



REVISIÓN

Experiencias del paciente durante la retirada de la ventilación mecánica invasiva: una revisión de la literatura



M.E. Merchán-Tahvanainen (MSN)*, C. Romero-Belmonte (RN), M. Cundín-Laguna (RN), P. Basterra-Brun (RN), A. San Miguel-Aguirre (RN) y E. Regaira-Martínez (MSN)

Unidad de Cuidados Intensivos, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España

Recibido el 17 de febrero de 2016; aceptado el 12 de noviembre de 2016

Disponible en Internet el 26 de enero de 2017

PALABRAS CLAVE

Pacientes;
Experiencias de vida;
Destete del
ventilador;
Unidad de cuidados
intensivos

Resumen

Objetivo: La retirada de la ventilación mecánica invasiva (VMI) es un procedimiento en el que influyen factores fisiológicos y psicológicos, siendo estos últimos los menos estudiados. El objetivo fue identificar en la literatura, las experiencias de los pacientes durante la retirada de la VMI y cómo intervienen en dicho proceso.

Método: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, CINAHL y PsycINFO. Los términos de búsqueda fueron: «patient», «experience» y «ventilator weaning». Los límites fueron la edad (> 19 años) y el idioma (inglés, español y finlandés).

Resultados: Se analizaron 15 publicaciones. Los principales resultados se agruparon en tres grandes temas según las percepciones, sentimientos y experiencias del paciente, la influencia de la atención de los profesionales y los factores determinantes para la retirada exitosa de la VMI. Los pacientes recuerdan la retirada de la VMI como un proceso estresante y experimentan ansiedad, frustración, desesperación o incertidumbre. Las enfermeras tienen un papel fundamental en la mejora de la comunicación con el paciente y en la anticipación a sus necesidades. El soporte familiar y el cuidado proporcionado por los profesionales se destacan como fundamentales durante el proceso. Para conseguir una retirada exitosa de la VMI se identifica la importancia de la autodeterminación, la automotivación y la confianza de los pacientes.

Conclusiones: La atención psicológica, además de la física y la tecnológica, es importante durante la retirada de la VMI para proporcionar un cuidado holístico. Son necesarios estudios de intervención para lograr mejorar la atención a los pacientes durante dicho proceso.

© 2016 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elenamerchant@yahoo.es (M.E. Merchán-Tahvanainen).

KEYWORDS

Patients;
Life change events;
Ventilator weaning;
Intensive care unit

Patients' experience during weaning of invasive mechanical ventilation: A review of the literature**Abstract**

Objective: Weaning from invasive mechanical ventilation (IMV) is influenced by physiological and psychological factors, the latter being the least studied. The aim was to identify, through the literature, patients' experiences during weaning from IMV and report its influencing factors.

Method: The literature search was conducted using the Pubmed, CINAHL and PsycINFO databases. The search terms were: "patient", "experience" and "ventilator weaning". The research limits were: age (> 19 years) and language (English, Spanish and Finnish).

Results: Fifteen publications were analysed. The main results were grouped into three main categories according to patient's perceptions, feelings and experiences, influence of professionals' attention and determinants for successful weaning. Patients remember IMV weaning as a stressful process where they experience anxiety, frustration, despair or uncertainty. Nurses have a key role in improving communication with patients and foreseeing their needs. Family support and the care provided by the caregivers were shown as essential during the process. The patient's self-determination, self-motivation and confidence are identified as important factors to achieve successful IMV weaning.

Conclusions: Psychological care, in addition to physical and technical care, is important at providing holistic care. Interventional studies are needed to improve the care during the weaning experience.

© 2016 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Interés y originalidad

De acuerdo al Weaning Continuum Model de la AACCN, en la retirada de la ventilación mecánica invasiva la esfera emocional y los cambios en el estado de ánimo del paciente se relacionan directamente con los resultados del proceso. A través de este trabajo se pretende conocer la repercusión psicológica que tiene para el paciente el proceso de destete. Ello permitirá tomar conciencia de su importancia, reflexionar sobre el papel de la enfermera y determinar las estrategias específicas para dar respuesta a las necesidades del paciente que favorezcan una valoración y unos cuidados holísticos.

Introducción

La ventilación mecánica invasiva (VMI) proporcionada frecuentemente a los pacientes en las unidades de cuidados intensivos (UCI) es un avance tecnológico que ofrece soporte ventilatorio en situaciones vitales de fallo respiratorio. Sin embargo, el proceso de desconexión de la VMI, a través del cual el paciente recupera su ventilación espontánea y eficaz (también conocido como destete o *weaning*), supone un procedimiento complejo y se ve influido por factores fisiológicos y psicológicos en el paciente, siendo estos últimos los menos estudiados¹.

El *Weaning Continuum Model* (WCM) de la *American Association of Critical Care Nurses* (AACCN)^{2,3} plantea el destete como un proceso continuo y dinámico influido por variables fisiológicas (función miocárdica y oxigenación, músculos ventilatorios, estado nutricional), psicológicas y

del entorno. La combinación de todas ellas lleva a tres posibles resultados: destete completo, destete incompleto parcial y destete incompleto total. El profesional de enfermería desempeña un papel clave en el éxito del proceso. La enfermera debe conocer al paciente y, como afirman Benner et al.⁴, debe ser el *coach* y promover la colaboración y la interacción (enfermera-paciente) para facilitar el destete.

En este sentido, diversos autores⁵⁻¹⁰ afirman que los pacientes experimentan incertidumbre, dependencia, miedo y frustración, entre otros sentimientos, cuando se enfrentan al proceso de retirada de la VMI. Y que estos influyen directamente en el éxito o el fracaso del destete. Por ejemplo, el hecho de que el paciente experimente disnea durante este proceso favorece la aparición de ansiedad y dificulta el destete¹¹. Asimismo, sentir que carecen de fuerza para poder comunicarse o para sostener objetos con sus manos les provoca vulnerabilidad y sentimiento de debilidad^{1,12}.

Por el contrario, otros autores reflejan que la atención enfermera proporcionada al paciente durante el *weaning*^{5,12-14} y la información y el cuidado que se presta a los familiares^{1,7} supone una influencia positiva que constituye un papel crucial en la reducción de la intensidad de estas experiencias adversas¹².

Del mismo modo, el conocimiento de las enfermeras acerca de las experiencias vividas por el paciente durante el destete permite ofrecer un cuidado holístico y personalizado¹. En numerosas ocasiones la retirada de la VMI es vivida por los pacientes como algo muy negativo¹⁵⁻¹⁷. Por este motivo, el profesional de enfermería requiere entrenamiento y un conocimiento experto que le proporcione destreza y competencias^{7,15,17} para poder ayudar a

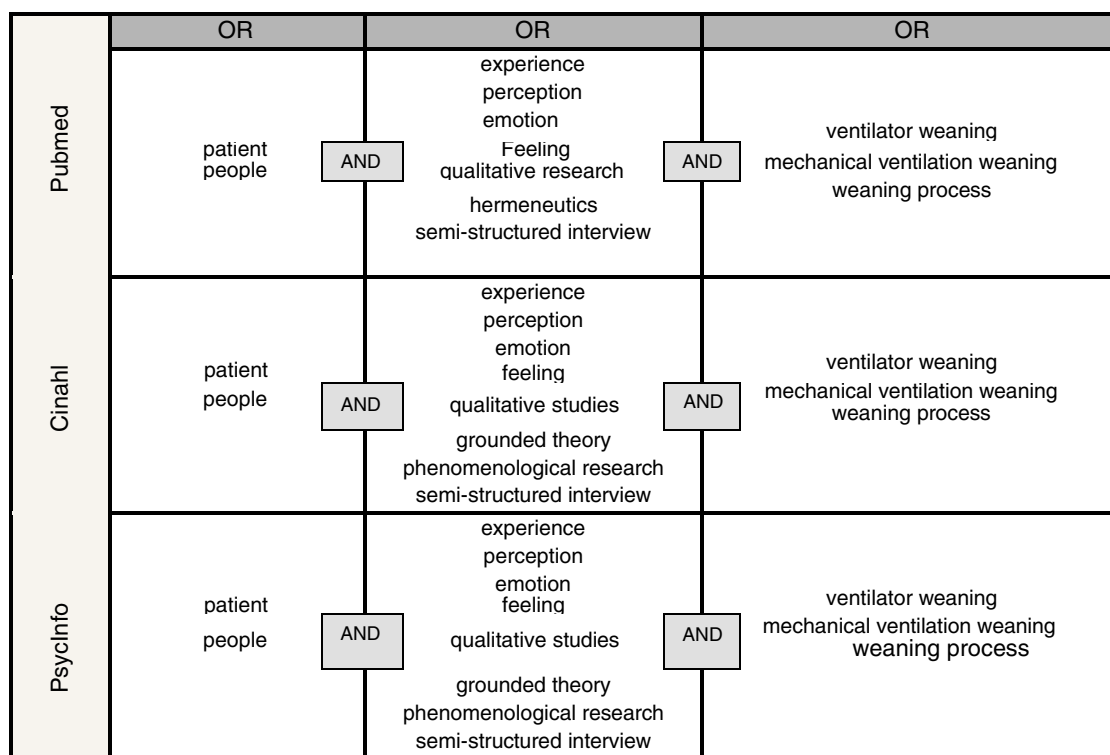


Figura 1 Estrategia de búsqueda en las diferentes bases de datos.

