AQUICHAN - ISSN 1657-5997

Óscar Alberto Beltrán-Salazar[1]

La práctica de enfermería en cuidado intensivo

RESUMEN

Los supuestos teóricos de los autores de enfermería han sido realizados con base en la realidad percibida, y en la práctica en muchos casos; es por esto que en la práctica cotidiana del cuidado puede verse que múltiples conceptos de la disciplina de enfermería son aplicados por algunos profesionales sin tener conciencia de quién los ha propuesto.

El presente artículo tiene como objetivo analizar aspectos relacionados con el cuidado de enfermería integral a los pacientes en estado crítico, sometidos a ventilación mecánica, a la luz de los conceptos disciplinares propuestos en el modelo de relación de persona a persona de Joyce Travelbee. Se realizó observación participante en UCI de 80 horas de duración, durante la cual se analizó el desarrollo de la práctica diaria del cuidado de las enfermeras que estaban de turno. Los datos de la observación fueron confrontados con los propuestos teóricos de Travelbee y otros autores, lo que permitió ver que aun cuando los enfermeros no tengan conocimiento acerca de las teorías de enfermería, su práctica de cuidado puede estar en consonancia con ellas, no en vano las teorías son formuladas, en muchos casos, con base en eventos prácticos.

PALABRAS CLAVE

Apoyo social, atención al paciente, enfermería, relaciones enfermero-paciente, sufrimiento físico, ventilación mecánica.

1 Enfermero. Magíster en enfermería. Profesor Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. oscar4242@tone.udea.edu.co

Recibido: 26 de noviembre de 2007
Aceptado: 27 de febrero de 2008

Nursing Practice in Intensive Care Units

ABSTRACT

Oftentimes, the theoretical assumptions of nursing authors are based on perceived reality and practice. As a result, many professionals apply a variety of nursing concepts in their every day work, without knowing exactly where they come from.

This article is intended to analyze several aspects associated with comprehensive nursing care for critical patients subject to mechanical ventilation, based on the nursing concepts proposed in Joyce Travelbee's Human-to-Human Relationship Model.

Eighty (80) hours of active observation in an intensive care unit made it possible to analyse normal, every day care provided by nurses on duty. Observation data were compared to Travelbee's theoretical proposals and to those of other authors. It was concluded that, even if nurses lack sufficient knowledge about nursing theories, their care-giving might be consistent with those theories, which often are formulated on the basis of practical experience.

KEY WORDS

Social support, patient care, nursing, patient-nurse relationship, physical suffering, medical ventilation.

A prática de enfermagem no cuidado intensivo

RESUMO

Os autores de enfermagem têm proposto os seus supostos teóricos baseados na realidade percebida, e na prática, em muitos casos. Portanto, alguns profissionais aplicam na sua labor cotidiana do cuidado vários conceitos da disciplina sem terem consciência do quem os propõe.

Este artigo analisa aspectos relacionados ao cuidado integral de enfermagem brindado aos pacientes em estado crítico, submetidos a ventilação mecânica, à luz dos conceitos disciplinares propostos por Joyce Travelbee no seu modelo de relação pessoa-pesssoa. Foi realizada observação participante em uma unidade de cuidados intensivos durante 80 horas, na que foi analisado o desenvolvimento da prática diária do cuidado das enfermeiras de turno. Os dados se confrontaram com os postulados de Travelbee e outros autores. Isto permitiu concluir que mesmo se os enfermeiros não conheçam as teorias sobre o cuidado, a sua prática neste assunto pode concordar com elas. Não em vão as teorias se formulam com base em eventos práticos em muitos casos.

PALAVRAS- CHAVE

Apoio social, atenção ao paciente, enfermagem, relações enfermeiro-paciente, sofrimento físico, ventilação mecânica.

Introducción

En este trabajo se analizan los conceptos propuestos por Joyce Travelbee (1) en relación con dos de los componentes del metaparadigma de enfermería: la enfermera y el paciente; se tomarán en cuenta sus planteamientos debido a sus referencias específicas sobre las personas enfermas, y al papel de enfermería frente a la enfermedad, que es uno de los tópicos de interés en este escrito, en el cual el componente paciente hace referencia al paciente en estado crítico sometido a la ventilación mecánica; además, se incluye el análisis de algunos aspectos que tienen que ver con la relación enfermero-paciente que se lleva a cabo en la unidad de cuidado intensivo. En relación con cada uno de los componentes, inicialmente se presentarán los planteamientos hechos por la teórica de enfermería a quien se hace referencia; a continuación se analizan, a luz de dichos contenidos, las actividades desarrolladas durante la práctica del cuidado por parte de los enfermeros.

Las fuentes de información para este artículo consisten en una revisión bibliográfica sobre el modelo teórico involucrado y la ventilación mecánica, observaciones realizadas en la unidad de cuidado intensivo, y entrevistas a los enfermeros que participan en el cuidado del paciente en estado crítico.

