomienda que la enfermera sea la encargada directa del manejo de la sedación, al ser la que está en contacto directo con el paciente las 24 horas del día e identifica cambios mínimos en su estado de consciencia. A su vez, se requiere una evaluación interdisciplinaria, en la cual se decidan metas sobre el manejo individualizado del paciente, con el fin de disminuir los riesgos por el uso excesivo de sedantes, además se requieren estudios que contextualicen los factores que motivan o influyen en el uso de sedación por parte del personal de enfermería.

En nuestra revisión documental encontramos buena producción científica realizada por profesionales de enfermería, enfocada en los cuidados del paciente intubado despierto en UCI y las experiencias de los mismos, sin embargo, se encontró que esta producción es escasa en nuestro país y la mayoría de estudios no tuvieron un enfoque teórico de enfermería como disciplina, por ello recomendamos que la realización del plan de cuidados de enfermería, debe ser apoyado en un modelo teórico, que constituya un insumo para generar investigación y que aporte al crecimiento de la disciplina, a su validez y que evidencie el papel fundamental que desarrolla la enfermera en el manejo de estos pacientes.

Finalmente, se identificaron temas de interés para la disciplina de enfermería que puedan orientar el desarrollo de investigaciones futuras basadas en la importancia de tener al paciente intubado despierto; además se deben realizar investigaciones sobre la carga laboral, experiencia de los pacientes, de la familia y el personal de salud en Colombia la relación con los cambios hemodinámicos del paciente, disminución de los días de estancia hospitalaria y costos sanitario, del mismo modo se debe indagar sobre la nueva práctica de UCI de puertas abiertas en los servicios y su impacto en el cuidado de los pacientes.

## BIBLIOGRAFIA

- Acevedo-Nuevo, M., & González-Gil, M. T. (2017). Creating an environment of empowerment in the intensive care units: From containment to mobilisation. *Enfermería Intensiva*, 28(4), 141-143. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2017.10.001>
- Alarcon, L., & Serrato, silvia. (2014). *Implementación de una guía de sedación*. Universidad Nacional de Colombia.
- Alasad, J. A., Abu Tabar, N., & Ahmad, M. M. (2015). Patients' experience of being in intensive care units. *Journal of Critical Care*, 30(4), 859.e7-859.e11. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.03.021>
- Avilés Reinoso, L. A., & Soto Núñez, C. (2014). Modelos de enfermería en unidades de paciente crítico: Un paso hacia el cuidado avanzado. *Enfermería Global*, 13(2), 323-329. <https://doi.org/10.6018/eglobal.13.2.181411>
- Ayuso- Murillo- Colomer-sánchez, A., & Herrera-peco, I. (2017). Communication skills in ICU and adult hospitalisation unit nursing staff &. *Enfermería Intensiva*, (xx). <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2017.03.003>
- Ball, J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M., Morrow, E., & Griffiths, P. (2014). Care left undone during nursing shifts: Associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality and Safety*, 23(2), 116-125. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001767>
- Bond, A. E., Eshah, N. F., Bani-Khaled, M., Hamad, A. O., Habashneh, S., Kataua', H., ... Maabreh, R. (2011). Who uses nursing theory? A univariate descriptive analysis of five years' research articles. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(2), 404-409. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00835.x>
- Calle, G. H. La, Martin, M. C., & Nin, N. (2017). Buscando humanizar los cuidados intensivos Seeking to humanize intensive care. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 29(1), 9-13. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170003>
- Casabella, C., Reina, R., Garay, C. D., Olmos-Kustcheauer, D., Carini, F., Marchena, M. C., ... Fernández, S. (2017). Sedación superficial durante la ventilación mecánica: Selección de objetivos terapéuticos, selección de estrategias y evolución temporal de los mismos. Revisión narrativa. *Revista Argentina De Terapia Intensiva*, 34(6), 43-48. Recuperado de <http://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/517/pdf>
- Celis-Rodríguez, E., Birchenall, C., de la Cal, M. A., Castorena Arellano, G., Hernández, A., Ceraso, D., ... Rubiano, S. (2013). Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo.