los pacientes a participar en la toma de decisiones. Además, proporcionar confianza y un entorno adecuado que reduzca la ansiedad y la fatiga maximiza las posibilidades de éxito del destete^{7,18}. Por otra parte, la repercusión emocional en los pacientes influye, a su vez, en la percepción que tienen sobre sus cuidadores^{1,5,11,13-16}. De ahí que la alta prevalencia de experiencias negativas vividas por los pacientes durante este proceso inste a los profesionales de enfermería a reflexionar sobre la praxis diaria y a determinar las estrategias específicas para dar respuesta a las necesidades del paciente para alcanzar su salud y autonomía.

Por todo lo anteriormente expuesto, con el presente trabajo se pretende identificar en la literatura las experiencias de los pacientes durante el proceso de la retirada de la VMI y señalar cómo esas experiencias intervienen en dicho proceso, para así poder introducir mejoras en la práctica que permitan proporcionar un cuidado de calidad a estos pacientes.

Método

Se llevó a cabo una revisión de la literatura con un enfoque narrativo. Como indican Dixon-Woods et al.¹⁹, este enfoque es flexible y permite revisar diferentes tipos de evidencia (cualitativa y cuantitativa). Tiene una naturaleza amplia donde se utiliza un estilo de escritura que permite mostrar una imagen clara del tema de estudio. Asimismo, se centra en recopilar la información relevante que proporciona el contexto y la esencia del tema de interés¹⁹.

Estrategia de búsqueda

Se llevó a cabo una búsqueda de la literatura, durante los meses de octubre de 2014 a enero de 2015 en las bases de datos Pubmed, CINAHL y PsycINFO. Los términos incluidos en la búsqueda fueron: «patient», «experience» y «ventilator weaning». La estrategia de búsqueda se estableció combinando dichos términos y sus correspondientes sinónimos con los operadores booleanos OR y AND, tal y como se detalla en la figura 1.

Asimismo, los límites establecidos en la búsqueda fueron la edad (>19 años) y el idioma (español, inglés y finlandés). Además, para evitar descartar artículos relevantes se realizó una búsqueda manual en revistas de enfermería tales como *Dimensions of Critical Care Nursing Journal*, *Critical Care Nurse*, *American Journal of Critical Care* y *Enfermería Intensiva*. Por último, a través del método *snowballing* se revisaron las listas de referencias de los artículos principales (incluidos en la revisión) para corroborar si había algún estudio adicional de relevancia.

Se incluyeron todos los estudios primarios que hacían referencia a las experiencias de los pacientes durante la retirada de la VMI tanto de corta (entre 24 y 72 h) como de larga duración (más de 72 h)³.

Se excluyeron las publicaciones centradas en las experiencias de los profesionales, en las experiencias de los pacientes durante la VMI que no hicieran referencia al destete, en situaciones al final de la vida y literatura gris (conferencias, informes no publicados, tesis o disertaciones).

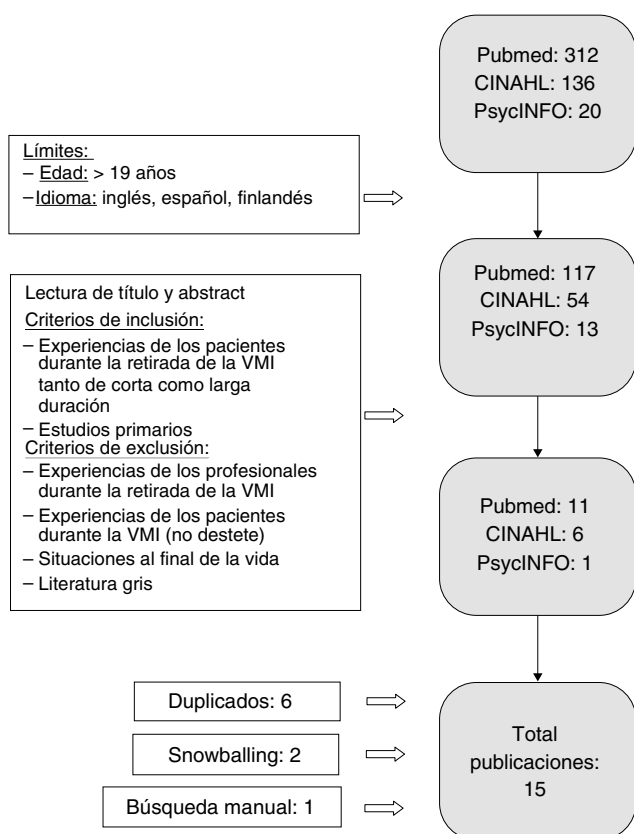


Figura 2 Resultados de la búsqueda.

El resultado de la búsqueda se muestra en la figura 2.

Síntesis de los resultados

Se realizó una síntesis del contenido leyendo en profundidad los artículos seleccionados, identificando los aspectos que respondían al objetivo, determinando los temas importantes o recurrentes en las publicaciones y clasificando los artículos en las líneas temáticas emergidas.

Resultados

Se analizaron 15 publicaciones (tabla 1) que respondían al objetivo de la revisión. Los hallazgos más relevantes obtenidos de la literatura fueron clasificados en tres grandes temas:

- Percepciones, sentimientos y experiencias del paciente durante la retirada de la VMI.
- Influencia de la atención de los profesionales durante el destete.
- Factores determinantes para la retirada exitosa de la VMI.

Además, en la tabla 2 se han añadido citas textuales de los estudios cualitativos incluidos en la revisión que pueden ilustrar los resultados.

Percepciones, sentimientos y experiencias del paciente durante la retirada de la ventilación mecánica invasiva

La retirada de la VMI resulta una experiencia fisiológica y psicológica estresante para los pacientes^{1,11}. Los resultados muestran, por un lado, que el estado mental y emocional de los pacientes afecta a su estado funcional, y por otro, que las variables fisiológicas están relacionadas con el éxito o fracaso de la retirada de la VMI^{9,20}.

La fatiga y la disnea no suelen ser indicadores prioritarios a tener en cuenta antes de iniciar el proceso de retirada de la VMI²⁰. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones los pacientes lo describen como dos de los síntomas más angustiantes durante el proceso de desconexión de la VMI. De hecho, la disnea es reconocida como una de las sensaciones que más afecta al estado de ánimo del paciente, lo que contribuye a desarrollar sentimientos de ansiedad o pérdida de control que se muestran como factores predisponentes para un destete fallido^{11,20} (C1 y C2, tabla 2).

Asimismo, según el estudio de Wang et al.¹⁶ los pacientes que habían sido sometidos a VMI presentaban tanto sufrimiento físico (dolor, disconfort) (C3 y C4, tabla 2) como sufrimiento psicológico (impotencia, pasividad, alucinaciones, pesadillas, alteraciones del nivel de conciencia) (C5 y C6, tabla 2). La vivencia de una experiencia tan negativa les llevaba a un periodo de evaluación del pasado, buscando el valor y el significado de la vida y la importancia de ser lo más fuerte posible para solventarla¹⁵ (C7 y C8, tabla 2).