La observación participante fue el método de recolección de la información respecto a la forma de proceder de los enfermeros y los aspectos que ponían en práctica en los actos de cuidado. No se pretendía evaluar conceptos teóricos sino averiguar los lineamientos o postulados llevados a la práctica. Se trató de observación participante porque se dio en términos de interacción entre el observador y los participantes en el medio en el cual se realizaban las intervenciones propias de una práctica de enfermería, que en este caso era la UCI. Se seleccionaron dos UCI. El observador participó a manera de auxiliar en las intervenciones de cuidado, teniendo especial cuidado de no liderar dichas intervenciones porque la finalidad de la observación era tomar notas respecto a la práctica del cuidado del los participantes y no del observador.

Para facilitar el acceso a las unidades se enviaron cartas y se realizaron contactos personales con los miembros de la administración general, específicamente con directores de enfermería de las instituciones. Tanto coordinadores como enfermeros de asistencia estuvieron enterados de los motivos y la metodología de la observación antes de iniciarla. La observación estaba centrada en aspectos del cuidado ofrecido por los enfermeros a los pacientes en estado crítico de salud. El observador fue un enfermero más, colaboraba en intervenciones a la vez que tomaba notas. Este tipo de contacto con los enfermeros permitió observar, preguntar sobre determinadas acciones o comportamientos prácticos, y tomar nota en forma simultánea con la expresa colaboración de los participantes. Las notas de campo eran consignadas a la vista de los participantes, y el interés de ellos por participar fue permanente. Tomar notas y hacer registros en una UCI no es infrecuente, por el contrario, los registros acompañan a cada intervención por lo que los enfermeros no veían con extrañeza la insistencia del observador por registrar lo que se observaba, y nunca hubo manifestaciones de incomodidad u otras emociones al respecto. Se registraban los comportamientos, los procedimientos, las ideas compartidas, las respuestas a las pre-

guntas para buscar ideas, las concepciones, las posturas teóricas y las prácticas. Se realizaban preguntas antes, durante y después de las intervenciones, y las respuestas eran consignadas en los diarios de campo. Las preguntas eran abiertas sobre aspectos del cuidado, enfocadas a lo que cada uno de los enfermeros pensaba o aceptaba como válido. No se tomaron como base los planteamientos de Travelbee para hacer las preguntas, pero sí se tomaron en cuenta para analizar y comparar los contenidos de las respuestas y de los datos sobre las observaciones. También se realizaron algunas preguntas a los pacientes. Las preguntas surgían de los acontecimientos, y en ocasiones buscaban explorar la posición de los enfermeros sobre aspectos como la definición de paciente, de cuidado de enfermería, y el rol de los enfermeros en el cuidado.

El establecimiento del *rapport*[2] fue fácil debido a que el observador participaba en las prácticas de cuidado, lo que también contribuyó para acceder fácilmente a cada una de las instancias físicas de la UCI, y ver de primera mano lo que ocurría entre pacientes y enfermeros. No se registraron los nombres propios de los participantes, los cuales fueron cambiados por nombres ficticios.

En el análisis de los datos producidos durante el registro de las observaciones se trató de establecer la concordancia entre lo que plantea Joyce Travelbee en el libro *Interpersonal Aspects of Nursing*, con los planeamientos realizados por los enfermeros participantes, especialmente en lo que hace referencia a los conceptos de paciente, enfermera, enfermería e interacción entre enfermeros y pacientes.

Otra característica de la interacción enfermero-paciente consiste en que genera cambios en ambos participantes; el enfermero influye sobre el paciente, lo mismo que éste lo hace sobre el enfermero.

La enfermería

Travelbee define la enfermería como "un proceso interpersonal, en el cual el enfermero asiste a un individuo o familia a prevenir y enfrentar la enfermedad y el sufrimiento y a encontrar significados de esa experiencia" (1). El proceso interpersonal involucra una serie de contactos que los enfermeros llevan a cabo con los pacientes, que van desde contactos verbales hasta la interpretación de gestos y movimientos que son utilizados para informar y comunicar cuando no es posible hacerlo mediante el lenguaje hablado.

Otra característica de la interacción enfermero-paciente consiste en que genera cambios en ambos participantes; el enfermero influye sobre el paciente, lo mismo que éste lo hace sobre el enfermero; este hecho permite al enfermero apoyar a los pacientes y contribuir para el bienestar por la vía de prevenir la enfermedad, la inhabilidad y el sufrimiento, y contribuir al mantenimiento de la salud, o a una muerte con tranquilidad y dignidad.

"Un enfermero siempre asiste a otros" (1), es otro postulado de Travelbee; pero se debe tener en cuenta que en la asistencia a los pacientes en estado crítico se presentan condiciones específicas que demandan del enfermero un abordaje especial, con características propias y que ofrece mayores dificultades en muchas ocasiones. En este tipo de pacientes la enfermedad está presente hasta el grado de poner en peligro la vida; el cuidado de enfermería debe estar dirigido a preservar la vida y a la resolución de los problemas

2 La palabra *rapport* es conocida en la investigación cualitativa. Travelbee utiliza la palabra (que entre otras cosas no la traducen) para hacer referencia a la fase en la cual se establece una verdadera relación enfermera-paciente, se logra confianza y conocimiento mutuo; comparten pensamientos, sentimientos y actitudes. Ambos se ven como seres humanos. Hay aceptación mutua.

más apremiantes; a enfrentar la enfermedad y el sufrimiento; en otras palabras, a devolver la salud o a lograr el más óptimo nivel de salud posible (1).