- Medicina Intensiva*, 37(8), 519-574. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2013.04.001>
- Chamorro, C., & Romera, M. A. (2015). Dolor y miedo en la UCI. *Medicina Intensiva*, 39(7), 442-444. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2015.05.005>
- Cigada, M., Corbella, D., Mistraletti, G., Reali, C., Tommasino, C., Morabito, A., ... Paolo, S. (2008). Conscious sedation in the critically ill ventilated patient, 349-353. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2007.04.003>
- Colombia, C. de. (2018). Ley 1915 de 2018. Congreso de la república de Colombia, 19. Recuperado de [http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY 1915 DEL 12 DE JULIO DE 2018.pdf](http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY_1915_DEL_12_DE_JULIO_DE_2018.pdf)
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical care medicine*, 46(9), e825-e873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>
- Durán de Villalobos, María Mercedes. (2002) Marco epistemológico de la enfermería. *Aquichan*, 2 (1), 7-18. Recuperado el 28 de noviembre de 2019, de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972002000100003&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100003&lng=en&tlng=es).
- Egerod, I., Bergbom, I., Lindahl, B., Henricson, M., Granberg-Axell, A., & Storli, S. L. (2015). The patient experience of intensive care: A meta-synthesis of nordic studies. *International Journal of Nursing Studies*, 52(8), 1354-1361. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.04.017>
- Elers Mastrapa, Y., & Gibert Lamadrid, M. del P. (2016). Relación enfermera-paciente una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(4), 126-136. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v32n4/enf19416.pdf>
- Engström, Å., Nyström, N., Sundelin, G., & Rattray, J. (2012). People ' s experiences of being mechanically ventilated in an ICU : A qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 29(2), 88-95. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.07.003>
- Escudero, D., Viña, L., & Calleja, C. (2014). Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Medicina Intensiva*, 38(6), 371-375. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2014.01.005>
- Espinoza, M., & Valenzuela, S. (2011). Análisis de la teoría de los síntomas desagradables en el cuidado de la enfermería paliativa oncológica; *Revista Cubana de Enfermería*, 27(2), 141-150. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192011000200006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000200006)

- Frade-Mera, M. J. J., Regueiro-Díaz, N., Díaz-Castellano, L., Torres-Valverde, L., Alonso-Pérez, L., Landívar-Redondo, M. M. M., ... Sánchez-Izquierdo-Riera, J. Á. (2015). Un primer paso hacia una analgesedación más segura: evaluación sistemática de objetivos y grado de analgesia y sedación en el paciente crítico con ventilación mecánica. *Enfermería Intensiva*, 27(184), 13. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2015.10.002>
- Guitierrez, F. (2011). Acta médica peruana. *Acta Médica Peruana*, 28(2), 87-104. Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172011000200006](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000200006)
- Guttormson, J. L., Bremer, K. L., & Jones, R. M. (2015). «Not being able to talk was horrid»: A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(3), 179-186. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.10.007>
- Guttormson, J. L., Chlan, L., Weinert, C., & Savik, K. (2009). Factors influencing nurse sedation practices with mechanically ventilated patients: A U.S. national survey. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(1), 44-50. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.10.004>
- Happ, M. B., Sereika, S. M., Houze, M. P., Seaman, J. B., Tate, J. A., Nilsen, M. L., ... Barnato, A. E. (2015). Quality of care and resource use among mechanically ventilated patients before and after an intervention to assist nurse-nonvocal patient communication. *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care*, 44(5), 408-415.e2. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.07.001>
- Haugdahl, H. S., Dahlberg, H., Klepstad, P., & Storli, S. L. (2017). The breath of life. Patients' experiences of breathing during and after mechanical ventilation. *Intensive & Critical Care Nursing*, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.01.007>
- Heno, A. M., & Amaya Rey, M. C. del P. (2017). Estudio piloto : Monitoreo del delirium en pacientes adultos despiertos con ventilación mecánica en la Unidad de Pilot test : Monitoring of the delirium in adult awake patients with mechanical ventilation in the Unit of Intensive Care . *Conocimientos en Enfermería*, 1, 4-12.
- Heno Castaño, A. M. (2008). Hacerse entender : la experiencia de pacientes sometidos a ventilación mecánica sin efectos de sedación a Make yourself clear : experience for submitted patients to mechanical, XXVI(2), 236-242.
- Heno Castaño, A. M. (2013). Delirium en pacientes con ventilación mecánica en la UCI: factores asociados y cuidado de enfermería, 180. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/10551/1/539640.2013.pdf>
- Heno Castaño, A. M., Adarve Gutiérrez, S., & Trujillo Cañas, J. C. (2010). Estar sin sedación, es saber que uno está vivo. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28, 23-31. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215294004>