Jubran et al.⁸, en un estudio sobre la aparición de trastornos depresivos en pacientes que estaban siendo sometidos a la retirada de la VMI, describe como los pacientes experimentaron sentimientos de impotencia, rabia y desesperación por el hecho de saber que la capacidad para respirar dependía de una máquina (C9 y C10, tabla 2). Esto implicaba una gran dependencia del ventilador y potenciaba las emociones adversas, retrasando así el proceso del destete. A su vez, provocaba que el paciente no quisiera repetir el intento de desconexión y se sintiera molesto por necesitar el soporte ventilatorio (C11 y C12, tabla 2). En este sentido, llama la atención como los pacientes pasaban de un estado inicial de temor y respeto hacia el equipamiento médico, a un estado de excesiva dependencia y apego, mostrando comportamientos de angustia y miedo cuando se eliminaba el respirador para comenzar con el destete¹⁶.

Por el contrario, Cook et al.¹² revelan que la reacción de los pacientes ante un destete exitoso suponía esperanza, frente a la desesperanza creada por un fracaso y el miedo a repetirlo (C13, tabla 2).

Asimismo, se mostraban sentimientos de impotencia por la incapacidad de comunicarse^{8,16} (C14, C15 y C16, tabla 2). En los estudios revisados, los pacientes referían que el hecho de no ser capaces de hacerse entender les llevaba a experimentar pánico y frustración. Por el contrario, algunos pacientes identificaban sentimientos de alivio al ser capaces de atraer la atención de los profesionales estableciendo con ellos estrategias de comunicación a través de la utilización de señales y gestos. Además, algunos de ellos reconocen que en presencia de su familia conseguían entenderse y comunicarse mejor¹⁶.

Tabla 1 Resumen de las publicaciones seleccionadas

Autor, año, país	Metodología	Objetivo	Muestra	Método de recogida de datos	Resultados
Engström A. et al., 2013, Suecia	Estudio descriptivo	Describir las experiencias de los pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva (VMI) en una unidad de cuidados intensivos (UCI)	Ocho pacientes que recibieron VMI	Entrevistas semiestructuradas individuales	<ul style="list-style-type: none"> -El <i>weaning</i> se experimenta como estresante, y esto enfatiza la importancia de estar preparado para dicho proceso -Los sentimientos de ansiedad, sensación de ahogamiento, no poder respirar y la vulnerabilidad se experimentan a menudo durante la desconexión -Sentirse dependiente en manos de otro genera sentimientos de vulnerabilidad, frustración por la incapacidad de comunicarse, siendo cuidado en un ambiente desconocido -Presencia de la familia en el <i>weaning</i>; motivación y fuerza para seguir luchando -Entrega de un diario elaborado por el personal sanitario y la familia como algo positivo. El empleo de un plan de desconexión se relaciona con la ausencia de variaciones indeseadas -Para <i>weaning</i> exitoso es importante tener un plan basado en el conocimiento, la investigación y la comunicación con el equipo acerca de la situación y los objetivos de la persona enferma
Logan J. et al., 1997, Canadá	Estudio cualitativo de teoría fundamentada	Describir recuerdos y experiencias de pacientes sometidos a VMI y desarrollar teorías enfermeras para la mejora de los mismos	Veinte pacientes ingresados en una UCI con VMI sometidos a su retirada	Entrevistas abiertas con enfoque interactivo realizadas a los pacientes después de 6-13 días ingresados en la UCI	<ul style="list-style-type: none"> -Efectos positivos: las enfermeras se encargan de proporcionar una atención excelente, vigilando el confort y el cuidado -Efectos negativos: experiencia estresante, miedo, quieren olvidar el proceso lo antes posible, comunicación inefectiva
Rose L. et al., 2014, Canadá	Estudio de cohorte retrospectivo	Comparar los recuerdos de la VMI y de la UCI; caracterizar la calidad relacionada con la vida saludable y la morbilidad psicológica, y examinar la relación entre recuerdos delirantes y psicológicos	Veintitrés pacientes ingresados en un centro especializado en la retirada de la VMI	Cuestionario que recogía las experiencias estresantes que vivieron los pacientes sometidos a la retirada de la VMI	<ul style="list-style-type: none"> -Recuerdos de alucinaciones y ansiedad frecuentes -Dificultad para dormir, sed, falta de familiares/amigos y problemas de comunicación -Necesidad de desarrollar intervenciones centradas en la familia y paciente -Intervenciones diseñadas para mejorar los recuerdos de delirantes pueden mejorar la ansiedad -Necesidad de mejorar el apoyo en salud psiquiátrica comunitaria y optimizar los recursos familiares y personales

Tabla 1 (continuación)

Autor, año, país	Metodología	Objetivo	Muestra	Método de recogida de datos	Resultados
Schou L. et al., 2008, Copenhague	Estudio cualitativo fenomenológico	Describir y actualizar las experiencias de los pacientes sometidos al destete con las nuevas modalidades de VMI y sedación	Diez pacientes mayores de 18 años sometidos a VMI al menos durante 24 h	Entrevistas semiestructuradas formadas por preguntas abiertas de 30-60 min de duración	<p>–Experiencias del paciente durante la ventilación mecánica y su retirada:</p> <p>1. <i>Fenómenos generales:</i></p> <p>a) Disconfort: VMI desagradable, incomodo, raro, presión</p> <p>b) Inseguridad frente a la retirada de la VMI, poca confianza</p> <p>c) Incapacidad de comunicación</p> <p>2. <i>Fenómenos psicológicos:</i></p> <p>a) Pérdida de control: desorientación</p> <p>b) Soledad</p> <p>3. <i>Fenómenos existenciales:</i></p> <p>a) Temporalidad: desorientación, duración del <i>weaning</i> (parece eterno)</p> <p>b) Interacción humana</p>
Jubran A. et al., 2010, EE. UU.	Estudio de cohorte prospectivo	Determinar si los trastornos depresivos de pacientes sometidos al destete de la VMI están relacionados con un <i>weaning</i> fallido y un descenso de la supervivencia	Un total de 478 pacientes que fueron sometidos al destete de la VMI	Obtención de datos a través de la historia clínica y mediante entrevistas psiquiátricas a los pacientes	<p>–Sentimientos de apatía, pérdida de energía y baja motivación que provoca que el paciente no quiera repetir el intento de retirada de VMI</p> <p>–Trastornos psiquiátricos asociados al fracaso en la retirada de la VMI y al aumento de la mortalidad, que están relacionados con la comorbilidad, los factores previos a la insuficiencia respiratoria y el nivel funcional</p> <p>–Los trastornos depresivos aumentan hasta 3 veces la posibilidad de fracaso del <i>weaning</i> y aumentan la angustia de los pacientes durante la VMI</p> <p>–Estos sentimientos determinan o son consecuencia del fracaso. Su conocimiento ayuda a prevenir complicaciones y favorece el éxito del <i>weaning</i></p> <p>–Los factores emocionales influyen de igual manera que los fisiológicos</p>

Tabla 1 (continuación)

Autor, año, país	Metodología	Objetivo	Muestra	Método de recogida de datos	Resultados
Conelly B. et al., 2000, EE. UU.	Estudio cualitativo fenomenológico	Estudiar el grado de disnea y el estado emocional previos al <i>weaning</i> en pacientes sometidos a VMI	Veintiún pacientes de una UCI que habían sido ventilados durante 3 días. Estos pacientes estaban alerta, eran capaces de comunicarse y estaban clínicamente estables	El estado de ánimo se midió con una forma abreviada del Perfil de Estados de Ánimo (SPOMS). Se utilizó una escala analógica visual (VAS) para medir la disnea	<ul style="list-style-type: none"> -El estado mental y emocional de los pacientes influye en la recuperación de su enfermedad -Uno de los síntomas más afectados por el humor es la disnea; a su vez, la disnea predispone al destete fallido -Se sugiere cuidar del área emocional de los pacientes para lograr un destete exitoso en la UCI -Los pacientes con VMI pueden experimentar: disconfort, sed, imposibilidad para hablar, desasosiego, restricción para realizar actividades, problemas de comunicación, ansiedad, miedo, agonía, pánico e inseguridad
Higgins PA, 1998, EE. UU.	Estudio correlacional	Describir la percepción de fatiga, el estado nutricional, el grado de depresión, sueño y descanso, en pacientes sometidos a VMI de larga duración	Veinte pacientes sometidos a VMI de al menos 7 días de duración, que estaban en proceso de retirada de la VMI	Datos descriptivos y de laboratorio extraídos de la historia clínica y cuestionarios para medir la percepción del grado de fatiga, descanso, sueño y depresión	<ul style="list-style-type: none"> -Los pacientes sometidos a VMI de larga duración sufren: problemas nutricionales, psicológicos, emocionales, privación del sueño y falta de descanso, fatiga, cansancio, debilidad -Es necesaria la atención enfermera para ayudar al paciente en su descanso, favoreciendo la recuperación de la energía y la fuerza necesaria para propiciar el destete -Se detectan aspectos que predisponen para el destete complicado: el nivel nutricional del paciente, un estado de humor depresivo y mal descanso nocturno (producirá fatiga y falta de energía)
Bouley GH et al., 1992, EE. UU.	Estudio cuasi-experimental	Examinar la relación entre la percepción de disnea y las variables fisiológicas en pacientes sometidos al destete de la VMI	Se seleccionaron 9 pacientes que necesitaban VMI. Todos ellos diagnosticados de EPOC	La percepción de disnea de cada paciente, se midió utilizando la escala VAS. Además se recogieron los indicadores del ámbito psicológico	<ul style="list-style-type: none"> -Se expresan sentimientos de ansiedad o pérdida del control por la sensación de disnea -La disnea puede ser un gran predictor e indicador de los cambios en el estado respiratorio del paciente durante el proceso de <i>weaning</i> -Los profesionales han notado que los pacientes que experimentan disnea son normalmente aprensivos y resistentes durante el proceso de retirada de la VMI -Los resultados no indican diferencias en el grado de disnea comparando los distintos métodos de <i>weaning</i>