La preocupación de la enfermería estará relacionada con asistir a los pacientes y sus familias para enfrentar la enfermedad, el sufrimiento y el estrés que estas situaciones generan; a prevenir complicaciones; a reconocer tempranamente los signos de enfermedad; a participar en un tratamiento oportuno, y a recuperar la salud.

Los enfermeros apoyan, animan y brindan confianza respecto a la recuperación, pero cuando se está frente a aquellos pacientes que no recuperan la salud completamente, se hace necesario enseñar a vivir con enfermedades crónicas, a controlar los síntomas de la enfermedad, a realizar técnicas y procedimientos para el mantenimiento de la salud; además de "promover la adherencia a los tratamientos, ayudar a enfrentar los sentimientos de desesperanza y a explorar las percepciones y contribuir al entendimiento de la enfermedad" (1).

Para enfrentar las necesidades de cuidado de los pacientes, los enfermeros deben tener un método lógico para enfocar los problemas; conocimiento sobre conceptos y principios de física, biología, psicología, y de ciencias médicas y de enfermería; pero también "es fundamental poseer la habilidad para usar sus conocimientos en el cuidado de los pacientes y la capacidad para convertir el pensamiento en acciones inteligentes orientadas a resolver los problemas del paciente", como plantea a su vez Watson (2).

Los enfermeros deben percibir la interacción enfermero-paciente como una interacción entre dos seres humanos; los pacientes no representan una tarea por cumplir, un número de cama o una enfermedad, ni se debe asumir, automáticamente y sin mayor análisis, que todos son dependientes de enfermería; cuando los pacientes se asumen de esta manera, las energías de enfermería se enfocan en cumplir las expectativas institucionales y no en los requerimientos de los pacientes; aceptar la individualidad humana es el primer paso para iniciar el camino hacia la humanización del cuidado.

En la unidad de cuidado intensivo, los enfermeros tienen especial habilidad para establecer las relaciones con los pacientes, a pesar de las dificultades que se presentan debido al estado de salud y a las limitaciones a las que están sometidos, a causa de las manifestaciones del cuadro clínico, de las complicaciones clínicas y de las medidas terapéuticas tales como inserción de tubos, catéteres, administración de medicamentos e incluso la inmovilización física a la que se recurre para evitar retiros accidentales.

La relación enfermero-paciente involucra variados contactos físicos en la realización de procedimientos, la interpretación de gestos, movimientos y posiciones con las cuales los pacientes, sometidos a ventilación mecánica, comunican sus emociones, sentimientos y percepciones, debido a que no pueden expresarlos por medio del lenguaje hablado. Así mismo, los enfermeros tienen la habilidad para buscar opciones comunicativas cuando el lenguaje hablado no es posible; negocian movimientos y gestos del lenguaje simbólico, a los cuales atribuyen significados en la comunicación; además, recurren a papeles y elementos para escribir lo que no es posible decir oralmente.

La preocupación de la enfermería estará relacionada con asistir a los pacientes y sus familias para enfrentar la enfermedad, el sufrimiento y el estrés que estas situaciones generan.

Los contactos con los pacientes en estado crítico son más frecuentes, y el tiempo de permanencia de los enfermeros al lado de la cama es más prolongado; los pacientes requieren frecuentes procedimientos que hacen que los enfermeros permanezcan más tiempo con ellos.

Pero también, "las intervenciones que generan dolor y sufrimiento" (3) son frecuentes y los pacientes ponen en manos de los enfermeros su propia seguridad, su confort y comodidad, aun cuando ellos en la práctica del cuidado también contribuyen al sufrimiento, tal como plantea Madjar (4) al referirse al dolor infligido por los miembros del equipo de salud durante la realización de los procedimientos e intervenciones propias del cuidado.

De esta interacción, el beneficio para el paciente se expresa en recuperar la salud, presentar menos complicaciones o morir tranquilamente; pero también, aprender a vivir con sus limitaciones, secuelas y con sus tratamientos en forma permanente. Los enfermeros, por su lado, reciben la satisfacción de cumplir con su deber, de haber contribuido a la resolución de los problemas de otros seres humanos, y por este camino avanzar hacia la experticia como profesionales.

El reto en la interacción lo ofrecen los pacientes con alteraciones de la conciencia como efecto de traumas, lesiones o de medicamentos sedantes, relajantes y anestésicos.

La contribución de los enfermeros a la superación de los problemas de los pacientes parte de la identificación e interpretación de múltiples signos clínicos aportados por monitores, ventiladores mecánicos, reportes de laboratorio y examen físico con los cuales los enfermeros construyen el "perfil clínico" de los pacientes, que luego servirá de base para la toma de decisiones; las fuentes de información son múltiples, incluso se puede llegar a pensar que el paciente es quien menos información aporta; lo que no debe olvidarse es que es el paciente, en coordinación con los aparatos e instrumentos, quien en realidad genera la información y expresa sus necesidades.