- Hetland, B., Guttormson, J., Tracy, M. F., & Chlan, L. (2018). Australian Critical Care “Sedation is tricky”: A qualitative content analysis of nurses’ perceptions of sedation administration in mechanically ventilated intensive care unit patients. *Australian Critical Care*, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.02.001>
- Holm, A., & Dreyer, P. (2015). Intensive care unit patients’ experience of being conscious during endotracheal intubation and mechanical ventilation. *Nursing in Critical Care*, 22(2), 81-88. <https://doi.org/10.1111/nicc.12200>
- Jiménez-Ocampo, V. F., Zapata-Gutiérrez, L. S., & Díaz-Suárez, L. (2013). Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichan*, 13(2), 159-172. <https://doi.org/10.5294/aqui.2013.13.2.2>
- Karlsson, V., Bergbom, I., & Forsberg, A. (2012). The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: A phenomenological-hermeneutic study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(1), 6-15. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.11.002>
- Karlsson, V., Forsberg, A., & Bergbom, I. (2009). Relatives’ experiences of visiting a conscious, mechanically ventilated patient—A hermeneutic study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(2), 91-100. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.12.001>
- Khalaila, R., Zbidat, W., Anwar, K., Bayya, A., Linton, D. M., & Svirii, S. (2011). Communication difficulties and psychoemotional distress in patients receiving mechanical ventilation. *American Journal of Critical Care*, 20(6), 470-479. <https://doi.org/10.4037/ajcc2011989>
- Laerkner, E., Egerod, I., & Hansen, H. P. (2015). Nurses’ experiences of caring for critically ill, non-sedated, mechanically ventilated patients in the Intensive Care Unit: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(4), 196-204. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.01.005>
- Laerkner, E., Egerod, I., Olesen, F., & Hansen, H. P. (2017). A sense of agency: An ethnographic exploration of being awake during mechanical ventilation in the intensive care unit. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.06.016>
- Laerkner, E., Stroem, T., & Toft, P. (2016). No-sedation during mechanical ventilation: Impact on patient’s consciousness, nursing workload and costs. *Nursing in Critical Care*, 21(1), 28-35. <https://doi.org/10.1111/nicc.12161>
- Leach, M. J., & Tucker, B. (2018). Current understandings of the research-practice gap in nursing: A mixed-methods study. *Collegian*, 25(2), 171-179. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.04.008>



- Leung, C. C. H., Pun, J., Lock, G., Slade, D., Gomersall, C. D., Wong, W. T., & Joynt, G. M. (2018). Exploring the scope of communication content of mechanically ventilated patients. *Journal of Critical Care*, 44, 136-141. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.10.044>
- Lind, R., Liland, H., Brinchmann, B. S., & Akeren, I. (2018). Intensive & Critical Care Nursing He survived thanks to a non-sedation protocol: Nurses' reflections about caring for critically ill, non-sedated and mechanically ventilated patients. *Intensive & Critical Care Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.04.006>
- Londoño, Maldonado, C. (2014). *Guía Para Construir Estados Del Arte*.
- Manias, E., Ho, N., & Kusljic, S. (2016). Trajectory of sedation assessment and sedative use in intubated and ventilated patients in intensive care: A clinical audit. *Collegian*, 23(3), 275-284. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.06.003>
- Mansouri, P., Javadpour, S., Zand, F., Ghodsbin, F., Sabetian, G., Masjedi, M., & Tabatabaee, H. R. (2013). Implementation of a protocol for integrated management of pain, agitation, and delirium can improve clinical outcomes in the intensive care unit: A randomized clinical trial. *Journal of Critical Care*, 28(6), 918-922. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2013.06.019>
- Martos-Casado, G., Aragón-López, A., & Gutiérrez-Ramos, N. (2014). Satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos: Percepción de los familiares y los profesionales. *Enfermería Intensiva*, 25(4), 164-172. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2014.10.001>
- Medina, I., Carrillo, A., & Esparza, S. (2018). Calidad de vida en el adulto mayor con sarcopenia. *Revista Mexicana de Enfermería*, 6(December 2018), 93-96. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Isai\\_Medina\\_Fernandez/publication/332913841\\_Calidad\\_de\\_vida\\_en\\_el\\_adulto\\_mayor\\_con\\_sarcopenia/links/5cd228fe92851c4eab898149/Calidad-de-vida-en-el-adulto-mayor-con-sarcopenia.pdf#page=19](https://www.researchgate.net/profile/Isai_Medina_Fernandez/publication/332913841_Calidad_de_vida_en_el_adulto_mayor_con_sarcopenia/links/5cd228fe92851c4eab898149/Calidad-de-vida-en-el-adulto-mayor-con-sarcopenia.pdf#page=19)
- Meriläinen, M., Kyngäs, H., & Ala-Kokko, T. (2012). Patients' interactions in an intensive care unit and their memories of intensive care: A mixed method study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(2), 78-87. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.05.003>
- Noreña A, Rojas J, R. D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa Applicability of the Criteria of Rigor and Ethics in Qualitative Research. *Aquichan*, 12, 263-274. <https://doi.org/10.5294/1824>
- Ogundele, O., & Yende, S. (2010). Pushing the envelope to reduce sedation in critically ill patients. *Critical Care*, 14(6), 5-6. <https://doi.org/10.1186/cc9339>