Tabla 1 (continuación)

Autor, año, país	Metodología	Objetivo	Muestra	Método de recogida de datos	Resultados
Cook DJ et al., 2001, Canadá	Revisión bibliográfica	Conocer los fenómenos emocionales, experiencias, roles y perspectivas de los pacientes sometidos a VMI	Treinta y dos artículos que describían las experiencias de los pacientes sometidos al destete de la VMI	Entrevistas que constaron de preguntas que se dirigían a la obtención de los objetivos del estudio	<ul style="list-style-type: none"> -En el <i>weaning</i> los pacientes experimentaron: frustración, incertidumbre, desesperación, miedo y falta de control de la situación -Empeoramiento porque hay incapacidad para comunicarse, trastornos de sueño, ansiedad, miedo al abandono y dificultad para distinguir la noche del día -Esperanza en una retirada de la VMI exitosa y desesperanza ante repetición del proceso -Estos sentimientos determinan o son consecuencia del fracaso. Su conocimiento ayuda a prevenir las complicaciones y favorece el éxito del <i>weaning</i> -Los factores emocionales influyen de igual manera que los fisiológicos -El <i>weaning</i> precisa de una participación activa del paciente -La relación paciente-enfermera es importante para alentar al paciente -La enfermera puede hacer muchas cosas para que este proceso sea lo más fácil posible para los pacientes -Necesidad de dedicación completa del personal sanitario durante el procedimiento -Los diagnósticos enfermeros ayudaron a establecer un marco para la comprensión de la interrelación entre la comunicación, la ansiedad y una respuesta disfuncional a la retirada de la VM -El <i>weaning</i> temprano, sin resolución de los problemas de fondo, puede conducir al fracaso
Pattinson N. et al., 2009, Reino Unido	Estudio de caso	Examinar y reflexionar el tiempo que requieren los pacientes para la retirada de la VMI	Un paciente con un carcinoma de pulmón y metástasis óseas en proceso de destete de la VMI	Enfoque estructurado de un estudio de caso instrumental, junto con diagnósticos enfermeros que ayuden a explicar los aspectos del proceso de destete de la VMI	<ul style="list-style-type: none"> -El <i>weaning</i> precisa de una participación activa del paciente -La relación paciente-enfermera es importante para alentar al paciente -La enfermera puede hacer muchas cosas para que este proceso sea lo más fácil posible para los pacientes -Necesidad de dedicación completa del personal sanitario durante el procedimiento -Los diagnósticos enfermeros ayudaron a establecer un marco para la comprensión de la interrelación entre la comunicación, la ansiedad y una respuesta disfuncional a la retirada de la VM -El <i>weaning</i> temprano, sin resolución de los problemas de fondo, puede conducir al fracaso

Tabla 1 (continuación)

Autor, año, país	Metodología	Objetivo	Muestra	Método de recogida de datos	Resultados
Wunderlich RJ. et al., 1999, EE. UU.	Estudio descriptivo		Diecinueve pacientes, sometidos a VMI más de 24 h y a los que se les hubiera hecho el destete en los 3 primeros meses	Entrevistas estructuradas de 4 secciones y 21 apartados	<ul style="list-style-type: none"> -Determinar los niveles de incertidumbre y tensión: la mayoría de los participantes sienten incertidumbre y estrés en algún momento durante este periodo -Determinar la utilidad de la información: aunque la mayoría de los sujetos perciben altos niveles de incertidumbre y tensión, muestran una actitud positiva hacia la información de las enfermeras de cuidados críticos -Determinar el efecto de otras variables: se evalúa si el sexo de los pacientes o la patología influye en sus percepciones de incertidumbre y tensión, o su actitud hacia la información que proporciona la enfermera de UCI durante el <i>weaning</i>
Arslanian- Engoren C. et al., 2003, EE. UU.	Estudio cualitativo fenomenológico	Describir las experiencias de los pacientes sometidos a VMI e identificar los factores que contribuyan a un <i>weaning</i> exitoso	Siete pacientes sometidos a VMI a través de una traqueostomía en un centro de traumatología, capaces de relatar la experiencia	Entrevistas semiestructuradas	<ul style="list-style-type: none"> -Los pacientes que no tienen patología pulmonar manifiestan menor incertidumbre y estrés que aquellos que sí la tienen. -Experiencia muy traumática, emocional, deprimente y frustrante. Emociones como «miedo» y «asustado» -Los pacientes conservan un recuerdo vivo del evento -Necesidad de «ser tan fuerte» como sea posible -Creencias religiosas y de visitas angelicales como vitales para su última liberación -Importante que las experiencias de los pacientes que las intervenciones mencionadas e identificadas por los participantes se incorporen al cuidado -Importante que los equipos interdisciplinarios sigan colaborando para proporcionar calidad y atención integral -Los participantes agradecieron las contribuciones de los profesionales sanitarios en su éxito para el <i>weaning</i> -Importante reconocer el papel de la familia

Tabla 1 (continuación)

Autor, año, país	Metodología	Objetivo	Muestra	Método de recogida de datos	Resultados
Wang K. et al., 2008, China	Estudio cualitativo fenomenológico	Comprender las experiencias vividas por los pacientes sometidos a VMI en una UCI	Once pacientes con una estancia en UCI superior a 56 h y sometidos a VMI durante más de 48 h	Entrevistas de 20-40 min de duración formadas por preguntas abiertas	<ul style="list-style-type: none"> -Sufrimiento físico y psicológico, indefensión, impotencia, pasividad, dolor, disconfort, alucinaciones y pesadillas, alteración del estado de conciencia, confianza en la tecnología y en el personal -Ambiente poco convencional -Automotivación: actitud positiva, soporte familiar -Reflexión: evaluación del pasado, valor y significado de la vida
Rose L. et al., 2014, Canadá	Revisión bibliográfica	Identificar factores que influyen en el destete, e identificar las percepciones y experiencias de los pacientes y familiares durante el proceso	<ul style="list-style-type: none"> -Enfermeras en 15 estudios -Enfermeras y pacientes en 1 estudio -Varios proveedores de servicios de salud en 11 estudios -Pacientes en 10 estudios -Médicos en 4 estudios 	Respuestas obtenidas a través de un cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> -Importancia de la colaboración y comunicación interprofesional -Necesidad subjetiva de conocimiento del paciente, combinada con datos clínicos -Necesidad de equilibrar procesos sistemáticos que reducen el retraso en el <i>weaning</i> -Satisfacer necesidades de los pacientes y familiares -Apreciación del trabajo físico y psicológico que supone para el paciente el proceso
Twibell R et al., 2003, EE. UU.	Estudio correlacional.	Explorar las percepciones subjetivas como la disnea, la fatiga y la autoeficacia, y seleccionar variables psicológicas en pacientes sometidos a la retirada de la VMI	Sesenta y ocho pacientes en proceso de destete que han sido sometidos al menos a 24 h de VMI	<p>Los datos referentes a las percepciones subjetivas se recogieron mediante 3 escalas visuales analógicas.</p> <p>Los datos referentes a las variables psicológicas se recogieron mediante el programa de evaluación del destete Burns más un perfil de paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> -La disnea se relaciona directamente con los cambios en los valores del gas, como en la fatiga y la autoeficacia del destete. Los estudios sugieren la importancia de valorar la disnea del paciente como un aspecto clave, de ahí su interés por desarrollar estudios que estudien la disnea como un indicador directo o indirecto de la disposición a ser destetado -Los pacientes describen experimentar niveles elevados de disnea y fatiga durante el destete independientemente de si la indicación de la VMI fue a corto o a largo plazo -Intervenciones dirigidas a aumentar el confort de los pacientes: cambios de postura, comodidad, favorecer el descanso, control del ambiente (temperatura, ruido, etc.), imágenes visuales y la energía suficiente