El reto en la interacción lo ofrecen los pacientes con alteraciones de la conciencia como efecto de traumas, lesiones o de medicamentos sedantes, relajantes y anestésicos; estos pacientes no buscan la comunicación, no hablan, y sus expresiones y mensajes en la mayoría de los casos se limitan a gestos o a permanecer en silencio; la aparente incomunicación no los convierte en simples receptores del cuidado, y los enfermeros y las familias deben estar pendientes de mantener con ellos el contacto físico y la comunicación, y de ofrecerles la información necesaria para favorecer la ubicación en la realidad y evitar que la sensación de soledad y desamparo que presentan generen efectos físicos y sociológicos; pero es posible encontrar cierto grado inhibición en determinadas personas para sostener diálogos con aquellos que no están en capacidad de responder. María[3], una enfermera que trabaja en cuidado intensivo, expresa a este respecto que "antes creía que no era posible hablar con este tipo de pacientes, me aterraba ver a otras personas hablándoles, pero ahora me parece muy importante hablar con ellos". Juan respondió que "lo que entendemos como comunicación verbal y gestual no son posible, ellos no se comunican, no se mueven; los pacientes despiertos hacen gestos, hablan, tocan, pero los sedados no".

Se debe reconocer que durante la práctica no se observó una contribución directa por parte de los enfermeros hacia la comprensión de los significados otorgados por los pacientes a la experiencia

3 Los nombres han sido cambiados para preservar la privacidad de los participantes.

vivida durante una enfermedad severa que requirió la asistencia ventilatoria con elementos tecnológicos. En muchos casos, los pacientes son trasladados a otros servicios antes de recuperar plenamente sus funciones mentales y cognitivas, por lo que el diálogo a profundidad no es posible; queda entonces, como tarea pendiente, que los enfermeros de los servicios generales retomen las casos para favorecer el aprendizaje de los pacientes.

En relación con el método lógico para enfrentar, los enfermeros demostraron un alto grado de interés en la capacitación permanente, en la asistencia a conferencias, en la participación en la ronda del equipo de salud y en la realización de discusiones para la toma de decisiones respecto a las conductas que se deben seguir en cada caso. Aunque, como expresa María, "el cuidado está basado en protocolos, pero es muy frecuente que se requieran variaciones, por eso siempre nos preocupa ir más allá de lo que está definido para dar lo que se necesita". Juan corrobora lo dicho," la preparación académica y la experiencia muestran que hay que ir más allá de la norma; no consiste solo en voltear a un paciente, hay que acomodarlo, hay que mirar muchas otras cosas".

Para la satisfacción de sus necesidades, los pacientes en estado crítico requieren de un cuidado de enfermería riguroso, permanente, ético y empático, brindado por enfermeros comprensivos, tolerantes y bien entrenados en el uso de sus conocimientos. A este respecto, Lucía expresa que "un paciente en estado crítico es aquel que exige un cuidado de enfermería continuo, monitoreo y valoración permanentes, y el uso de mayor tecnología".

Además del conocimiento empírico, los enfermeros demostraron habilidades en las esferas de conocimiento estético, personal y ético (5); ellos iban más allá de la labor asignada, ponían sus valores internos al servicio de los demás, y se preocupaban por establecer los límites de lo que es razonable y humano, para defender a los pacientes y evitarles el sufrimiento innecesario; además, favorecían el conocimiento en los pacientes de la misma forma que el propio, y ponían en práctica lo que Travelbee (1) denomina "el uso terapéutico del yo". Se observó que siempre que fue necesario los enfermeros demostraron una clara disposición para actuar como intérpretes de los médicos clarificando las informaciones solicitadas (1).

El paciente

Travelbee (1) plantea que "la percepción que los enfermeros tienen de los pacientes afecta profundamente su comportamiento, realza sus acciones y determina la calidad del cuidado que se ofrece". Así mismo, plantea que el ser humano es un organismo biológico, afectado, influenciado y transformado por factores hereditarios, culturales y por experiencias previas; es una criatura de contradicciones y confrontaciones constantes, que debe enfrentar conflictos y opciones para tomar decisiones; es un organismo pensante, con la habilidad de tener pensamientos lógicos y racionales, pero también puede tornarse emocional e ilógico (1).

El ser humano tiene la habilidad para conocer a otros, para comunicarse con ellos; tiene la capacidad de transmitir su individualidad, aun cuando en ocasiones esto sea incomunicable e incomprensible para los demás; es capaz de relacionarse con quienes le rodean, de conocer, querer y responder al aprecio de ellos de la misma manera como puede disgustarse, desconfiar y odiar (1).

Para la satisfacción de sus necesidades, los pacientes en estado crítico requieren de un cuidado de enfermería riguroso, permanente, ético y empático, brindado por enfermeros comprensivos, tolerantes y bien entrenados en el uso de sus conocimientos.

Las capacidades del ser humano están en constante cambio; por ejemplo, la capacidad para recordar –que es a la vez una bendición y un problema, cuando se recuerda lo que no se desea– puede sufrir distorsiones, lo que no permite recordar los significados y los conocimientos generados por determinadas experiencias de forma que sean útiles para el aprendizaje.

Una causa de distorsión de las habilidades es la enfermedad que convierte a las personas en pacientes; el concepto "paciente" es definido por Travelbee como un "individuo enfermo", aun cuando también plantea que en realidad no existen los pacientes, sino seres humanos con necesidades para satisfacer. Además, advierte sobre el peligro de que este concepto sea usado para una generalización, olvidando por consiguiente las diferencias individuales entre los pacientes.