- Olmos, M., Varela, D., & Klein, F. (2019). Enfoque Actual De La Analgesia, Sedación Y El Delirium En Cuidados Críticos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(2), 126-139. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.03.002>
- Ramírez, P., Müggenburg, C., Ramírez, P., & Müggenburg, C. (2015). Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Universitaria*, 12(3), 134-143. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.004>
- Ramos Delgado, I., & Samsó Sabé, E. (2008). Analgesia y sedación del paciente crítico en ventilación mecánica. *Revista española de anestesiología y reanimación*, 54(5), 302-312.
- Randen, I., & Torunn, I. (2010). Sedation practice in three Norwegian ICU S : A survey of intensive care nurses ' perceptions of personal and unit practice, 270-277. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.06.006>
- Rojas, N. P., Bustamante-Troncoso, C. R., & Dois-Castellón, A. (2014). Comunicación entre equipo de enfermería y pacientes con ventilación mecánica invasiva en una unidad de paciente crítico. *Aquichan*, 14(2), 184-195. <https://doi.org/10.5294/aqui.2014.14.2.6>
- Romera Ortega, M. A., Chamorro Jambrina, C., Lipperheide Vallhonrat, I., & Fernández Simón, I. (2014). Indicaciones de la dexmedetomidina en las tendencias actuales de sedoanalgesia en el paciente crítico. *Medicina Intensiva*, 38(1), 41-48. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2013.03.008>
- Rose, L., Fitzgerald, E., Cook, D., Kim, S., Steinberg, M., Devlin, J. W., ... Mehta, S. (2015). Clinician perspectives on protocols designed to minimize sedation. *Journal of Critical Care*, 30(2), 348-352. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.10.021>
- Sakata, R. K. (2010). Analgesia e sedação em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 60(6), 653-658. <https://doi.org/10.1590/S0034-70942010000600012>
- Samuelson, K. A. M. (2011). Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients — Findings from 250 interviews. *Intensive & Critical Care Nursing*, 27(2), 76-84. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.01.003>
- Sánchez-Vallejo, A., Fernández, D., Pérez-Gutiérrez, A., & Fernández-Fernández, M. (2016). Analysis of needs of the critically ill relatives and critical care professional's opinion. *Medicina Intensiva (English Edition)*, 40(9), 527-540. <https://doi.org/10.1016/j.medine.2016.11.001>
- Strøm, T., Martinussen, T., & Toft, P. (2010). A protocol of no sedation for critically ill patients receiving mechanical ventilation : a randomised trial. *The Lancet*, 375(9713), 475-480. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)62072-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)62072-9)

- Tembo, A. C., Higgins, I., & Parker, V. (2015). The experience of communication difficulties in critically ill patients in and beyond intensive care: Findings from a larger phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(3), 171-178. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.10.004>
- Tingsvik, C., Bexell, E., Andersson, A. C., & Henricson, M. (2013). Meeting the challenge: ICU-nurses' experiences of lightly sedated patients. *Australian Critical Care*, 26(3), 124-129. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2012.12.005>
- Tingsvik, C., Hammarskjöld, F., Mårtensson, J., & Henricson, M. (2018). Patients' lived experience of intensive care when being on mechanical ventilation during the weaning process: A hermeneutic phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 47, 46-53. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.03.004>
- Torres-Contreras, Páez, Hinestrosa-Díaz del Castillo, Rincón-Romero, Vega, M.-P. (2018). Factores asociados con el delirium en pacientes críticos de una institución de salud de Bucaramanga , (xx). <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.03.002>
- Tracy, M. F., & Chlan, L. (2011). Nonpharmacological interventions to manage common symptoms in patients receiving mechanical ventilation. *Critical Care Nurse*, 31(3), 19-28. <https://doi.org/10.4037/ccn2011653>
- Vincent, J. L., Shehabi, Y., Walsh, T. S., Pandharipande, P. P., Ball, J. A., Spronk, P., ... Takala, J. (2016, junio 1). Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept. *Intensive Care Medicine*. Springer Verlag. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4297-4>
- Wiatrowski, R., Norton, C., & Giffen, D. (2016). Analgosedation: Improving Patient Outcomes in ICU Sedation and Pain Management. *Pain Management Nursing*, 17(3), 204-217. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2016.02.052>
- Wøien, H., & Bjørk, I. T. (2013). Intensive care pain treatment and sedation: Nurses' experiences of the conflict between clinical judgement and standardised care: An explorative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(3), 128-136. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.11.003>

## **8. ANEXOS**

**8.1 Organización de la información en matriz de Excel**

**8.2 Documento de categorización**