Tabla 2 Ejemplos de citas textuales

Temas	Citas textuales
Percepciones, sentimientos y experiencias del paciente durante la retirada de la VMI	<p>C1: «... No podía respirar... estaba casi asfixiado... no podía dormirme de miedo que tenía» (p. 185)¹¹</p> <p>C2: «Sentía asfixia, claustrofobia, quería irme de ahí» (p. 149)³</p> <p>C3: «El maldito tubo me estaba haciendo un agujero en los pulmones» (p. 144)²</p> <p>C4: «... No podía estar cómoda, y la boca está tan seca, es matador» (p. 144)²</p> <p>C5: «No puedo diferenciar las experiencias reales de las no reales» (p. 186)¹¹</p> <p>C6: «¿Qué me ha pasado? ¿Por qué hay tantos extraños aparatos alrededor mío?» (p. 186)¹¹</p> <p>C7: «... Tendría que haber cuidado mi salud antes, he tardado demasiado en venir al hospital» (p. 187)¹¹</p> <p>C8: «Cuando abandone el hospital, cuidaré más mi salud» (p. 187)¹¹</p> <p>C9: «¿Se va a enterar alguien si la máquina va mal?» (p. 187)¹¹</p> <p>C10: «Tengo que salir de esta máquina tan pronto como sea posible» (p. 82)⁸</p> <p>C11: «Fue muy aterrador para mí estar sin saber si alguna vez iba a ser capaz de desprenderme del ventilador... todo lo que podía pensar era en si esta sería la forma en la que tendría que estar el resto de mi vida» (p. 331)¹⁰</p> <p>C12: «Estaba frustrado y enfadado porque no podía dormir» (p. 144)²</p> <p>C13: «El ventilador me molestaba, no podía hablar. Fue un alivio cuando me retiraron el tubo» (p. 174)⁴</p> <p>C14: «La comunicación fue muy difícil» (p. 144)²</p> <p>C15: «No podía comunicarme, me sentía solo» (p. 149)³</p> <p>C16: «No podía decir nada al principio, es difícil de explicar pero, aunque estaba claro en mi cabeza y traté de comunicarme, no me entendieron. Fue frustrante. Tratamos todos los métodos diferentes... Traté de escribir, yo sabía lo que iba a escribir, pero cuando lo hice se convirtió en todo lo contrario... era frustrante» (p. 91)¹</p> <p>C17: «Casi nunca estaba despierto o capacitado para orientarme de dónde estaba. No podía girarme y mirar dónde estaba» (p. 175)⁴</p> <p>C18: «El tiempo fue lo peor para mí, no sabía si era de día o de noche. Cuando me conseguí orientar me sentí mejor y menos estresado» (p. 175)⁴</p>
Influencia de la atención de los profesionales durante el destete	<p>C19: «Siento un gran agradecimiento de haber podido conseguir la liberación exitosa y la recuperación final gracias en gran parte a las enfermeras» (p. 332)¹⁰</p> <p>C20: «Durante el proceso del destete, la sensibilidad de las enfermeras es muy importante» (p. 83)⁸</p> <p>C21: «Me bastaba con que la enfermera tan solo estuviera allí» (p. 144)²</p> <p>C22: «Las enfermeras sabían todas las preguntas que yo podía imaginar. Sentí que la comunicación era buena...» (p. 175)⁴</p> <p>C23: «Las enfermeras hacían todo lo posible para hacerme sentir confortable. En muchas ocasiones hacían más de lo que les correspondía» (p. 142)²</p> <p>C24: «Deseaba que las enfermeras estuvieran alrededor mío todo el tiempo... solo la enfermera que estuviera a mi lado podría solucionar mis problemas a tiempo» (p. 187)¹¹</p>
Factores determinantes para la retirada exitosa de la VMI	<p>C25: «Nunca me concentré en nada más que en saber que me iba a poner bien, estaba convencida de ello, por lo que te levantas a ti misma» (p. 173)²</p> <p>C26: «Sí, mis familiares fueron un gran apoyo... estaban conmigo casi continuamente, pero solo se les permitió estar conmigo dos a la vez, y a veces tuvieron que marcharse cuando el personal se lo pedía. Fue agradable solo poder tocar sus manos... sabía que estaban allí» (p. 92)¹</p> <p>C27: «La gente necesita a su familia en momentos de estrés y crisis» (p. 331)¹⁰</p> <p>C28: «La cosa más importante era la visita de la familia. Era lo más destacado del día. Era como un momento importante de la vida» (p. 175)⁴</p> <p>C29: «Debes tener confianza, si no puedes despedirte de la vida...» (p. 186)¹¹</p> <p>C30: «Pensé que si era optimista me recuperaría más rápido» (p. 186)¹¹</p> <p>C31: «Tener la correcta actitud» (p. 145)²</p>

Del mismo modo, la variación en el nivel de conciencia debido a la sedación, la dificultad para dormir, la sed, la falta de familiares y la dificultad de comunicación provocaban en los pacientes alucinaciones, asfixia, claustrofobia y el deseo

de escapar^{6,9,10,16} (C17 y C18, [tabla 2](#)). Estas sensaciones repercutían de tal manera en ellos que seguían experimentando altos niveles de ansiedad, incluso 3 años después de haber sido dados de alta de la UCI^{6,16}.

Influencia de la atención de los profesionales durante el destete

Tras lo expuesto anteriormente, queda reflejado que el proceso de retirada de la VMI es dinámico y a veces complicado. Muchos pacientes, debido a las emociones negativas que viven (frustración, incertidumbre, desesperación, miedo o falta de control), están predispuestos a la dificultad para el destete y/o su fracaso^{9,12,17}. Si el personal sanitario comprende, entiende, acompaña y ayuda al paciente durante este proceso, se logra satisfacer las necesidades y hacer que disminuyan o desaparezcan los sentimientos de soledad e incertidumbre, lográndose mejores resultados¹² (C19, [tabla 2](#)). Muchos pacientes anhelan la interacción con el equipo de salud y consideran de gran relevancia la contribución de los profesionales, su cuidado y su preparación. Concretamente, alaban la figura de la enfermera y describen su deseo de pasar más tiempo junto a ella⁷⁻¹⁵ (C20 y C21, [tabla 2](#)).

Cook et al.¹² resaltan la importancia de que los profesionales sanitarios sepan reconocer la situación que vive el paciente, realicen entrevistas y analicen los documentos clínicos para conocer en profundidad a cada paciente. Dentro de este marco, la excelente atención y actitud de cuidado por parte de la enfermera se reconoce como esencial (C22, [tabla 2](#)). Los pacientes la recuerdan como una figura de apoyo y seguridad que trabaja haciendo todo lo necesario para garantizar su confort durante el proceso^{1,5} (C23, [tabla 2](#)). Concretamente, se le atribuyen intervenciones dirigidas a aumentar el confort de los pacientes, tales como cambios de postura, comodidad, favorecer el descanso, control del ambiente (temperatura, ruido, imágenes visuales, etc.), con el objetivo de favorecer la recuperación de la fuerza, necesaria para hacer frente al destete²⁰.

En definitiva, la sensación general es que la cercanía de una enfermera da confianza y mejora el bienestar (C24, [tabla 2](#)). Sin embargo, todavía hay estudios que evidencian el poco hincapié que los profesionales de enfermería hacen a algunos síntomas tan angustiosos como la fatiga y la disnea¹⁰.

Factores determinantes para la retirada exitosa de la ventilación mecánica invasiva

La literatura confirma que para que la retirada de la VMI sea exitosa es importante un plan de actuación basado en el conocimiento interdisciplinario, la investigación y la comunicación en el equipo^{1,6}. Y para que no ocurran variaciones indeseadas durante el proceso, se recomienda la existencia de protocolos de actuación para resolver los problemas tanto fisiológicos como emocionales^{1,13}.