El sufrimiento genera una serie de respuestas y patrones de conducta en los pacientes; aquéllos con respuestas de rechazo al sufrimiento muestran comportamientos como rabia, depresión, angustia, apatía, rebeldía, temor y culpa dirigida hacia sí mismo o hacia los demás.

De igual forma que el concepto de ser humano tiene influencia en el comportamiento de los enfermeros y en la calidad del cuidado, el concepto de paciente también la tiene; si bien es cierto que todos los pacientes tienen en común los problema y las debilidades de la condición humana, no se debe olvidar que cada uno de ellos es un ser individual, con requerimientos de cuidado diferentes, y con percepciones de la enfermedad y del sufrimiento que son particulares (1).

Pero la enfermedad y sus repercusiones no afectan solamente a las personas que la padecen, sino también a los demás miembros de la familia y a sus amistades, influye en sus relaciones, y tiene efectos económicos, sociales y psicológicos (1).

Las percepciones personales y familiares de la enfermedad dependen de la cultura, del conocimiento previo sobre la enfermedad y los síntomas, del tipo de lesión, del área corporal comprometida, de la forma de afrontar los problemas, de los contactos previos con el personal de salud, y del apoyo y relaciones familiares (1).

La enfermedad trae consigo el sufrimiento debido a que genera dolor, alteraciones físicas y psicológicas, la proximidad de la muerte y la desesperanza; el sufrimiento no es común a todas las personas, sino que varía en intensidad, duración y profundidad; cada persona lo vive a su manera, dependiendo de la significancia que se otorga a la experiencia.

El sufrimiento genera una serie de respuestas y patrones de conducta en los pacientes; aquéllos con respuestas de rechazo al sufrimiento muestran comportamientos como rabia, depresión, angustia, apatía, rebeldía, temor y culpa dirigida hacia sí mismo o hacia los demás; la respuesta de aceptación se presenta en individuos que entienden el sufrimiento como un cambio o una experiencia a la que son vulnerables y de la cual pueden obtener aprendizajes significativos. En el estudio fenomenológico realizado por Del Barrio y Lacunza (6) con pacientes con transplante hepático se encontró que los pacientes relataron su vivencia en la UCI como una experiencia negativa debido a las alteraciones cognitivas, la incomodidad por presencia de vías invasivas, la limitación del movimiento, la incapacidad para hablar, la sed, el ruido y el dolor.

Existen algunos factores que contribuyen a la aceptación del sufrimiento, entre los cuales están las creencias religiosas, el apoyo familiar, el cuidado de enfermería y una filosofía de vida que considera la vulnerabilidad humana. A este respecto Torralba (3) afirma que desde un punto de vista interpersonal, la percepción de

la enfermedad es mucho más alentadora cuando la persona enferma se siente acompañada y cuidada desde el respeto, desde el cariño y la proximidad; en un estudio fenomenológico realizado por Del Barrio y cols. (6) se observó que los pacientes críticos encontraban apoyo en sus familias debido a las alegrías que proporcionaban con sus visitas, y porque transmitían consuelo, tranquilidad y optimismo; además, también se apoyaron en sus creencias religiosas y en el cuidado de enfermería el cual percibían como científico y humanístico pues se sintieron bien cuidados, percibían simpatía y buen trato, porque los enfermeros transmitían confianza, seguridad y tranquilidad, y porque demostraban dominio de su labor.

Las respuestas y los comportamientos que genera la enfermedad deben ser conocidos e identificados por los enfermeros para enfrentar la enfermedad y el sufrimiento de una forma eficaz; se debe ir más allá de comprender los signos y los síntomas, la etiología, los tratamientos y los pronósticos de las enfermedades, y llegar a comprender que el sufrimiento es una experiencia vivida por un ser humano individual, con una historia, costumbres, cultura y apoyos que son diferentes de los demás.

Para Travalbee (1),

> estar enfermo es estar solo y temeroso. Es temer a lo conocido y a lo desconocido, al presente y al futuro; es experimentar el temor de no tener futuro; estar enfermo y con dolor es creer que los que no lo tienen deben estar felices, es deprimirse fácilmente, es experimentar fatiga, malestar y debilidad en el cuerpo, en la mente y en el espíritu.

También plantea que las personas se dan cuenta que están enfermas cuando contrastan su presente condición con la situación previa, cuando no tenían la enfermedad, cuando se percatan de la pérdida de habilidad para ver, hablar, tocar, oler, escribir, escuchar, alcanzar y levantar objetos, vestirse y para el cuidado personal.

Para ofrecer un cuidado de enfermería humanizado los enfermeros deben comprender la enfermedad, el sufrimiento y la muerte como experiencias vividas por seres humanos, asistir a los individuos y las familias a enfrentar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento, y ayudarles a encontrar significado a esas experiencias (1).

Los pacientes en estado crítico presentan la insatisfacción simultánea de varias necesidades, llegando incluso a poner en peligro la vida. La insatisfacción de necesidades puede depender del compromiso que la enfermedad de base y las complicaciones presentes generan en los órganos y sistemas corporales; como consecuencia, se presenta la pérdida de la independencia en el logro de los requerimientos básicos para recuperar la salud y favorecer el bienestar.

Además de las limitaciones impuestas por la enfermedad, para el tratamiento se requiere la utilización de sondas, catéteres, instrumentos de monitoreo y de asistencia de funciones corporales, que también suponen restricciones y limitaciones en la realización de actividades y en la comunicación, y generan malestar, sufrimiento y dolor.

Otro factor que contribuye a la insatisfacción de necesidades es el efecto de algunos medicamentos requeridos como parte de la terapia, comúnmente usados en la UCI; entre los efectos causados por los medicamentos están las alteraciones de la conciencia, el mareo y el males-

Para ofrecer un cuidado de enfermería humanizado los enfermeros deben comprender la enfermedad, el sufrimiento y la muerte como experiencias vividas por seres humanos.

tar, la depresión respiratoria, debilidad e inmovilidad, cambios en la nutrición y eliminación urinaria. En determinados casos se utilizan sedantes y relajantes, como ocurre en los pacientes sometidos a ventilación mecánica para disminuir las molestias del procedimiento, favorecer la tolerancia a la vía aérea artificial, facilitar el acople del paciente con el ventilador y asegurar la ventilación.

En este tipo de pacientes, para evitar el retiro accidental de los elementos y reducir el riesgo de lesiones por caídas, se recurre a la utilización de inmovilizadores; los miembros superiores, y en muchas ocasiones, también los inferiores, son atados con ligaduras a los bordes de la cama, lo que por supuesto también contribuye a la inmovilidad y genera otros riesgos como lesiones localizadas en el sitio de la ligadura y favorece la aparición de úlceras por presión.

Los factores descritos y muchos otros afectan la satisfacción de necesidades en el paciente en estado crítico con ventilación mecánica; pero no están solamente comprometidas las necesidades físicas, sino también las psicológicas y sociales. En estas condiciones los pacientes no pueden comunicarse, ni interactuar con otros de la forma como están acostumbrados, no se percatan de recibir el afecto, y no pueden demostrar el suyo a los demás; además, se tornan dependientes de otras personas, en especial de los enfermeros, quienes se encargan de suplir sus necesidades manifiestas. María expresa que "los pacientes bajo sedación se limitan a proporcionar datos, signos y algunas respuestas de las que enfermería tiene que sacar conclusiones; reciben mucho pero expresan poco; mientras que los pacientes despiertos hablan, dicen con claridad lo que les pasa".

La dependencia de otras personas no se limita al plano físico, también involucra la toma de decisiones.

La dependencia de otras personas no se limita al plano físico, también involucra la toma de decisiones. La selección entre opciones y la toma de decisiones que, según Travelbee, caracterizan al ser humano, deben ser asumidas por miembros de la familia o del equipo de salud.

De otro lado, el sufrimiento en los pacientes sometidos a ventilación mecánica es evidente, y a menudo se observan diverso tipos de respuesta y de comportamiento; las respuestas van desde la aceptación hasta el rechazo, y los comportamientos incluyen la quietud, el llanto, la desesperación y repetidos intentos por retirar los elementos terapéuticos que más frecuentemente generan malestar como el tubo endotraqueal, las sondas nasogástrica y vesical, y los catéteres venosos periféricos. En un estudio realizado por Peralta, Álvarez y Pérez (7), se reportaron 46 extubaciones accidentales, el 41% de éstas fueron autoextubaciones, y el 20% debidas a maniobras inadecuadas del personal; de otro lado, en un estudio realizado por Goñi, García y Vázquez (8), que involucraba a 74 pacientes con vía aérea artificial se reportó una salida accidental del tubo endotraqueal y dos autorretiradas. Jablonski (9) encontró que los pacientes describían la intubación como una experiencia extremadamente dolorosa, opresiva, como un proyectil descargado suavemente sobre su vía aérea.

En este orden de ideas, especial atención merecen los pacientes sometidos a la ventilación mecánica que están en proceso de retiro, quienes se caracterizan por la mejoría en el patrón y los indicadores respiratorios, y porque sus procesos patológicos van en resolución; se les han retirado los sedantes y los analgésicos que causan compromiso respiratorio; en otras palabras, están alerta, pero aún tie-

nen instalados los elementos terapéuticos y las ligaduras para inmovilizar. Ellos solicitan con frecuencia la presencia de los enfermeros, se muestran ansiosos e impacientes para esperar el momento en el cual sean desconectados del ventilador y la vía aérea artificial sea retirada. Estos pacientes reciben instrucciones muy claras respecto a la forma de respirar, y son motivados vigorosamente por el personal de enfermería para hacerlo y permanecer despiertos con el fin de que el destete sea exitoso y evitar la reconexión.

La comunicación con los pacientes en ventilación mecánica no es fácil; ellos tiene claras limitaciones para expresarse, y para los enfermeros es difícil entender lo que los pacientes quieren; la capacidad para entender los mensajes se logra con la práctica, con los repetidos intentos por hacerse entender, con el desarrollo de códigos y señales mediante el movimiento de los dedos, de las manos, de los ojos, de la cara, de los labios y de la cabeza; incluso en algunas ocasiones los pacientes pueden escribir lo que quieren decir.