Por otro lado, los estudios muestran que aunque no existen índices que determinen el éxito o fracaso del destete, se ha observado que el manejo en los pacientes sometidos a VMI durante un largo periodo de tiempo es diferente a los pacientes sometidos a VMI durante un corto espacio de tiempo¹⁰. Destetar a un paciente sometido a VMI de corta duración puede ser un evento rápido y aislado. Sin embargo, en un paciente con VMI de larga duración el proceso puede durar días y semanas, e incluir avances, retrocesos e interrupciones. Algunos de los factores que predisponen a que los

pacientes sometidos a VMI de larga duración tengan un destete complicado y abrupto son: el nivel nutricional del paciente (indicado por los niveles de albúmina y hemoglobina), un estado de humor depresivo (supone un estrés psicológico) y mal descanso nocturno (producirá fatiga y falta de energía)¹⁰.

En cuanto a los sentimientos negativos de los pacientes durante el destete, la literatura muestra como, a pesar de tener una percepción negativa y experimentar emociones estresantes, los pacientes eran capaces de encontrar consuelo durante esta experiencia vital¹ (C25, [tabla 2](#)). Por un lado, identificaban que el soporte familiar juega un papel fundamental en ese consuelo, encargándose de mantener el nivel de confianza y alimentando las esperanzas de una salida próxima^{15,16} (C26 y C27, [tabla 2](#)). Dicha presencia familiar fortalecía la capacidad de los pacientes para hacer frente a esta experiencia traumática y se relacionaba con sensaciones de confort y tranquilidad durante un momento en el que se vivía gran incertidumbre, estrés y miedo¹⁵ (C28, [tabla 2](#)). Por otro lado, a algunos pacientes la religión y los encuentros espirituales con seres queridos o personas fallecidas les supuso una experiencia de la que obtuvieron optimismo y confort⁶. Asimismo, tanto la autodeterminación, descrita como la necesidad de ser lo más fuerte que se pueda en ese momento, como la automotivación en el contexto de una actitud positiva y la confianza en uno mismo eran identificadas por los pacientes como imprescindibles para lograr desprenderse del ventilador^{15,16} (C29, C30 y C31, [tabla 2](#)).

Otro aspecto predominante valorado como la peor experiencia, junto con el dolor, es la incapacidad de comunicarse^{1,5-15}. Los pacientes consideraban adecuado usar estrategias que les ayudasen y reconocían la habilidad de las enfermeras en el uso del lenguaje no verbal para conseguir así una comunicación efectiva⁷. En este sentido, Engström et al.¹ describen como factor esencial para el éxito de la retirada de la VMI la seguridad y la confianza experimentada por los pacientes cuando se trata de las relaciones con el equipo de salud. Los pacientes agradecían sentirse informados y poder conocer el tiempo que tenían para intentar respirar sin ayuda, teniendo la seguridad de que tanto el soporte ventilatorio como la enfermera iban a estar ahí. Es decir, necesitaban saber lo que está pasando y afrontarlo.

Discusión

Los principales resultados de esta revisión muestran que la desconexión de la VMI es vivida y recordada por los pacientes como una experiencia marcada por sentimientos negativos. Sin embargo, factores como el apoyo proporcionado por el equipo sanitario, el soporte familiar o la propia autodeterminación permiten a la persona que la experiencia sea vivida con menor sufrimiento físico y emocional, favoreciendo así la sensación de control y participación en el proceso de desconexión de la VMI. Por ello, es necesario continuar reflexionando sobre qué es necesario para mejorar esta experiencia vital y profundizar en la dimensión emocional y su implicación en la persona.

El proceso de destete resulta estresante y provoca sensaciones de miedo, ansiedad y/o angustia. Factores fisiológicos como el dolor, la dificultad para respirar, la sequedad de boca, la sensación de sofoco y/o de asfixia hacen de la VMI

una experiencia negativa marcada por sensaciones de incomodidad y molestia, así como sentimientos de impotencia, temor y aprensión. Esta interrelación entre las percepciones subjetivas y las variables fisiológicas del paciente puede ser compleja. De ahí que la evaluación de los síntomas objetivos, junto con la exploración del área emocional del paciente, sea imprescindible para comenzar un destete exitoso^{9,16,20}.

Cabe destacar que para englobar el conjunto de resultados encontrados, el lenguaje estandarizado enfermero es un instrumento adecuado que permite integrar un marco teórico de identificación de problemas (NANDA)²¹, intervenciones (NIC)²² y resultados en los cuidados (NOC)²³. Su utilización en diversos medios asistenciales es variada. En el caso de las UCI, desde los últimos años se vienen realizando estudios que tratan de conocer las implicaciones de integrar esta taxonomía enfermera en la práctica asistencial^{24,25}.

En base a ello, y detallados con mayor precisión en la [tabla 3](#), se resaltan los siguientes diagnósticos e intervenciones enfermeras: la ansiedad relacionada con sentimientos de angustia, pánico, temor y dependencia hacia el ventilador y el personal sanitario. En este sentido, explicarle al paciente el proceso que se seguirá para el destete y las sensaciones que puede experimentar, con una información verídica y objetiva, logra una mayor confianza en la relación enfermera-paciente. Asimismo, se considera primordial escuchar las necesidades del paciente para que se sienta acompañado y disminuir el temor generado por la situación.

Otro aspecto de interés es la separación física y emocional que experimentan los pacientes hacia sus seres queridos durante el proceso de desconexión. Si bien es cierto que la mayoría destaca la necesidad de sentirse acompañados por su familia durante el tiempo que permanecen en la unidad, el deseo de permanecer junto a ellos se intensifica más durante este proceso. Según describen, su ausencia intensifica las manifestaciones de soledad, debilidad, dependencia y deseos de escapar en el momento en el que son sometidos a la desconexión de la VMI. Por todo ello, favorecer la implicación activa por parte de la familia podría mejorar su experiencia física y emocional. Al mismo tiempo, se considera que la presencia activa de los familiares podría facilitar al equipo sanitario a reconocer en los pacientes sentimientos de rabia, desesperación, ansiedad y tristeza y, de este modo, lograr una solución conjunta.

En ausencia de la familia, la enfermera es reconocida por los pacientes no solo como un profesional con alta competencia clínica, sino como una figura clave y una fuente de apoyo y bienestar^{5,7}. Estos creen que las enfermeras pueden contribuir a la orientación en tiempo por su capacidad de «estar presentes». Además, consideran que son excelentes comunicadoras y que hacen un esfuerzo para entenderles y anticiparse a muchas de sus necesidades.

Por todo ello, los pacientes saben apreciar que las enfermeras les dediquen su tiempo y se esfuercen por conocer sus necesidades. Al mismo tiempo, agradecen el sobreesfuerzo de aquellas que se interesan verdaderamente por conocer sus sentimientos^{5,7}, ya que a pesar de que no debe olvidarse que la atención holística del paciente y su familia constituyen la praxis de la enfermería, existe evidencia de que los profesionales subestiman algunas de las intervenciones específicas relacionadas con las necesidades más subjetivas^{4,15}. Las ocasiones en las que los pacientes sienten

que la enfermera no les entiende o se sienten ignorados⁷ son las que provocan manifestaciones de frustración e inseguridad.

En Jenabzadeh y Chlan et al.²⁶, al relatar su experiencia como enfermera que fue sometida a VMI en la infancia se afirma, contrastado con su vida profesional, que los profesionales sanitarios suelen asegurar a los pacientes que no van a sentir nada ni se acordarán del destete. Sin embargo, esto no resulta así en la mayoría de las ocasiones. Algunos pacientes se encuentran relajados a nivel muscular pero son conscientes de la situación, y la incapacidad de moverse y de expresarse les resulta terrorífica²⁵. Por ello, y al igual que Wang et al.¹⁶, es importante contar con las experiencias subjetivas identificadas por los pacientes para brindar una atención holística durante el gran desafío que supone este proceso.

Al mismo tiempo, Jenabzadeh y Chlan²⁶ y Cook et al.¹² coinciden en la idea de que los profesionales de enfermería juegan un papel muy importante durante el periodo en el que el paciente permanece intubado porque son los principales protagonistas de satisfacer sus necesidades físicas (humedecer la boca, mantener una adecuada higiene bucal, aspiración de secreciones) y psicológicas (apoyo, confianza, dedicación).