Estas formas de comunicación, en cierta forma precaria, ocasionan con frecuencia que algunos familiares y miembros del equipo de salud se sientan inhibidos para tratar de comunicarse con los pacientes, para expresarles el afecto y ofrecerles las explicaciones que sean necesarias.

La situación generada por la enfermedad, el tratamiento, la presencia de elementos terapéuticos y las dificultades en la comunicación provocan variaciones en la interacción con el paciente y afectan, no solo al paciente, sino también a su familia y al equipo de enfermería. Esto conduce a los enfermeros a establecer relaciones "simpáticas" (1) motivados por un verdadero interés para ayudar a las personas y por contribuir a la resolución exitosa de su experiencia con una enfermedad grave. Juan expresa a este respecto que "un paciente crítico necesita todo nuestro apoyo para continuar siendo quien era y a mí me gusta ayudarle".

La participación de los enfermeros en el cuidado de este tipo de pacientes es de vital importancia pero depende, como plantea Travelbee, de la percepción que se tenga de ellos.

La comunicación

La comunicación es la vía por la cual se lleva a cabo el propósito de la enfermería, que consiste en asistir a un individuo o familia a prevenir y enfrentar la enfermedad y el sufrimiento, y a encontrar los significados de esa experiencia (1). La comunicación tiene lugar en cada interacción enfermero-paciente, se da en la conversación y en el silencio, en lo verbal y en lo no verbal; por el lenguaje simbólico mediante la apariencia, el comportamiento, la postura, la expresión facial y los gestos que comunican ideas, pensamientos y sentimientos, y se otorgan significados tal como se hace con el lenguaje hablado; los enfermeros deben entender el significado de la comunicación con los pacientes y usar esa información en la planeación de las intervenciones (1).

En la comunicación los pacientes transmiten sus requerimientos de cuidado y ejercen influencias sobre los enfermeros; los enfermeros, por su lado, ofrecen motivación, instrucción y conocimiento para contribuir a la recuperación del bienestar en los pacientes.

Las habilidades comunicativas como leer, observar, escuchar, interpretar, ha-

La comunicación tiene lugar en cada interacción enfermero-paciente, se da en la conversación y en el silencio, en lo verbal y en lo no verbal; por el lenguaje simbólico mediante la apariencia, el comportamiento, la postura, la expresión facial y los gestos que comunican ideas, pensamientos y sentimientos, y se otorgan significados tal como se hace con el lenguaje hablado.

blar y expresar son requisitos ineludibles para la práctica de la enfermería, debido a que en muchos casos la comunicación enfermero-paciente se lleva a cabo bajo circunstancias que ofrecen barreras y distorsiones; pero estas mismas circunstancias llevan a que la comunicación no verbal –mediante el silencio, los gestos, las expresiones faciales, los movimientos, el llanto o por el contacto o el olor– adquiera un lugar preponderante.

Mediante la comunicación y la observación el enfermero conoce a los pacientes y obtiene de ellos la información necesaria acerca de sus necesidades, respuestas y sentimientos para tomar decisiones respecto a las estrategias de comunicación o de la terapéutica requerida. La comunicación permite ir más allá del signo o del síntoma, para determinar sus verdaderas implicaciones en el ser humano y la forma como los vive, y establecer su significancia. Identificar las necesidades es el primer paso en el proceso de atención del paciente.

Mediante la comunicación y la observación el enfermero conoce a los pacientes y obtiene de ellos la información necesaria acerca de sus necesidades, respuestas y sentimientos para tomar decisiones respecto a las estrategias de comunicación o de la terapéutica requerida.

La relación enfermero-paciente atraviesa por varias etapas que es necesario recorrer; la fase inicial es la del conocimiento y reconocimiento mutuo, en la cual el enfermero valora e identifica las necesidades del paciente, y este último identifica a la persona en la cual depositará su confianza; a continuación de da la fase de empatía que se manifiesta por la comprensión mutua; la tercera fase, o de simpatía, se caracteriza por el deseo de ayudar o de dejarse ayudar, y se establece un lazo de sensibilidad según el cual las emociones y experiencias de uno de los participantes en la interacción afectan al otro (1).

Otro aspecto que deben tener en cuenta los enfermeros está relacionado con las fallas en la comunicación, de las cuales existe una gran variedad; la primera falla se presenta cuando el interlocutor no es entendido como un ser humano, individual y diferente de los demás, con criterios, experiencias y sentimientos propios; otra falla se presenta cuando los pacientes son incluidos en estereotipos sin un detallado análisis previo, y se les tilda de demandantes, agresivos o poco colaboradores. No captar el real sentido del mensaje expresado es otro tipo de falla de la comunicación; en este caso se le resta importancia o se da por obvio lo que la persona expresa; los síntomas de la enfermedad, la sensación de soledad y de desamparo, el temor, la incertidumbre frente al futuro, la proximidad de la muerte y el sufrimiento persistente, pueden generar en los pacientes la emisión de mensajes que no siempre son claramente entendidos por los enfermeros (1).

Las dificultades para escuchar también generan fallas en la comunicación y conducen a informaciones difusas e incompletas, a falsas inferencias e incluso, a decisiones erróneas, y pueden ser percibidas por los pacientes y familiares como una falta de interés.

Otra falla en la comunicación, que es bien frecuente, se presenta cuando se recurre a expresiones tales como “no se preocupe”, “todo estará bien”, “eso no vale la pena”, “hay otros en peor situación que usted” (1); este tipo de expresiones restan importancia a lo que el paciente expresa y siente, representan una manera de evadir la comunicación, son un impedimento para conocer la real situación, por lo cual se restan posibilidades de que las necesidades del paciente sean enfrentadas de forma eficaz.

En los pacientes en estado crítico sometidos a ventilación mecánica, las ba-

rreras en la comunicación son múltiples; la comunicación verbal de sentimientos y pensamientos no es posible; los gestos, los movimientos, la posición corporal, el llanto y el silencio son los medios más comunes a los cuales recurren los pacientes para comunicarse; los enfermeros desarrollan la habilidad para captar el real significado de los mensajes, debido a que estos son la base para la detección y para la toma de decisiones.

Sin embargo, existen otros medios a los cuales recurren los enfermeros para obtener la información que los pacientes brindan. Otras formas de comunicación que incluyen los equipos de monitoreo cardiaco, de presión arterial, de respiración, oximetría y capnografía, los ventiladores mecánicos y los reportes de laboratorio. Esto elementos, unidos a la comunicación gestual, no verbal, son los medios de los que se valen los pacientes para comunicarse con el equipo de enfermería; por tanto los enfermeros tienen como requisito indispensable, para desempeñar su práctica profesional en la UCI, desarrollar la capacidad para captar los significados exactos de este tipo de mensajes, debido a que las lecturas e interpretaciones inexactas conducen a decisiones erróneas.

Acostumbrarse a este tipo de comunicación es difícil, en especial para la familia de los pacientes, pero ellos obtienen mensajes importantes aun cuando no es frecuente que algunos de éstos sepan interpretar la información que ofrece, por ejemplo, un ventilador mecánico; la presencia de este elemento en funcionamiento, al lado de la cama y conectado al paciente, es interpretada como un signo de gravedad en la condición clínica, mientras que su retiro es entendido como un signo de mejoría. Esto mismo ocurre con muchos de los elementos terapéuticos que se utilizan en la UCI, que generan preocupación entre los familiares porque son asociados con estados de gravedad, mientras que su retiro infunde optimismo al asociarlo con la mejoría.

Infortunadamente, estas dificultades en la comunicación generan fallas en ella, tal como lo plantea Travelbee; con frecuencia se observa que los mensajes emitidos por los pacientes no son comprendidos, lo que hace que expresiones como “todo va a estar bien” y “el paciente es poco colaborador”, sean comunes.

Conclusiones

El cuidado de los pacientes en estado crítico pone a prueba las habilidades, los conocimientos y la experiencia clínica de los enfermeros, no solo por el estado de salud de los pacientes con múltiples necesidades interferidas, sino también por las barreras y distorsiones que se presentan para que la interacción y comunicación con los pacientes ofrezca los resultados que se esperan en términos de contribuir a la recuperación de la salud o a la muerte tranquila.

Como pudo verse, algunos de los planteamientos de una teórica de enfermería eran puestos en práctica por los enfermeros al llevar a cabo el cuidado con pacientes críticos, aun cuando ellos no tuvieran la pretensión, ni la conciencia de hacerlo. Esta situación puede encontrarse en muchos escenarios de cuidado; sin embargo, es de esperarse que se logren mejores resultados en la práctica del cuidado si se lleva a cabo bajo directrices teóricas claramente definidas que dirijan las acciones.

En los pacientes en estado crítico sometidos a ventilación mecánica, las barreras en la comunicación son múltiples; la comunicación verbal de sentimientos y pensamientos no es posible; los gestos, los movimientos, la posición corporal, el llanto y el silencio son los medios más comunes a los cuales recurren los pacientes para comunicarse.

REFERENCIAS

1. Travelbee J. Interpersonal aspects of nursing. Philadelphia: Davis Company; 1966.
2. Watson J. Nursing: human Science and human care. A theory of nursing. Boston: Jones and Bartlett; 1999.
3. Torralba F. Antropología del cuidar. España: Fundación Mapfre Medicina; 1998.
4. Madjar I. Infligir y manejar dolor: un desafío para enfermería. Revista Investigación y Educación en Enfermería 2000; XVIII (1): 37-47.
5. Carper B. Fundamental patterns of knowing in nursing. En Duran M. Enfermería: desarrollo teórico e investigativo. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universida Nacional; 2001.
6. Del Barrio M, Lacunza M, Armendáriz A. Pacientes con transplante hepático: su experiencia en cuidado intensivo. Estudio fenomenológico. Enfermería intensiva 2001; 12 (3): 135, 135-139, 141-142.
7. Peralta R, Álvarez G, Pérez Y. Desarrollo de un sistema de garantía de calidad en ventilación mecánica. Enfermería intensiva 2002; 13 (4): 155-163.
8. Goñi R, García M, Vásquez M. Evaluación de la calidad de los cuidados en la UCI a través de un plan de atención de enfermería informatizado. Enfermería intensiva 2004; 15 (2): 76-85.
9. Jablonski R. The experience of being mechanically ventilated. Qualitative health esearch 1994; 4 (2): 190.