El hecho de que en ocasiones los profesionales sanitarios prioricen el estado clínico del paciente y el conocimiento de su historia clínica para llevar a cabo las acciones terapéuticas²⁶ podría estar relacionado con la excesiva mecanización de los cuidados, que conduce a una conducta institucionalizada por parte de las enfermeras, dejando de lado aspectos más humanos¹⁰. Sin embargo, no debemos olvidar la importancia de «conocer al paciente» en su totalidad, es decir, a pie de cama, in situ. A través de este enfoque podría evitarse que los pacientes mencionasen sentimientos de deshumanización o despersonalización, ya que comienza a tomar fuerza el hecho de que estos tengan cada vez más voz y control sobre su tratamiento, necesidades o prioridades en la UCI.

Varios autores^{5,25} coinciden en la necesidad de la preservación del «ser» de los pacientes y de la necesidad de personalizar el proceso, individualizando la toma de decisiones y fomentando la autonomía. La humanización es indispensable y necesaria para la adaptación a una situación descrita como ajena, extraña y deshumanizante.

En este contexto, existen muchos factores que afectan directamente a la capacidad y a la toma de decisión y control del paciente, entre los que destaca la necesidad de continuas explicaciones para su orientación. Los pacientes necesitan ayuda en la interpretación de sus entornos para tomar parte activa del proceso, reducir la ansiedad y aumentar su confianza⁵. Además, se pueden beneficiar de las señales visuales, como un gran reloj, un calendario e incluso una señal que describa el lugar para mantener al paciente orientado⁷.

Esta idea proporciona una base para futuras investigaciones sobre la responsabilidad y la necesidad de mejorar la experiencia y los resultados de los pacientes, ya que estos siguen confiando plenamente en los profesionales y se sienten seguros¹.

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, parece que la necesidad prioritaria que demanda tanto el paciente como su familia, y que podría responder a mejorar

Tabla 3 Taxonomía NANDA: NIC y NOC

Diagnóstico	NIC	NOC
(00146) Ansiedad: relacionada con el proceso de destete de la VMI y la sensación de falta de control sobre sí mismo, manifestado por angustia, pánico, temor y dependencia hacia el ventilador y el personal sanitario	(3140) Manejo de la vía aérea (3300) Manejo de la ventilación mecánica: invasiva (4420) Acuerdo con el paciente (5230) Mejorar el afrontamiento (5380) Potenciación de la seguridad (5470) Declarar la verdad al paciente (5900) Distracción (7710) Colaboración con el médico	(1402) Autocontrol de la ansiedad (1404) Autocontrol del miedo
(00120) Baja autoestima situacional: relacionada con desesperanza, impotencia, sufrimiento psicológico y pasividad	(1800) Ayuda al autocuidado (5270) Apoyo emocional (5380) Potenciación de la seguridad (5395) Mejora de la autoconfianza (5420) Apoyo espiritual (5440) Aumentar los sistemas de apoyo	(1201) Esperanza (1202) Identidad
(00051) Deterioro de la comunicación verbal: relacionado con déficit del habla	(4920) Escucha activa (4976) Mejorar la comunicación: déficit del habla	(0902) Comunicación (3002) Satisfacción del paciente/usuario: comunicación
(00177) Estrés por sobrecarga: relacionado con sentimientos de dependencia, pánico, alucinaciones, pesadillas, alteración del nivel de conciencia por fármacos	(4410) Establecimiento de objetivos comunes (5618) Enseñanza: procedimiento/tratamiento (5880) Técnica de relajación (6040) Terapia de relajación (6440) Manejo del delirio (6510) Manejo de las alucinaciones	(1211) Nivel de ansiedad (1212) Nivel de estrés (1214) Nivel de agitación
(00054) Riesgo de soledad: relacionado con separación del vínculo familiar, sentimientos de debilidad, de dependencia y deseo de escapar	(5340) Presencia (5460) Contacto (7110) Facilitar la implicación familiar (7120) Movilización familiar (7140) Apoyo a la familia (7170) Facilitar la presencia de la familia	(1204) Equilibrio emocional
(00132) Dolor agudo: relacionado con la intubación, la dificultad del destete y el disconfort	(1400) Manejo del dolor (2210) Administración de analgésicos (3270) Desintubación endotraqueal (3310) Destete de la ventilación mecánica (6482) Manejo ambiental: confort	(1605) Control del dolor (3016) Satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor

su experiencia, recae directamente sobre la necesidad de un contacto más humano. Esto incluye que se tenga en cuenta su valor y participación, dedicando tiempo, contacto físico y emocional^{7,16}. No obstante, parece que las líneas actuales de investigación siguen priorizando los aspectos más fisiológicos²⁷. A pesar de que existe bibliografía extensa en esta área, aún hay falta de consenso sobre algunos temas, tales como su definición, los modos o técnicas del *weaning* y/o los parámetros para decidir cuándo un paciente está listo para comenzar el proceso. Por esta razón, el hecho de implementar el uso de protocolos resultaría muy beneficioso. La evidencia refleja los beneficios de seguir estas guías estandarizadas, tales como una disminución en el número de días de VMI, de estancia en unidad y de cronificación de pacientes. Del mismo modo, reduce las complicaciones asociadas al uso de VMI como neumonía, broncoaspiración, así como el número de casos de extubaciones accidentales²⁸.

Por ejemplo, entre las causas que provocan una extubación accidental pueden darse las siguientes: la agitación del paciente, la alteración del nivel de conciencia (producidos por una sedación inadecuada) y la sujeción poco segura del tubo. De modo que implementar protocolos que regulen la sedación en este tipo de pacientes podría ayudar a reducir el número de casos de extubaciones accidentales, entre otros incidentes^{28,29}.

Sin embargo, existen diversas opiniones en cuanto a la aplicación de intervenciones protocolizadas. Blackwood y Wilson-Barnett³⁰ concluyeron, a través de un estudio cuasi experimental, que las enfermeras con mayor formación estaban más satisfechas con la implementación de un protocolo para el destete frente a las de menor formación o experiencia práctica. La mayor parte de ellas coincidían en que un protocolo para el destete es de gran utilidad, pero según Lavelle y Diwking³¹ algunas seguían creyendo que el

protocolo de actuación en el destete restringe su autonomía y que su uso puede no ser tan útil como pretende ser en la práctica.

Además, tal y como queda reflejado, en el proceso complejo y cambiante que supone el destete no únicamente participan aspectos físicos, sino que impacta directamente sobre la dimensión emocional de los pacientes. Es por ello que requiere de un cuidado continuo, conociendo al paciente, individualizando y elaborando un plan de destete centrado en intervenciones que respalden las necesidades más subjetivas, lo que refleja la importancia de la actuación enfermera durante este proceso³⁰. De ahí que en las últimas décadas el papel de la enfermera durante el destete haya ganado impulso.

Entre las limitaciones encontradas a lo largo de esta revisión bibliográfica destaca el número reducido de artículos que tratan las experiencias de los pacientes durante el destete, a diferencia del importante cuerpo de literatura que ofrece evidencia sobre las vivencias durante la VMI. Por otro lado, la cantidad de bases de datos analizadas, así como el límite del idioma, han podido influir en la pérdida de información relevante con relación a este tema.

En cuanto a las implicaciones que los resultados propuestos puedan tener en el ámbito de la práctica y la investigación enfermera, se proponen una serie de aportaciones que giran en torno a la estandarización de la práctica enfermera durante el destete, la participación activa de la familia y el proceso de comunicación entre el profesional de enfermería y el paciente.

Es ineludible la necesidad de estandarizar la práctica enfermera en el proceso de atención al paciente durante el destete de la ventilación mecánica teniendo en cuenta las experiencias enunciadas, las necesidades personales de cada paciente y siendo flexible en lo relativo a la adaptación a cada uno de ellos. De ahí que todos los protocolos de destete contemplen la dimensión psicológica y emocional del paciente a lo largo del proceso. En este sentido, se propone incluir en ellos dos aspectos fundamentales: la información y la relajación.

Por un lado, la información se debería transmitir de forma progresiva explicando las intervenciones a realizar, orientar al paciente en espacio, tiempo y persona, empatizar y conseguir que el paciente se sienta acompañado en todo momento, explicando previamente las sensaciones que puede experimentar y reforzando los méritos logrados. Por otro lado, para que el paciente viva el proceso con la mayor tranquilidad posible en esta situación, se propone facilitar un ambiente de seguridad y serenidad, así como potenciar gestos como amabilidad, cariño, sensibilidad, intencionalidad o empatía.

Para dar respuesta a este objetivo, es fundamental que los profesionales de enfermería reconozcan su capacidad para liderar el desarrollo de dichos proyectos (protocolos, guías de práctica clínica [GPC]) con el objetivo de dar respuesta a las necesidades del paciente y su familia durante el proceso de desconexión de la VMI.

Con respecto a la influencia de la familia y los beneficios que los pacientes describen de su presencia. Los resultados identificados refuerzan la idea de que la implicación de la familia en el proceso tiene un efecto terapéutico capaz de ayudar y aliviar la ansiedad experimentada por los pacientes durante el destete¹⁷. De esta manera, el profesional de

enfermería debe tratar de integrarla en los cuidados a través de una perspectiva integral. Este proceso podría llevarse a cabo en dos fases. En primer lugar, la planificación de la participación de la familia en el proceso de destete, en la que se priorizaría la comunicación abierta con la familia, la evaluación de la unidad familiar y la identificación de los deseos de la familia. En segundo lugar, se llevaría a cabo la participación familiar.

La participación de la familia consistirá en colaborar con la enfermera en el proceso de comunicación, otorgar soporte emocional mediante la presencia física, colaborar en el lavado de la cavidad oral, ayudar con los cambios posturales, favorecer la orientación temporoespacial, participar en el refuerzo positivo, así como en otros cuidados que tanto la familia como el profesional de enfermería planifiquen previamente.

En cuanto al deterioro de la verbal comunicación relacionado con la dificultad de hablar en el paciente sometido a VMI, la información y la comunicación deben orientarse hacia la participación activa en la toma de decisiones, permitiendo su colaboración y autonomía. De ahí que se considere necesario establecer un sistema de comunicación efectivo con el paciente, con la finalidad de conseguir una comunicación lo más efectiva posible. Para ello se podrán utilizar desde métodos tradicionales, como las pizarras, las tarjetas Sí/NO y los gestos con las manos, hasta nuevas alternativas digitales, como los tableros de comunicación en soporte informático que pueden ser utilizados en tablet o PDA. También existen programas, como el Board Maker, el Plaphoons o el Sicla 2.0, que permiten editar tableros de comunicación en base a los objetivos y necesidades del usuario y cuya finalidad es favorecer la comunicación de personas carentes de lenguaje funcional.

Conclusiones

La revisión bibliográfica evidencia que las enfermeras tienen un papel fundamental en la mejora de la comunicación con el paciente y en la anticipación a sus necesidades. Es importante la atención física, psicológica y tecnológica para proporcionar cuidados holísticos. De ahí que se consideren prioritarias la formación, la instrucción y la práctica del profesional y que sean necesarios estudios para mejorar la atención y la comunicación y conseguir reducir la inquietud y el estrés de los pacientes durante la retirada de la VMI.

Además, los hallazgos encontrados sugieren la necesidad de diseñar protocolos cuyas intervenciones se dirijan al paciente y su familia, ya que se relaciona con una menor preocupación y ansiedad para el paciente durante el proceso del destete.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al personal de la UCI, a todo el equipo docente de la Clínica Universidad de Navarra y a nuestras familias y amigos por el

apoyo y la comprensión proporcionada durante el curso de especialización.

Bibliografía

- Engström A, Nyström M, Sundelin G, Rattray J. People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2013;29:88–95.
- Knebel AR, Shekleton ME, Burns S, Clochesy JM, Hanneman SK. Weaning from mechanical ventilatory: Refinement of a model. *Am J Crit Care.* 1998;7:149–52.
- Giménez AM, Marín B, Serrano P, Fernández-Reyes I, Ciudad A, Asiain MC, et al. El destete del ventilador, objeto de investigación enfermera. *Enferm Intensiva.* 2001;12: 21–30.
- Benner P, Tanner CA, Chesia CA. *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgement, and Ethics.* Springer Publishing Company; 2009.
- Logan J, Jenny J. Qualitative analysis of patients' work during mechanical ventilation and weaning. *Heart Lung.* 1997;26:140–7.
- Rose L, Nonoyama M, Rezaie S, Fraser I. Psychological well-being, health related quality of life and memories of intensive care and a specialised weaning centre reported by survivors of prolonged mechanical ventilation. *Intensive Crit Care Nurs.* 2014;30:145–51.
- Schou L, Egeord I. A qualitative study into the lived experience of post-CABG patients during mechanical ventilator weaning. *Intensive Crit Care Nurs.* 2008;24:171–9.
- Jubran A, Lawn G, Kelly J, Duffner LA, Gungor G, Collins EG, et al. Depressive disorders during weaning from prolonged mechanical ventilation. *Intensive Care Med.* 2010;36: 825–35.
- Connelly B, Gunzerath L, Knebel A. A pilot study exploring mood state and dyspnea in mechanically ventilated patients. *Heart Lung.* 2000;27:177–83.
- Higgins PA. Patient perception of fatigue while undergoing long-term mechanical ventilation: Incidence and associated factors. *Heart Lung.* 1998;27:177–83.
- Bouley GH, Froman R, Shah H. The experience of dyspnea during weaning. *Heart Lung.* 1992;21:471–6.
- Cook DJ, Meade MO, Perry AG. Qualitative studies on the patients' experience of weaning from mechanical ventilation. *Chest.* 2001;120:469–73.
- Pattinson N, Watson J. Ventilatory weaning: A case study of protracted weaning. *Nurs Crit Care.* 2009;14:75–85.
- Wunderlich RJ, Perry A, Lavin MA, Katz B. Patients' perceptions of uncertainty and stress during weaning from mechanical ventilation. *Dimens Crit Care Nurs.* 1999;18:8–12.
- Arslanian-Engoren C, Scott LD. The lived experience of survivors of prolonged mechanical ventilation: A phenomenological study. *Heart Lung.* 2003;32:328–34.
- Wang K, Zhang B, Li C. Qualitative analysis of patients' intensive care experience during mechanical ventilation. *J Clin Nurs.* 2008;18:183–90.
- Rose L, Dainty KN, Jordan J, Blackwood B. Weaning from mechanical ventilation: A scoping review of qualitative studies. *Am J Crit Care.* 2014;23:54–70.
- Carpenito LJ. *Nursing Diagnosis. Application to Clinical Practice.* 7th ed Philadelphia: Lippincott; 1997.
- Dixon-Woods M, Agarwal S, Jones D, Young B, Sutton A. Synthesising qualitative and quantitative evidence: A review of possible methods. *J Health Serv Res Policy.* 2005;10:45–53.
- Twibell R, Siela D, Mahmodi M. Subjective perceptions and psychological variables during weaning from mechanical ventilation. *Am J Crit Care.* 2003;12:101–12.
- Nanda Internacional. *Nursing Diagnosis 2015-2017: Definitions and Classification.* 10th ed Oxford: Wiley Blackwell; 2014.
- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).* 6.ª ed Barcelona: Elsevier España; 2014.
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud.* 5.ª ed Barcelona: Elsevier España; 2014.
- Chacón JM, Álvarez-López JC, Palacios-Ceña C. El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivos madrileñas: abordaje fenomenológico. *Enferm Intensiva.* 2012;23:68–76.
- De Fátima A, Rivero G, Escher IC, Bottura AL. Intervenciones de enfermería utilizadas en la práctica clínica de una unidad de terapia intensiva. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2010;18:873–80.
- Jenabzadeh NE, Chlan L. A nurse's experience being intubated and receiving mechanical ventilation. *Crit Care Nurs.* 2011;31:51–4.
- Tate JA, Devito-Dabbs A, Hoffman LA, Milbrandt E, Happ MB. Anxiety and agitation in mechanically ventilated patients. *Qual Health Res.* 2012;22:153–73.
- Crocker C, Kinnear W. Weaning from ventilation. Does a care bundle approach work? *Intensive Crit Care Nurs.* 2008;24:180–6.
- Jarachovic M, Mason M, Kerber K, McNett M. The role of standardized protocols in unplanned extubations in a medical intensive care unit. *Am J Crit Care.* 2011;20:304–11.
- Blackwood B, Wilson-Barnett J. The impact of nurse-directed protocolised-weaning from mechanical ventilation on nursing practice: A quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud.* 2007;44:209–26.
- Lavelle C, Diwking M. The factors which influence nurses when weaning patients from mechanical ventilation: Findings from a qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2011;27:244–52.